

## CONSEJERÍA DE UNIVERSIDADES E INVESTIGACIÓN, MEDIO AMBIENTE Y POLÍTICA SOCIAL

**CVE-2019-4583** *Resolución por la que se aprueba la Estrategia de Coordinación para la Atención Integrada Social y Sanitaria 2019-2022.*

La realidad social nos enfrenta a un crecimiento demográfico negativo, a los cambios en los modos de vida, a la transformación de los núcleos familiares, a la incorporación efectiva e igualitaria de las mujeres al mundo laboral y a la aún escasa corresponsabilidad familiar en los cuidados, lo que obliga a reorganizar los sistemas de atención sanitaria y social para afrontar la demanda de atención a las necesidades y expectativas de las personas, tanto en la promoción y la prevención de su salud, como en su tratamiento, atención y cuidado. Y ello por razones técnicas, éticas y de sostenibilidad del propio Estado del bienestar.

Para ello existen dos espacios, el social y el sanitario, con un fuerte solapamiento entre ambos. Pero, cuando las necesidades de prevención, atención o las intervenciones correspondientes a los servicios sanitarios y las correspondientes a los servicios sociales se presentan en las mismas personas y entornos de forma duradera o intensa y próxima o conectada, es preciso hacerlas confluír para prestar una atención integral y satisfacer sus necesidades de cuidados sanitarios y sociales, como cabe esperar desde una concepción integral y centrada en la persona.

Así, la atención integrada social y sanitaria sería la confluencia de la actividad que desarrollan simultáneamente y de forma complementaria la red social y la red sanitaria para satisfacer las necesidades de cuidados sanitarios y sociales de los ciudadanos y ciudadanas, situando siempre a la persona como el centro de la confluencia de ambos sistemas y en el núcleo generador de las actuaciones, y desarrollando instrumentos de gestión que permitan hacer efectiva esta concepción.

Y para ello, es preciso dibujar una ruta de confluencia de los diferentes instrumentos y procedimientos de la red social y la red sanitaria: diferencias relacionadas con su diferente historia y cultura, dimensiones y financiación; la universalidad de la sanidad; su diversa organización institucional; sus capacidades investigadoras y científicas; los sistemas de evaluación; los diferentes perfiles de población a la que se dirigen y sus diferentes perfiles profesionales.

También la diferente cartera de servicios porque los recursos (centros y servicios) de ambas redes, sanitarios y sociales, son elementos básicos en la atención y resulta ineludible planificar su uso eficiente y asegurar una inversión social y sanitaria que garantice la sostenibilidad de los sistemas públicos de atención a las personas.

Una organización coordinada y conjunta entre ambas redes produce sinergias y puede conseguir mejorar la calidad de vida de las personas con enfermedades crónicas y con situaciones de dependencia permitiendo, al mismo tiempo, un uso más eficiente de los recursos públicos, a sabiendas de que un desarrollo adecuado de los servicios sociales y sanitarios no puede considerarse un gasto, sino una inversión y un motor de crecimiento económico de primer orden y generador de empleo cualificado directo e indirecto.

En esta línea, Cantabria ha apostado por un modelo de integración de la atención a las necesidades sociales y sanitarias de las personas con perfil sociosanitario, derivadas de procesos crónicos y complejos, en el que cada Sistema, Sanitario y Social, aporten coordinadamente los recursos y profesionales que permitan dar la respuesta más ajustada y eficiente a cada caso individual y asegurando siempre de forma eficiente la continuidad de los cuidados. Para ello, las Consejerías de Sanidad y de Universidades e investigación, Medio Ambiente y Política social han elaborado la Estrategia de coordinación para la atención integrada social y sanitaria 2019-2022 como documento estratégico que permita avanzar y trabajar conjuntamente dentro de un mismo marco y modelo de actuación con este objetivo común.

JUEVES, 23 DE MAYO DE 2019 - BOC NÚM. 98

Por cuanto antecede RESUELVO:

a) Aprobar la Estrategia de Coordinación para la Atención Integrada Social y Sanitaria 2019-2022, que figura como Anexo de la presente Resolución.

b) La Estrategia se publicará en el BOC y producirá efectos desde el día siguiente de la publicación.

Santander, 6 de mayo de 2019.

La consejera de Universidades e Investigación, Medio Ambiente y Política Social,  
Eva Díaz Tezanos.



Vicepresidencia

Consejería de Universidades e investigación, Medio ambiente y Política social

Consejería de Sanidad

Dirección General de Política Social

Dirección General de Ordenación y Atención Sanitaria

Instituto Cántabro de Servicios Sociales

Servicio Cántabro de Salud

**ESTRATEGIA  
DE  
COORDINACIÓN  
PARA LA  
ATENCIÓN INTEGRADA  
SOCIAL Y SANITARIA  
EN CANTABRIA  
2019-2022**



**Vicepresidencia**

**Consejería de Universidades e investigación, Medio ambiente y Política social**

**Consejería de Sanidad**

Dirección General de Política Social  
Dirección General de Ordenación y Atención Sanitaria  
Instituto Cántabro de Servicios Sociales  
Servicio Cántabro de Salud

LISTA DE ACRÓNIMOS

1. INTRODUCCIÓN.

2. ANTECEDENTES Y FUNDAMENTOS LEGALES

3. OBJETIVOS:

3.1. objetivo estratégico

3.2. objetivos específicos

4. HOJA DE RUTA: ACCIONES

5. CONTEXTO

5.1. leyes, planes y estrategias

5.2. datos sociodemográficos

5.3. análisis DAFO

6. PERFIL DE ATENCIÓN

6.1. adaptación de los sistemas social y sanitario al envejecimiento de la población.

6.2. empoderamiento de el/la paciente en su autocuidado.

6.3. coordinación entre niveles

6.4. recursos sanitarios y sociales adaptados

6.5. estratificación de la población

7. ESTRUCTURACIÓN DE LA COORDINACIÓN PARA LA ATENCIÓN INTEGRADA

7.1. modelo de gobernanza para la coordinación de la atención integrada de la persona con perfil sociosanitario.

7.2. estructuras de coordinación

7.3. estructuración de los recursos

8. ESTRUCTURACIÓN DE LA ATENCIÓN

8.1. detección y análisis de casos

8.2. niveles de coordinación

8.3. actuación con la persona hospitalizada o institucionalizada

8.4. elaboración de un plan de desarrollo de la estrategia

8.5. sistema de información

9. BIBLIOGRAFÍA SELECCIONADA

10. ANEXOS:

10.1. programa de apoyo integral a las familias (PAIF).

