

Nota de campo

Implementación de estrategias y herramientas de coordinación sociosanitaria en un departamento de salud

Pilar Botija^{a,*}, Mercedes Botija^b y Jorge Navarro^{a,c,d}^a Dirección Médica, Departamento de Salud Clínico-Malvarrosa de Valencia, Valencia, España^b Grupo de Investigación e Innovación en Ciencias Sociales, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Valencia, Valencia, España^c INCLIVA: Instituto de Investigación Sanitaria, Hospital Universitario Clínico de Valencia, Valencia, España^d CIBER de Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP), España

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 25 de abril de 2017

Aceptado el 13 de julio de 2017

On-line el xxx

Palabras clave:

Coordinación sociosanitaria

Vulnerabilidad

Acción comunitaria

R E S U M E N

Es objetivo de este artículo mostrar una experiencia de práctica novedosa implementada por la dirección de un departamento de salud. Se expone un modelo organizativo de coordinación sociosanitaria entre los diferentes niveles asistenciales y sectores, estableciendo sinergias de los recursos sociales y sanitarios comunes del Departamento de Salud Clínico-Malvarrosa (Valencia). Tras un año, se han constituido cinco consejos de salud de zona básica en atención primaria y una comisión de coordinación sociosanitaria integrada por tres subcomisiones: 1) de atención asistencial social y sanitaria, 2) de asociaciónismo y voluntariado hospitalario, y 3) de acción comunitaria y participación ciudadana. La estructura organizativa propuesta se ha consolidado y las acciones realizadas se han valorado de manera positiva por las diferentes personas implicadas. Se ha generado una red de comunicación social y sanitaria: interdepartamental, extradepartamental y extrahospitalaria.

© 2017 SESPAS. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Implementation of strategies and tools of sociosanitary coordination in a health department

A B S T R A C T

The objective of this article is to show an experience of new practice as implemented by the management of a Department of Health. An organisational model is shown of sociosanitary coordination between the different levels of care and sectors, establishing synergies of the common social and health resources of the Clínico-Malvarrosa Department of Health (Valencia, Spain). After one year, five basic health councils have been set up in Primary Care and a Sociosanitary Coordination Commission composed of three subcommittees: 1) socio and health care, 2) associationism and hospital volunteering, and 3) community action and citizen participation. The proposed organisational structure has been consolidated, the actions carried out have been valued positively by the different agents involved. It has generated a network of social and health communication: interdepartmental, extra-departmental and out-of-hospital.

© 2017 SESPAS. Published by Elsevier España, S.L.U. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Keywords:

Sociosanitary coordination

Vulnerability

Community action

Introducción

Todos los planes de salud de las comunidades autónomas explicitan la coordinación con el ámbito social. En la última década se han establecido importantes sinergias en la construcción de estructuras sólidas para la coordinación sociosanitaria, como son los planes sociosanitarios. Este es el caso de Asturias, Baleares, Castilla y León, Cataluña, Extremadura, Galicia, Murcia, Navarra y País Vasco. Muchos de ellos han puesto el foco en la atención a la cronicidad y las personas mayores^{1,2}. Debería también ser objeto de esta coordinación la atención a la población en situación de vulnerabilidad³ y con riesgo de exclusión social: menores, víctimas de violencia

machista, inmigrantes sin recursos, personas con enfermedad mental, con diversidad funcional, sin cobertura sanitaria, sin hogar... Ello requiere establecer estrategias que faciliten la coordinación de la atención sanitaria y social, como las que ha implementado la Junta de Castilla y León⁴, ofreciendo una atención de calidad centrada en la persona, entendiendo la coordinación sociosanitaria como la facilitación de la conexión y la colaboración entre los sistemas de salud y los servicios sociales⁵, sin pretender configurar una nueva estructura que robe espacios de intervención a uno u otro sistema. Así mismo, diferentes autores han referido que se está produciendo un exceso de planes y discursos, cuando apenas se llevan a cabo prácticas efectivas de coordinación social y sanitaria en el ámbito asistencial^{6,7}.

El Departamento de Salud Valencia Clínico-Malvarrosa ofrece cobertura sanitaria a 341.155 personas. Cubre zonas de la ciudad de Valencia y otros catorce municipios, y cuenta con los siguientes

* Autora para correspondencia.