10.2. CADOS-CAT

10.3. ruta de atención al paciente con trastorno mental grave



**Vicepresidencia**

**Consejería de Universidades e investigación, Medio ambiente y Política social**

**Consejería de Sanidad**

Dirección General de Política Social  
Dirección General de Ordenación y Atención Sanitaria  
Instituto Cántabro de Servicios Sociales  
Servicio Cántabro de Salud

## LISTA DE ACRÓNIMOS

AVD: Actividades de la vida diaria

CCAA: Comunidades Autónomas

CADOS: Centro de Accesibilidad, Atención y Cuidados en el Domicilio

EAP: Equipo de Atención Primaria

EEH: Enfermería de Enlace Hospitalario

EPS y PSNS: Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención en el Sistema Nacional de Salud

ICASS: Instituto Cántabro de Servicios Sociales

IPREM: Indicador público de renta de efectos múltiples

PAI: Plan de Atención Individualizado

PAIF: Programa de Apoyo Integral a la Familia

PPP: Paciente pluripatológicos

SAAD: Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia

SCS: Servicio Cántabro de Salud

SSAP: Servicios Sociales de Atención Primaria

ZBS: Zona Básica de Salud



**Vicepresidencia**

**Consejería de Universidades e investigación, Medio ambiente y Política social**

**Consejería de Sanidad**

Dirección General de Política Social  
Dirección General de Ordenación y Atención Sanitaria  
Instituto Cántabro de Servicios Sociales  
Servicio Cántabro de Salud

## 1. INTRODUCCIÓN



**Vicepresidencia**

**Consejería de Universidades e investigación, Medio ambiente y Política social**

**Consejería de Sanidad**

Dirección General de Política Social  
Dirección General de Ordenación y Atención Sanitaria  
Instituto Cántabro de Servicios Sociales  
Servicio Cántabro de Salud

La realidad social nos enfrenta a un crecimiento demográfico negativo, a los cambios en los modos de vida, a la transformación de los núcleos familiares, a la incorporación efectiva e igualitaria de las mujeres al mundo laboral y a la aún escasa corresponsabilidad familiar en los cuidados, lo que obliga a reorganizar los sistemas de atención sanitaria y social, para afrontar la demanda de atención a las necesidades y expectativas de las personas, tanto en la promoción y la prevención de su salud, como en su tratamiento, atención y cuidado. Y ello por razones técnicas, éticas y de sostenibilidad del propio Estado del bienestar.

Para ello, no existe como tal un espacio socio-sanitario específico, ni tampoco tres redes asistenciales (la sanitaria, la social y la socio-sanitaria), pero sí dos espacios, el social y el sanitario, con un fuerte solapamiento entre ambos.

El término *“atención socio-sanitaria”* no puede asociarse exclusivamente a la dependencia funcional conjunta de ambas redes. Como afirma Fernando Fantova, *“la realidad es más compleja y cuando las necesidades de prevención, atención o, en general, intervenciones correspondientes a los servicios sanitarios y las correspondientes a los servicios sociales se presentan en las mismas personas y entornos de forma duradera o intensa y próxima o conectada”* es preciso hacerlas confluir para prestar una atención integral y satisfacer las necesidades de cuidados sanitarios y sociales de las personas, como cabe esperar desde una concepción integral y centrada en la persona.

Por otro lado, la red social y la red sanitaria presentan importantes diferencias relacionadas con su diferente historia y cultura, dimensiones y financiación, diferente cartera de servicios, la universalidad de la sanidad, su diversa organización institucional, sus capacidades investigadoras y científicas; los sistemas de evaluación o diferentes perfiles de población a la que se dirige y diferentes perfiles profesionales.

La atención socio sanitaria correspondería a la confluencia de la actividad que desarrollan simultáneamente y de forma complementaria la red social y la red sanitaria para satisfacer las necesidades de cuidados sanitarios y sociales de los ciudadanos y ciudadanas, situando siempre a la persona como el centro de la confluencia de ambos sistemas y en el núcleo generador de las actuaciones, y desarrollando instrumentos de gestión que permitan hacer efectiva esta concepción.

Los recursos (centros y servicios), de ambas redes, sanitarios y sociales son elementos básicos en la atención. Es ineludible planificar el uso más eficiente de los recursos y asegurar una inversión social y sanitaria que garantice la sostenibilidad de los sistemas públicos de atención a las personas. Esto, lejos





**Vicepresidencia**

**Consejería de Universidades e investigación, Medio ambiente y Política social**

**Consejería de Sanidad**

Dirección General de Política Social  
Dirección General de Ordenación y Atención Sanitaria  
Instituto Cántabro de Servicios Sociales  
Servicio Cántabro de Salud

de significar recortes o limitaciones en las prestaciones, conlleva formas de actuación más adecuadas para satisfacer las necesidades de los ciudadanos y ciudadanas mejorando la atención que reciben.

Así, la coordinación de la atención prestada desde los servicios sanitarios y desde los servicios sociales supone una herramienta necesaria e imprescindible para que los servicios dirigidos a las personas sean los adecuados para conseguir esta finalidad.

Una organización coordinada y conjunta entre ambos produce sinergias y puede conseguir mejorar la calidad de vida de las personas con enfermedades crónicas y con situaciones de dependencia permitiendo, al mismo tiempo, un uso más eficiente de los recursos públicos, a sabiendas de que un desarrollo adecuado de los servicios sociales y sanitarios no puede considerarse solo un gasto, sino que es también un motor de crecimiento económico de primer orden y generador de empleo cualificado directo e indirecto.

En esta línea, Cantabria apuesta por un **modelo de integración de la atención a las necesidades sociales y sanitarias de las personas** con perfil socio sanitario, derivadas de procesos crónicos y complejos, en el que cada Sistema, Sanitario y Social, aporten coordinadamente los recursos y profesionales que permitan dar la respuesta más ajustada y eficiente a cada caso individual y asegurando siempre de forma eficiente la continuidad de los cuidados. Esto nos permitirá avanzar y trabajar conjuntamente dentro de un mismo marco y modelo de actuación.

### 1.1. METODOLOGÍA

La Estrategia de coordinación para la atención integrada social y sanitaria en Cantabria 2019-2022 ha sido elaborada con un enfoque metodológico que garantiza una orientación práctica y un desarrollo participativo. Esto implica que se trata de un documento con visión a largo plazo, pero también con planificación operativa a través del desarrollo de acciones concretas.

El desarrollo participativo con el que se ha elaborado este documento es garantía del mayor consenso posible, y para ello, se ha partido de un documento de trabajo elaborado mediante el modelo *bottom up*, a través del debate e integración de las diferentes propuestas de los/las técnicos/as pertenecientes a ambas redes, a los que se han unido las aportaciones al debate por parte de los representantes de los órganos directivos.





**Vicepresidencia**

**Consejería de Universidades e investigación, Medio ambiente y Política social**

**Consejería de Sanidad**

Dirección General de Política Social  
Dirección General de Ordenación y Atención Sanitaria  
Instituto Cántabro de Servicios Sociales  
Servicio Cántabro de Salud

Se han articulado dos mecanismos de participación:

1. **COMISIÓN INTERINSTITUCIONAL:** formada por las personas titulares de las siguientes direcciones:
  - Dirección General de Ordenación y Atención Sanitaria.
  - Dirección General de Política Social (DGPS).
  - Dirección Gerencia del Servicio Cántabro de Salud (SCS).
  - Dirección del Instituto Cántabro de Servicios Sociales (ICASS).

Dicha comisión ha sido la encargada de:

- ♦ Designar a las personas integrantes de la Comisión Técnica.
- ♦ Debatir y completar el documento de propuesta de la Comisión técnica.
- ♦ Dirigir y aprobar la Estrategia de coordinación.

2. **COMISIÓN TÉCNICA:** Compuesta de forma paritaria por personas expertas procedentes de diversas áreas y colectivos profesionales del ámbito social y sanitario:

**Consejería de Sanidad:**

- Subdirección general de Ordenación y A. Sanitaria de la Consejería de Sanidad.
- Dirección médica de la Gerencia de atención primaria
- Dirección de enfermería de la Gerencia de atención primaria.
- Oficina de cronicidad del Servicio Cántabro de Salud.
- Subdirección de Asistencia Sanitaria del Servicio cántabro de salud.

**Consejería de Universidades e investigación, medio ambiente y política social:**

- Coordinación de política de familia (DGPS).
- Jefatura de sección de Programación Social (DGPS)
- Dirección CADOS (ICASS)
- Jefatura de sección Programas de Dependencia (ICASS)
- Personal técnico de Recursos Comunitarios, S. promoción de la autonomía (ICASS)

JUEVES, 23 DE MAYO DE 2019 - BOC NÚM. 98



**Vicepresidencia**

**Consejería de Universidades e investigación, Medio ambiente y Política social**

**Consejería de Sanidad**

Dirección General de Política Social  
Dirección General de Ordenación y Atención Sanitaria  
Instituto Cántabro de Servicios Sociales  
Servicio Cántabro de Salud

- Personal de trabajo social del CADOS-CAT (ICASS)
- Subdirección de Dependencia (ICASS)

Dicha comisión ha sido la encargada de:

- ◆ Realizar el estudio de las necesidades.
- ◆ Debatir y elaborar las propuestas que contiene el documento técnico.



**Vicepresidencia**

**Consejería de Universidades e investigación, Medio ambiente y Política social**

**Consejería de Sanidad**

Dirección General de Política Social  
Dirección General de Ordenación y Atención Sanitaria  
Instituto Cántabro de Servicios Sociales  
Servicio Cántabro de Salud

## 2.ANTECEDENTES Y FUNDAMENTOS LEGALES



Vicepresidencia

Consejería de Universidades e investigación, Medio ambiente y Política social

Consejería de Sanidad

Dirección General de Política Social  
Dirección General de Ordenación y Atención Sanitaria  
Instituto Cántabro de Servicios Sociales  
Servicio Cántabro de Salud

La **Constitución Española**, en su Título I, Capítulo III, establece los principios rectores de la política social y económica del Estado, señalando las prestaciones a las que están obligados los Poderes Públicos en materia de Sanidad, Servicios Sociales y Acción Social.

La **Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud**, define la prestación socio sanitaria en los siguientes términos: *La atención socio sanitaria comprende el conjunto de cuidados destinados a aquellos enfermos, generalmente crónicos, que por sus características especiales se pueden beneficiar de la actuación simultánea y sinérgica de los servicios sociales y sanitarios con el fin de aumentar su autonomía, paliar sus limitaciones o sufrimientos y facilitar su reinserción social.*

La **Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de promoción de la autonomía y de atención a las personas en situación de dependencia** establece la protección en las situaciones de dependencia como un nuevo derecho universal para los ciudadanos y en su artículo 21, enuncia la necesidad de un desarrollo coordinado de programas entre los servicios sociales y los sanitarios, y actuaciones de promoción, prevención y de rehabilitación destinadas a personas mayores y/o a personas con discapacidades y a las que estén afectadas por procesos complejos de hospitalización.

El **Estatuto de autonomía de Cantabria**, establece las competencias de la Comunidad Autónoma de Cantabria.

Respecto a servicios sociales, el Estatuto de Autonomía atribuye a la Comunidad Autónoma de Cantabria competencia exclusiva en materia de asistencia, bienestar social y desarrollo comunitario, incluida la política juvenil, para las personas mayores y de promoción de la igualdad de la mujer. En 1996, con el traspaso a la Comunidad Autónoma de Cantabria, de las funciones y servicios de la Seguridad Social en las materias encomendadas al Instituto Nacional de Servicios Sociales, quedó definido el marco competencial en materia de servicios sociales.

En cuanto a sanidad, el Estatuto de Autonomía atribuye a Cantabria el desarrollo legislativo y la ejecución de las materias de sanidad e higiene, promoción, prevención y restauración de la salud y coordinación hospitalaria en general, incluida la de la Seguridad Social. También establece que corresponde a la Comunidad Autónoma de Cantabria, en los términos que establezcan las leyes y las normas reglamentarias que en desarrollo de su legislación dicte el Estado, la gestión de la asistencia sanitaria de la Seguridad Social, completándose la transferencia en 2001 mediante Real Decreto 1472/2001, de 27 de diciembre, que traspasó a la Comunidad Autónoma de Cantabria, las funciones y servicios del Instituto Nacional de la Salud.