Correo electrónico: botija_mpi@gva.es (P. Botija).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2017.07.008>

0213-9111/© 2017 SESPAS. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

recursos sanitarios: dos hospitales de agudos (Hospital Clínico y Hospital Malvarrosa), un centro de especialidades (El Grao), dos hospitales de crónicos y larga estancia (HACLE: Padre Jofré y Dr. Moliner), 16 centros de salud y 16 centros auxiliares de atención primaria. En este territorio se cuenta con los servicios sociales municipales y los recursos institucionales públicos, privados o del tercer sector. Desde el año 2004 existe una experiencia en red de coordinación sociosanitaria centrada en pacientes con enfermedad mental grave, que surgió ante la necesidad de coordinarse la Unidad de Salud Mental de la Malvarrosa con las asociaciones y los recursos que ofrecen atención a estas personas, dando lugar en 2007 a la creación de la Red de Salud Mental del Marítimo. En el ámbito de atención primaria, el Centro de Salud Pública de Valencia, junto con varios centros de salud del Departamento, el Ayuntamiento de Valencia y la Asociación de Cooperación entre Comunidades-ACOEC, llevan a cabo desde el año 2007 el programa MIHsalud (Mujeres, Infancia y Hombres construyendo salud), desarrollando con población en situación de vulnerabilidad trabajo comunitario para promover la salud y el acceso a los servicios.

La sociodemografía del Departamento de Salud refleja un aumento progresivo de los pacientes crónicos complejos y la existencia de grupos poblacionales en situación de vulnerabilidad. Se observan personas que por falta de acompañamiento o de recursos económicos, llegado el momento del alta sanitaria, esta no puede producirse con la celeridad necesaria. Pacientes valorados en atención primaria con una enfermedad crónica avanzada que precisan más atención en su domicilio, personas sin hogar, que viven solas, que sufren violencia, o que tienen dificultad para pagar medicamentos, cumplir el tratamiento, alimentarse adecuadamente o acudir al dentista, personas dependientes, sin cobertura sanitaria y sin recursos económicos, son casos de personas con perfiles de vulnerabilidad, que recirculan por el Departamento de Salud, ante la falta de coordinación o del recurso social adecuado para cubrir las necesidades que presentan.

El IV Plan de Salud de la Comunidad Valenciana (2016-2020) establece entre sus líneas estratégicas fortalecer la equidad y la igualdad de género, reducir las desigualdades en salud y fomentar la participación⁸. Para ello se requiere organizar las estructuras

del sistema sanitario y del sistema social, y los recursos humanos, con el fin de trabajar en colaboración e implementar modelos que permitan poner en práctica en zonas concretas la coordinación de ambos sistemas y su posterior evaluación, avanzando en el conocimiento compartido a partir de lo aprendido en la práctica^{6,9}. En estos momentos, la Comunidad Valenciana no dispone de un plan de coordinación sociosanitaria de la comunidad.

Si queremos llevar a cabo una adecuada coordinación de la atención social y sanitaria son necesarias actuaciones en tres niveles: microcoordinación (ciudadanía, pacientes y profesionales), mesocoordinación (relaciones inter-intradepartamentales de la Dirección con ayuntamientos y con otras entidades) y macrocoordinación (relaciones extradepartamentales, con las consejerías y la universidad).

Desarrollo de la experiencia

Con el objetivo de mejorar la coordinación sociosanitaria en el Departamento de Salud Clínico-Malvarrosa, en enero de 2016 se propuso, desde la Dirección del Departamento, un nuevo modelo organizativo. Se diseñaron e implementaron dos nuevas estructuras de coordinación, a su vez relacionadas entre sí:

- Los Consejos de Salud de Zona Básica en el ámbito de atención primaria y la comunidad. Compuestos por profesionales de los centros de salud, ayuntamientos, ciudadanía del barrio, asociaciones del ámbito comunitario y el tercer sector.
- Una Comisión Departamental de Coordinación sociosanitaria, asociacionismo y acción comunitaria (fig. 1). Formada por profesionales del ámbito social y sanitario de diferentes niveles. Al inicio, la Comisión definió objetivos, componentes y planificación de tareas (actividades, reuniones). Se acordó la metodología de trabajo, desarrollando un proceso activo y participativo. Operativamente se organizó en tres subcomisiones. Se diseñó una evaluación continua, con la inclusión de informantes clave en grupos de discusión.