**Vicepresidencia**

**Consejería de Universidades e investigación, Medio ambiente y Política social**

**Consejería de Sanidad**

Dirección General de Política Social  
Dirección General de Ordenación y Atención Sanitaria  
Instituto Cántabro de Servicios Sociales  
Servicio Cántabro de Salud

**En el ámbito sanitario**, la *Ley 10/2001, de 28 de diciembre, de Creación del organismo público Servicio Cántabro de Salud (SCS)*, que tiene como fines generales la provisión de servicios de asistencia sanitaria y la gestión de centros, servicios y establecimientos sanitarios de la Comunidad Autónoma de Cantabria, bajo los principios generales de coordinación de las actuaciones y de los recursos, aseguramiento público, universalización pública, equidad, planificación, eficacia y eficiencia de la organización sanitaria, mejora de la calidad de los servicios, descentralización, autonomía y responsabilidad en la gestión, buscando activamente la participación de los ciudadanos y de los profesionales.

La **Ley 7/2002, de 10 de diciembre de Ordenación Sanitaria de Cantabria** constituye al ciudadano y a la ciudadana como eje fundamental del Sistema Autonómico de Salud, el concepto integral de la salud y la atención sanitaria mediante la creación e impulso de programas de coordinación con los ámbitos social y socio sanitario, la continuidad en los cuidados, especialmente de las personas que padecen enfermedades crónicas.

En el ámbito de los centros y servicios sociales, la **Ley de Cantabria 2/2007 de 27 de marzo de Derechos y Servicios Sociales reconoce a los servicios sociales** como derechos de ciudadanía y, además, persigue, para garantizar el efectivo ejercicio de los derechos sociales, la máxima equidad, efectividad y eficiencia.

Entre los derechos de las personas en relación con los servicios sociales, la citada norma, en su artículo 5, apartado o), recoge el derecho a la asignación de una persona profesional de referencia que sea la interlocutora principal y que vele por la congruencia del proceso de atención y su coordinación con el resto de sistemas dirigidos a promover el bienestar social.

Respecto de los derechos específicos de las personas usuarias de centros y servicios de atención diurna/nocturna y estancia residencial, refiere en su artículo 6, apartados i) y j) el "derecho a recibir atención sanitaria por el Sistema público de salud en igualdad de condiciones que el resto de la ciudadanía y a tener asignado al profesional de Atención Primaria en el Centro de Salud de la Zona básica en que se encuentre el centro residencial" y el "*derecho a recibir una atención integral resultado de una adecuada coordinación entre los sistemas de protección social y sanitario, y específicamente, entre la asistencia prestada por la Atención primaria de salud y por los Servicios sociales en el ámbito del Servicio de ayuda a domicilio y de los centros de atención diurna/nocturna y residencial*".



**Vicepresidencia**

**Consejería de Universidades e investigación, Medio ambiente y Política social**

**Consejería de Sanidad**

Dirección General de Política Social  
Dirección General de Ordenación y Atención Sanitaria  
Instituto Cántabro de Servicios Sociales  
Servicio Cántabro de Salud

Por otro lado, la recién aprobada **“Estrategia Horizonte 2030: UNA PROPUESTA DE FUTURO PARA EL SISTEMA PÚBLICO DE SERVICIOS SOCIALES DE CANTABRIA”**, apuesta por un modelo de servicios sociales, entre otras características, capaces de:

- Construir una atención primaria altamente resolutive que se convierta en un factor clave para la calidad de vida de las personas en sus entornos, fortaleciendo su autonomía y sus relaciones significativas
- Apostar por el desarrollo de prestaciones técnicas y servicios profesionales que permitan mejorar su capacidad de intervención personalizada y gestión de la diversidad.
- Abrir oportunidades de innovación de modo que puedan surgir nuevas formas de sinergia entre garantía de derechos y gobernanza estratégica desde el sector público, autogestión y empoderamiento individual, familiar y comunitario, desde la iniciativa social y la economía solidaria.
- Redefinir la coordinación entre los diferentes sectores y sistemas del bienestar, al menos con sanidad, educación, empleo, vivienda y garantía de ingresos para caminar hacia la integración.

Establece que uno de los pilares del Sistema Público de Servicios Sociales han de ser la puesta en marcha y el pilotaje de experiencias transformadoras de coordinación intersectorial y atención integrada entre servicios sociales y sanidad, vivienda, garantía de ingresos, empleo y educación.

Con este objetivo, la Estrategia Horizonte 2030 recoge entre sus actuaciones, la elaboración y desarrollo de una estrategia de coordinación para la atención integrada social y sanitaria en Cantabria.

Por su parte, el nuevo **PLAN DE EMERGENCIA SOCIAL (PESC) 2018-2020** establece diversas medidas de coordinación social y sanitaria con el objetivo común de que las personas que en Cantabria se encuentren en situación de exclusión social, pobreza o emergencia social obtengan la mejor intervención y apoyo institucional que necesiten.

Por otro lado, la recientemente aprobada **Ley de Cantabria 9/2018, de 21 de diciembre, de Garantía de los Derechos de las Personas con Discapacidad** pretende favorecer la intervención integral, posibilitando la coordinación de todas las actuaciones que desarrollen las administraciones y entidades vinculadas, en los diversos ámbitos sectoriales, bajo la inspiración de unos principios, criterios y objetivos comunes.





**Vicepresidencia**

**Consejería de Universidades e investigación, Medio ambiente y Política social**

**Consejería de Sanidad**

Dirección General de Política Social  
Dirección General de Ordenación y Atención Sanitaria  
Instituto Cántabro de Servicios Sociales  
Servicio Cántabro de Salud

En su capítulo I se contienen las medidas en el ámbito de la salud para hacer efectivo el derecho a la igualdad de oportunidades, con referencia específica a las medidas que habrá de adoptar el Sistema Sanitario Público de Cantabria en lo referente a la prevención de la discapacidad, a la salud sexual y reproductiva, y a la prevención del maltrato.

Se hace, asimismo, una especial referencia a la atención temprana, previéndose la coordinación de los sistemas de salud, de servicios sociales y de educación.

Por otro lado, la Ley 1/2004 integral de Cantabria para la prevención de la violencia de género y la protección a sus víctimas que otorga a las/los profesionales de los ámbitos sanitario y social un papel transcendental no solo en la atención a las víctimas y a sus hijos e hijas, sino en la propia detección activa.

Asimismo, la **Ley de Cantabria 8/2010, de 23 de diciembre, de garantía de derechos y atención a la infancia y la adolescencia, recoge entre sus principios rectores** de la actuación administrativa “la inclusión en las políticas de atención y protección de la infancia y la adolescencia de las actuaciones necesarias para la efectividad de sus derechos, teniendo en cuenta que su bienestar va íntimamente relacionado con el de su familia...”; “la integración familiar, social y educativa de la persona menor en las actuaciones de prevención y protección, contando tanto con su participación activa como con la de su familia”; “la adopción de los medios necesarios para favorecer el desarrollo integral de las personas menores, en particular el desarrollo de su personalidad, garantizando la prestación de una atención adecuada a las diferentes etapas evolutivas”, para lo cual, el mismo texto legal garantiza “la coordinación y colaboración de las Administraciones Públicas de Cantabria en el ámbito de la promoción y defensa de los derechos de la infancia y la adolescencia”.