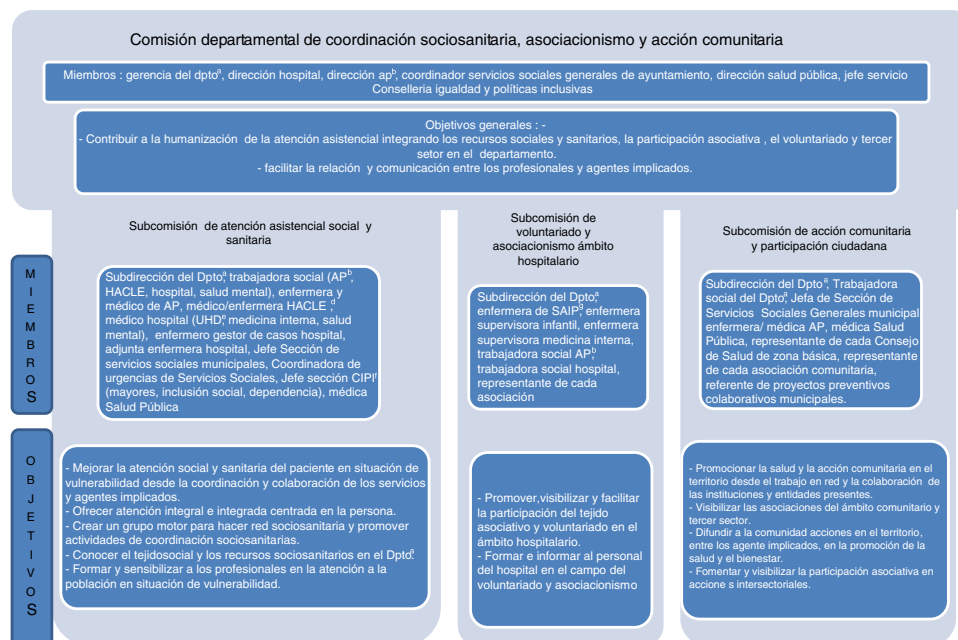


Figura 1. Organización, componentes y objetivos de la Comisión Departamental de Coordinación sociosanitaria, asociacionismo y acción comunitaria del Departamento de Salud Clínico-Malvarrosa (2016).

Tabla 1

Resultados tras un año de implementación de la Comisión Departamental de Coordinación sociosanitaria, de asociacionismo y acción comunitaria

Resultados en la microcoordinación	Resultados en la mesocoordinación	Resultados en la macrocoordinación
<ul style="list-style-type: none"> - Utilización de sinergias institucionales para la resolución de casos complejos - Empoderamiento de profesionales de diferentes niveles asistenciales - Visibilización de la figura de trabajo social en la gestión de los casos complejos y situación de vulnerabilidad - Acciones formativas: <ul style="list-style-type: none"> • Sesión del Paciente Activo • Curso de voluntariado y acompañamiento de pacientes • Taller para la elaboración del mapa de recursos sociosanitarios y activos en salud • Cinco talleres de formación en participación comunitaria (Consejos de Salud de zona básica) 	<ul style="list-style-type: none"> - Constitución de cinco Consejos de Salud de zona básica - Creación de una red de comunicación sociosanitaria: inter-extradepartamental - Creación de grupos de trabajo multidisciplinares para el diseño y la difusión de procesos: <ul style="list-style-type: none"> • Rutas asistenciales. • Criterios de derivación entre niveles/ámbitos • Planificación al alta hospitalaria • Atención al paciente psiquiátrico grave • Información de las transiciones entre niveles • Programa de servicio de atención a urgencias sociales del Ayuntamiento de Valencia - Difusión de actividades de las asociaciones en la web y las redes sociales del Departamento - Primera Jornada de Asociacionismo y Voluntariado Departamental - Firma de convenios con asociaciones de acompañamiento - Participación en redes intersectoriales (Red de Salud Mental del Marítimo, programa MIHsalud) 	<ul style="list-style-type: none"> - Celebración de las Primeras Jornadas de atención integrada social y sanitaria centrada en la persona (Ayuntamiento, asociaciones, salud pública, Conselleria de Sanidad y Salud Pública, Conselleria de Igualdad y Políticas Inclusivas, universidad) - Identificación de desigualdades socioeconómicas en las zonas básicas con el objetivo de priorizar intervenciones - Elaboración de mapas de vulnerabilidad por zonas básicas de salud - Elevación de propuesta de coordinación sociosanitaria a las consellerias

Resultados

En la [tabla 1](#) se muestran los resultados obtenidos en los tres niveles de coordinación tras un año de implementación.

La estructura organizativa, así como las acciones realizadas, se han consolidado y valorado de manera positiva por diferentes agentes que están participando en ellas. Este modelo ha facilitado las relaciones entre los distintos niveles y sectores, generando actividades novedosas en el ámbito sanitario y fomentado la sensibilización sobre los determinantes sociales y los factores que se relacionan con la atención centrada en la persona, elementos importantes para un ámbito con una visión altamente biologicista. A lo largo del proceso se han incluido más participantes en las subcomisiones, según las necesidades que se han detectado. Se ha identificado la necesidad de incorporar a profesionales de residencias sociosanitarias, a pacientes y a personas expertas. Informantes clave han expresado la importancia de mantener estas estructuras para mejorar la coordinación de la prestación de los servicios que ofrece cada ámbito. Se ha manifestado la necesidad de disponer de más recursos sociales.