Finalmente, la Ley de Cantabria 3/2009, de 27 de noviembre, de Creación del Instituto Cántabro de Servicios Sociales (ICASS), que tiene como finalidad la provisión de servicios y prestaciones sociales y la gestión de centros y servicios sociales, para garantizar a la ciudadanía el derecho a la protección social mediante actuaciones de promoción, prevención, intervención, incorporación y reinserción social, y de manera singular a:

- ★ La protección ante situaciones de desventaja derivadas de carencias básicas o esenciales de carácter social.
- ★ La protección en las situaciones de dependencia.



JUEVES, 23 DE MAYO DE 2019 - BOC NÚM. 98



**Vicepresidencia**

**Consejería de Universidades e investigación, Medio ambiente y Política social**

**Consejería de Sanidad**

Dirección General de Política Social  
Dirección General de Ordenación y Atención Sanitaria  
Instituto Cántabro de Servicios Sociales  
Servicio Cántabro de Salud

- ★ La protección de la infancia y la adolescencia en situación de riesgo y desamparo.
- ★ La protección ante las situaciones de riesgo social.



**Vicepresidencia**

**Consejería de Universidades e investigación, Medio ambiente y Política social**

**Consejería de Sanidad**

Dirección General de Política Social  
Dirección General de Ordenación y Atención Sanitaria  
Instituto Cántabro de Servicios Sociales  
Servicio Cántabro de Salud

### 3.OBJETIVOS



**Vicepresidencia**

**Consejería de Universidades e investigación, Medio ambiente y Política social**

**Consejería de Sanidad**

Dirección General de Política Social  
Dirección General de Ordenación y Atención Sanitaria  
Instituto Cántabro de Servicios Sociales  
Servicio Cántabro de Salud

### 3.1. OBJETIVO ESTRATÉGICO

Con la determinación de situar a la persona en el eje del sistema sanitario y social, y respetando su voluntad en la elección de las prestaciones asistenciales se propone en esta Estrategia definir, desarrollar y consolidar:

1. los principales elementos conceptuales y rasgos que constituyen el **modelo de integración de la atención de la persona con necesidades de perfil socio sanitario** con enfoque personalizado, ecológico, inclusivo, domiciliario y comunitario, con gestión de la diversidad y basado en la evidencia científica y
2. las estructuras que permitan una coordinación efectiva entre el sistema social y el sanitario.

Es más posible una atención integrada donde los provisos de servicios de atención trabajan dentro de una gobernanza común porque el aspecto más crucial de la atención integrada es el modo en que se logra una mejor coordinación entre ellos en torno a las necesidades de las personas y cómo los grupos de profesionales trabajan conjuntamente en aras de una continuidad de la atención (valoración de situaciones y respuesta a necesidades con carácter holístico, equipos multidisciplinares, figuras de coordinación de la atención, etc.).

Pero la atención integrada es resultado de un proceso complejo que necesita tiempo, porque requiere dibujar una hoja de ruta que sirva para establecer los itinerarios y las relaciones, funcionales y estructurales entre los diversos niveles del sistema de coordinación, desde la estructura directiva y ejecutiva representada por las consejerías competentes en materia social y sanitaria, con sus respectivos organismos directivos, hasta el nivel de la atención concreta representado por los/las profesionales de la atención primaria social y sanitaria.

Por ello, con este documento estratégico, **nuestro objetivo estratégico es definir un modelo de gobernanza social y sanitario coordinado para la prestación de una atención integral y centrada en la persona, sustentado en niveles de intervención y ejecución macro, meso y micro.**

### 3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Potenciar la funcionalidad y efectividad de los servicios, frente a la rigidez de las estructuras en la organización de recursos.



**Vicepresidencia**

**Consejería de Universidades e investigación, Medio ambiente y Política social**

**Consejería de Sanidad**

Dirección General de Política Social  
Dirección General de Ordenación y Atención Sanitaria  
Instituto Cántabro de Servicios Sociales  
Servicio Cántabro de Salud

- Promover que la atención y los cuidados se realicen en función de los niveles de complejidad de las personas, que se produzcan sin interrupciones en el proceso de atención y se desarrollen, manteniendo a la persona en su entorno habitual.
- Impulsar la evaluación de manera continua e integral, tanto de las necesidades de la persona, como de la coordinación efectiva entre sistemas.



**Vicepresidencia**

**Consejería de Universidades e investigación, Medio ambiente y Política social**

**Consejería de Sanidad**

Dirección General de Política Social  
Dirección General de Ordenación y Atención Sanitaria  
Instituto Cántabro de Servicios Sociales  
Servicio Cántabro de Salud

## 4. HOJA DE RUTA: ACCIONES



**Vicepresidencia**

**Consejería de Universidades e investigación, Medio ambiente y Política social**

**Consejería de Sanidad**

Dirección General de Política Social  
Dirección General de Ordenación y Atención Sanitaria  
Instituto Cántabro de Servicios Sociales  
Servicio Cántabro de Salud

Para desarrollar la Estrategia de coordinación para la atención integrada social y sanitaria en Cantabria 2019-2022 se llevarán a cabo las siguientes acciones:

<p>CONTEXTO</p>	<p>Elaboración de un diagnóstico de situación, con un análisis sociodemográfico y un análisis de buenas prácticas de atención integrada en el ámbito nacional como en el internacional.</p>
<p>PERFILES</p>	<p>Definición de:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Perfiles de las personas con necesidades simultáneas de atención social y sanitaria:</b> estudio e identificación.</li> <li>• <b>Perfiles de atención:</b> definición.</li> </ul>
<p>ESTRUCTURACIÓN DE LA COORDINACIÓN PARA LA ATENCIÓN INTEGRADA</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Modelo de Gobernanza.</li> <li>▪ Estructuras para la coordinación.</li> <li>▪ Estructuración de los recursos.</li> <li>▪ Estructuración de la atención.</li> </ul>
<p>ELABORACIÓN DE UN PLAN DE DESARROLLO DE LA ESTRATEGIA</p>	<p>Elaboración de un <b>Plan de desarrollo de la Estrategia</b> de coordinación para la atención integrada social y sanitaria en Cantabria que establezca objetivos a corto y medio plazo y determine los mecanismos e indicadores que permitan conocer el grado de consecución y avance del mismo, facilitando el seguimiento efectivo de la implantación.</p>



**Vicepresidencia**

**Consejería de Universidades e investigación, Medio ambiente y Política social**

**Consejería de Sanidad**

Dirección General de Política Social  
Dirección General de Ordenación y Atención Sanitaria  
Instituto Cántabro de Servicios Sociales  
Servicio Cántabro de Salud

Dicho Plan contemplará al menos los siguientes compromisos:

- Elaboración de un protocolo de implantación en todos los municipios de Cantabria del Programa de atención integral a las familias (PAIF) de promover acciones de educación parental positiva.
- La elaboración de un mapa de procesos de la atención primaria por parte de los Servicios sociales de atención primaria municipales y de los Centros de salud de atención primaria como instrumento clave para unificar un modelo de actuación y de intervención global con las personas.
- La implantación en el ámbito social y sanitario de herramientas tecnológicas compartidas para la valoración de las situaciones de exclusión social en el Sistema público de servicios sociales y en el Servicio cántabro de Salud con el objetivo de unificar herramientas de trabajo.
- La creación de un sistema integrado y compartido de valoración y estratificación de las poblaciones con dificultades.
- La puesta en marcha de programas de acompañamiento en hospitales y servicios de urgencia a personas en situación de mayor vulnerabilidad.
- La puesta en marcha de un programa de valoración de necesidades sociales y sanitarias añadidas para considerar la posibilidad de retornar o no al domicilio
- El desarrollo de protocolos de actuación en caso de detección de factores de riesgo para la salud o desatención en la infancia Y en todas las situaciones de pérdida de autonomía, en pacientes en los servicios de urgencias.
- La incorporación del factor de necesidad social alta en las valoraciones sanitarias.





**Vicepresidencia**

**Consejería de Universidades e investigación, Medio ambiente y Política social**

**Consejería de Sanidad**

Dirección General de Política Social  
Dirección General de Ordenación y Atención Sanitaria  
Instituto Cántabro de Servicios Sociales  
Servicio Cántabro de Salud

	<ul style="list-style-type: none"><li>• La puesta en marcha con carácter experimental de atención integrada social y sanitaria en una zona de salud como metodología de trabajo para la determinación de buenas prácticas y su implantación posterior en otras áreas territoriales.</li></ul>
<b>SISTEMA DE INFORMACIÓN</b>	Desarrollo y puesta en marcha de un sistema de información común que permita la recogida de datos y los indicadores para evalúe el resultado del proceso de atención socio-sanitario.



**Vicepresidencia**

**Consejería de Universidades e investigación, Medio ambiente y Política social**

**Consejería de Sanidad**

Dirección General de Política Social  
Dirección General de Ordenación y Atención Sanitaria  
Instituto Cántabro de Servicios Sociales  
Servicio Cántabro de Salud

## 5.CONTEXTO



**Vicepresidencia**

**Consejería de Universidades e investigación, Medio ambiente y Política social**

**Consejería de Sanidad**

Dirección General de Política Social  
Dirección General de Ordenación y Atención Sanitaria  
Instituto Cántabro de Servicios Sociales  
Servicio Cántabro de Salud

Se describe la situación actual, contando con la información proporcionada por los diferentes planes al respecto, tanto de Cantabria como de otras Comunidades, el análisis DAFO realizado, los recursos disponibles y su distribución geográfica, los datos demográficos y los obtenidos con la herramienta de estratificación.

### 5.1. LEYES, PLANES Y ESTRATEGIAS

Hemos partido por tanto de la normativa vigente, de los documentos estratégicos que enmarcan tanto las políticas públicas sanitarias como sociales y, además, hemos trabajado también con otros documentos que nos han servido de referencia:

- *“Estrategia Social Horizonte 2030, una propuesta de futuro para el Sistema público de servicios sociales de Cantabria”.*
- Plan de emergencia social (PESC) 2018-2020.
- Planes de coordinación socio sanitaria de otras CCAA.
- Estrategia para el abordaje de la cronicidad en el Sistema Nacional de Salud.
- Plan de Atención a la Cronicidad de Cantabria.
- Plan de atención cronicidad en otras CCAA.
- Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención en el SNS.

### 5.2. DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

Cantabria tiene a 1 de enero de 2017, según el último Padrón, 580.295 habitantes, con una densidad de población de 108,9 personas por km<sup>2</sup>.

La Comunidad Autónoma pierde en este último año y por quinto consecutivo habitantes empadronados, un 2,3% respecto a 2012, situándose en la actualidad con un número de habitantes muy similar al que tenía hace diez años.

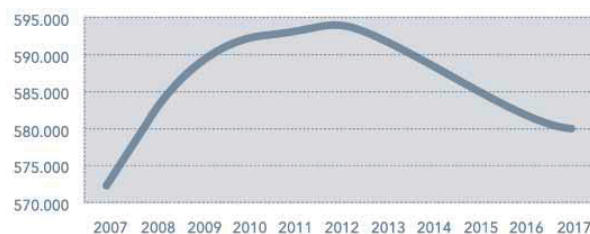
Las cuatro Áreas de Servicios Sociales en las que está dividida Cantabria han mermado en habitantes en los últimos cinco años, si bien la que lo ha hecho en menor medida es la de Santander en un 1,6% y el ASS Reinosa es el que ha bajado más, cayendo un 6,6%.