Conclusiones

La configuración de un nuevo modelo de organización para ofrecer una atención integrada centrada en la persona requiere desarrollar estructuras organizativas departamentales que faciliten las relaciones entre las diferentes instituciones y personas implicadas¹⁰. La identificación de personas en situación de vulnerabilidad o que requieren cuidados más intensivos nos ayudará a planificar, reorganizar los recursos y priorizar intervenciones que posibiliten una mejor respuesta. Por otra parte, hemos de plantear de qué manera cada ámbito asistencial (social y sanitario), entidad u organización provee el servicio. Para conseguir la transformación a un nuevo modelo resulta necesario desarrollar nuevas competencias de relación entre profesionales y agentes que intervienen, lejos de caer en un intrusismo, con el objetivo de ofrecer la mejor atención a la persona según sus necesidades.

Somos conscientes de que el novedoso proceso tiene riesgos que afrontar y realidades sobre las que seguir trabajando, y es necesario un adecuado proceso de institucionalización del trabajo social en el ámbito sanitario.

Editora responsable del artículo

María del Mar García-Calvente.

Contribuciones de autoría

Toda la autoría firmante ha participado con importantes contribuciones en la organización del contenido, la redacción y la revisión crítica del manuscrito, y han aprobado su versión final.

Agradecimientos

A todas las personas que participan en la comisión departamental de coordinación sociosanitaria, asociacionismo y acción comunitaria del Departamento de Salud Valencia Clínico-Malvarrosa.

Financiación

Ninguna.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Generalitat de Catalunya. Pla Director Sociosanitari. Barcelona: Generalitat de Catalunya. Departament de Salut. Direcció General de Planificació i Avaluació; 2006. Disponible en: http://salutweb.gencat.cat/web/.content/home/ambits_tematicos/linies_dactuacio/salut_i_qualitat/plans_directors_2008-2010/sociosanitari/que_es/documents/pd_sociosanitari271006.pdf
2. Eusko-Jauriaritza-Gobierno Vasco. Plan estratégico para el desarrollo de la atención sociosanitaria en el País Vasco 2005-2008. Vitoria-Gasteiz:

- Eusko-Jauriaritza-Gobierno Vasco. Osasun Saila-Departamento de Sanidad. Consejo Vasco de Atención Sociosanitaria; 2005. Disponible en: <http://www.ararteko.net/RecursosWeb/DOCUMENTOS/1/1.487.3.pdf>
- De Gaminde I. Formulación de políticas sociosanitarias: dificultades y perspectivas. *Gac Sanit.* 2006;20:257-9.
 - Junta de Castilla y León. Manual de Procedimiento. Guía para el Funcionamiento de las Comisiones de Coordinación Sociosanitaria. Valladolid: Junta de Castilla y León. Dirección General de Planificación y Ordenación. Consejería de Sanidad de la Junta de Castilla y León; 2003. Disponible en: <http://www.saludcastillayleon.es/profesionales/es/coordinacion-sociosanitaria/estructuras-coordinacion-sociosanitaria/comisiones-coordinacion-sociosanitaria-ccss>
 - Rodríguez P. La atención integral centrada en la persona. Principios y criterios que fundamentan un modelo de intervención en discapacidad, envejecimiento y dependencia. Informe Portal Mayores. Madrid: Laboratorio Portal Mayores. Centro de Ciencias Humanas y Sociales del Consejo Superior de Investigaciones Científicas; 2010. (Consultado el 19/6/2017.) p. 8-10. Disponible en: <http://www.telefonodelaesperanza.org/imgs/1970.pdf>
 - García G. La coordinación de los servicios sanitarios y sociales. Un discurso por una atención humanizada y de calidad y en defensa de los derechos sanitarios y sociales. Alianza servicios sociales y sanitarios. El valor de lo público. Asociación Estatal de Directores y Gerentes en Servicios Sociales. 2016. (Consultado el 19/6/2017.) p. 9-11. Disponible en: <http://www.directoressociales.com/images/documentos/sociosanitario/Coordinacin%20Servicios%20Sociales%20y%20sanitarios%20.%20AEDGSS.pdf>
 - Stewart A, Petch A, Curtice L. Moving towards integrated working in health and social care in Scotland: from Maze to Matrix. *J Interprof Care.* 2003;17:335-50.
 - Generalitat. IV Plan de Salud de la Comunitat Valenciana 2016-2010. Salud en todas las edades. Salud en todas las políticas. València: Generalitat. Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública; 2016. Disponible en: http://www.san.gva.es/documents/157385/6431837/IV.PLAN+DE+SALUD_CV_2016.Castellano_web.pdf
 - Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Libro blanco de la coordinación sociosanitaria en España. Madrid: Dirección General de la Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad; 2011. Disponible en: <http://www.msc.es/novedades/docs/Libro.Blanco.CCS.15.12.11.pdf>
 - Contel JC. La coordinación sociosanitaria en un escenario de atención compartida. *Aten Primaria.* 2002;29:502-6.