**Vicepresidencia**  
**Consejería de Universidades e investigación, Medio ambiente y Política social**  
**Consejería de Sanidad**  
 Dirección General de Política Social  
 Dirección General de Ordenación y Atención Sanitaria  
 Instituto Cántabro de Servicios Sociales  
 Servicio Cántabro de Salud

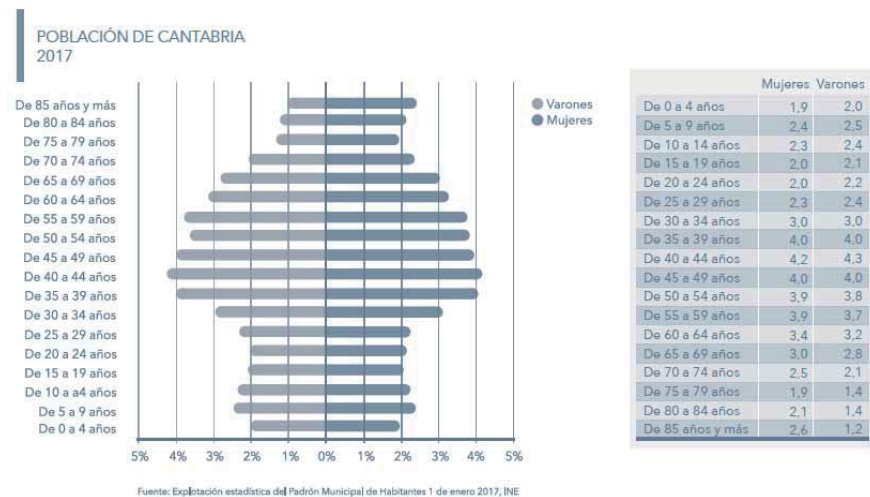
**Tabla 1.- Población de Cantabria en el último padrón elaborado (2017).**

POBLACIÓN DE CANTABRIA



8

**Tabla 2. Población de Cantabria en el último padrón elaborado (2017) por edad y sexo.**



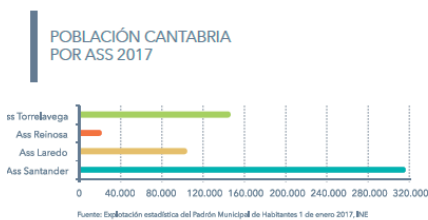


Vicepresidencia  
Consejería de Universidades e investigación, Medio ambiente y Política social  
Consejería de Sanidad

Dirección General de Política Social  
Dirección General de Ordenación y Atención Sanitaria  
Instituto Cántabro de Servicios Sociales  
Servicio Cántabro de Salud

Tabla 3. Población de Cantabria por áreas de servicios sociales (ASS) 2017.

ÁREAS DE SERVICIOS SOCIALES



ASS	Población		Extensión		Densidad de población
	Total	%	Total	%	
CANTABRIA	580.295	100	5.326,5 <sup>2</sup>	100	108,9
ASS Santander	316.378	54,5	1.073,7	20,4	294,7
ASS Laredo	101.538	17,5	1.033,5	19,7	98,2
ASS Reinosa	18.426	3,2	1.012,1	19,2	18,2
ASS Torrelavega	143.953	24,8	2.138,5	40,7	67,3

Fuente: Explotación estadística del Padrón Municipal de Habitantes 1 de enero de 2017, INE, y Banco de datos de Territorio y Medio Ambiente, actualizado en 2013, ICANE

<sup>2</sup> La superficie total incluye los 68,75 km<sup>2</sup> de la Mancomunidad Campoo-Cabúrniga.

Población de Cantabria 2017		
Áreas de Servicios Sociales	Zonas Básicas de Servicios Sociales	Población
CANTABRIA		580.295
ASS Santander	ASS Santander	316.378
	ZBSS Santander	171.951
	ZBSS Camargo	30.556
	ZBSS Astillero-Villaescusa	22.003
	ZBSS Bezana	12.818
	ZBSS Piélagos	24.918
	ZBSS Cudeyo	26.012
ASS Laredo	ASS Laredo	101.538
	ZBSS Agüera-Bajo Asón	29.255
	ZBSS Trasmiera	33.750
	ZBSS Alto Asón	6.410
	ZBSS Costa Oriental	32.123
ASS Reinosa	ASS Reinosa	18.426
	ZBSS Campoo	16.122
	ZBSS Los Valles	2.304
ASS Torrelavega	ASS Torrelavega	143.953
	ZBSS Torrelavega	52.034
	ZBSS Bajo Pas-Besaya	19.171
	ZBSS Altamira	18.208
	ZBSS Besaya	18.122
	ZBSS Saja	12.885
	ZBSS Costa Occidental	15.487
	ZBSS Nansa	2.354
ZBSS Liébana	5.692	

Fuente: Explotación estadística del Padrón Municipal de Habitantes 1 de enero de 2017, INE



Vicepresidencia

Consejería de Universidades e investigación, Medio ambiente y Política social

Consejería de Sanidad

Dirección General de Política Social  
Dirección General de Ordenación y Atención Sanitaria  
Instituto Cántabro de Servicios Sociales  
Servicio Cántabro de Salud

Tabla 4. Indicadores demográficos de Cantabria 2017.

Indicadores demográficos de Cantabria	
Tasa de feminidad	105,9
% de población extranjera	5,1
Edad media de la población	44,5
% habitantes de 0-19 años	17,7
% habitantes de 20-64 años	61,2
% habitantes de 65 años y más	21,1
% habitantes de 80 años y más	7,3
% habitantes de 85 años y más	3,8
Índice de vejez	146,4
Índice de sobreenvjecimiento	17,9
Tasa de dependencia	52,9
Nacimientos	4.244
Defunciones	5.936
Saldo vegetativo	-1.692

Enero de 2017, INE y Movimiento Natural de la Población 2016, ICANE

La **tasa de feminidad** de Cantabria es de 106 mujeres por cada 100 varones. El ASS Santander, la ZBSS Torrelavega y el municipio de Santander tienen las tasas más elevadas, llegando éste último hasta las 117 mujeres/100 varones. Con las tasas más bajas se encuentran el ASS Reinosa, la ZBSS Nansa y el municipio de Tudanca, que apenas tiene 39 mujeres/100 varones.

La edad media de la población de Cantabria es de 44,5 años. Sin embargo, hay una diversidad de situaciones dependiendo de la zona. Así, Cartes es el municipio con la proporción más elevada de población joven con una media de edad de 36,9 años y la más baja de habitantes de mayor edad, misma circunstancia en la que se encuentran las ZBSS Bezana y Piélagos, y el ASS Laredo. Por el contrario, en Tresviso es de 58,3 años. Los ASS más jóvenes son Laredo y Piélagos respectivamente, mientras que la más envejecida es el ASS Reinosa y la ZBSS Nansa.

Otro ejemplo es el de Tudanca, el municipio con menos habitantes de hasta 19 años en valores relativos o el ejemplo de Lamasón, el que tiene el porcentaje más elevado de personas mayores de 65 años. Las ZBSS Nansa y Los Valles y el ASS Reinosa ostentan los datos más bajos en población joven y los más elevados en los referidos a población mayor.

Por otro lado, Argoños es el municipio con la menor tasa de dependencia de Cantabria con un 42%, un 11% menos que la tasa regional, mientras que Pesagüero tiene un 83%.





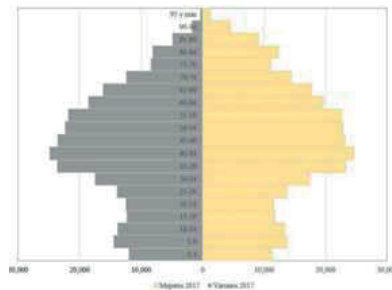
**Vicepresidencia**  
**Consejería de Universidades e investigación, Medio ambiente y Política social**  
**Consejería de Sanidad**  
 Dirección General de Política Social  
 Dirección General de Ordenación y Atención Sanitaria  
 Instituto Cántabro de Servicios Sociales  
 Servicio Cántabro de Salud

**Tabla 5.- Evolución de la población de Cantabria 2007-2017.**

Evolución de la población de Cantabria										
2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
572.824	582.138	589.235	592.250	593.121	593.861	591.888	588.656	585.179	582.206	580.295

Fuente: Explotación estadística del Padrón Municipal de Habitantes 1 de enero, INE

**Tabla 6. Pirámide de la población de Cantabria. Año 2017.**



Fuente: Elaboración propia "Estrategia frente al reto demográfico de Cantabria 2019-2025", a partir de los datos del INE y del Padrón Municipal de Habitantes (2017).

La esperanza de vida, que en 1978 era de 71,5 años para los hombres y 77,5 años para las mujeres, en 2014 fue de 80 años para los hombres y 85,7 años para las mujeres, y en 2063 la previsión es de 91 años para los hombres y 94,3 años para las mujeres.





Vicepresidencia

Consejería de Universidades e investigación, Medio ambiente y Política social

Consejería de Sanidad

Dirección General de Política Social  
Dirección General de Ordenación y Atención Sanitaria  
Instituto Cántabro de Servicios Sociales  
Servicio Cántabro de Salud

Tabla 7. Evolución de los indicadores estructurales. Cantabria (1975-2016).

Indicadores	1975	1981	1991	2001	2011	2016
% Pobl. Mayor ( $P_{65}$ y más años / $P_{Total}$ * 100)	10,9	12,2	15,5	19,0	18,9	20,9
Índice de Envejecimiento ( $P_{> 65}$ años / $P_{< 15}$ años * 100)	42,9	50,7	86,2	155,2	141,4	153,8
Índice General de Dependencia ( $(P_{> 65}$ años + $P_{< 15}$ años) / $P_{15-64}$ años * 100)	57,2	56,7	50,5	45,5	47,5	52,7
Índice de Dependencia de los/las Jóvenes ( $P_{< 15}$ años / $P_{15-64}$ años * 100)	40,0	37,6	27,1	17,8	19,7	20,8
Índice de Dependencia de Mayores ( $P_{> 65}$ años / $P_{15-64}$ años * 100)	17,2	19,1	23,4	27,6	27,8	31,9

Fuente: elaboración propia "Estrategia frente al reto demográfico de Cantabria 2019-2025", a partir de los datos del INE, censos de población y padrones de habitantes (varios años).

"Respecto de la **población de Cantabria en el horizonte 2031**, según las proyecciones de los organismos estadísticos oficiales (INE e ICANE), auguran que, como consecuencia de la caída de la fecundidad el grupo de personas de 65 y más años (y muy especialmente el grupo de personas octogenarias) incrementará su presencia en la región, tanto en términos absolutos como relativos. Las previsiones plantean que el colectivo de personas mayores será el único que crecerá hasta el horizonte 2031."<sup>1</sup>

<sup>1</sup>"Estrategia frente al reto demográfico de Cantabria 2019-2025"



**Vicepresidencia**

**Consejería de Universidades e investigación, Medio ambiente y Política social**

**Consejería de Sanidad**

Dirección General de Política Social  
Dirección General de Ordenación y Atención Sanitaria  
Instituto Cántabro de Servicios Sociales  
Servicio Cántabro de Salud

**Tabla 8. Datos relevantes de evolución de la población por grandes grupos de edad según la proyección del INE (Periodo 2016-2031).**

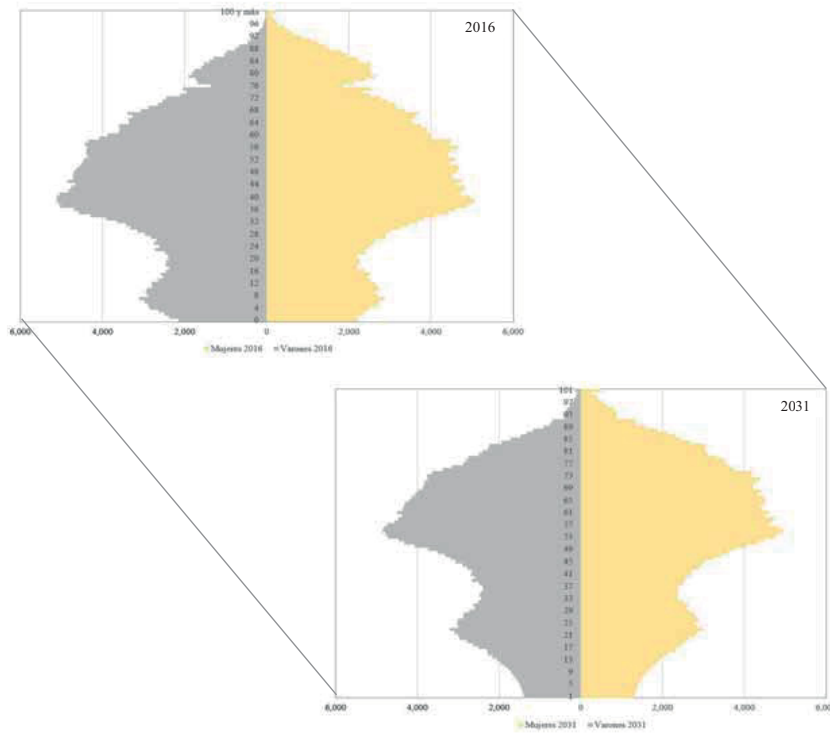
	Año 2016		Año 2031		Evolución Periodo 2016- 2031	
	Total	%	Total	%	Absoluta	Relativa
<b>Población mayor (&gt;64 años)</b>	120.659	20,7	162.204	29,7	41.545	9,0
<b>Total</b>	582.574	100,0	545.874	100,0	-36.700	

Fuente: elaboración propia "Estrategia frente al reto demográfico de Cantabria 2019-2025", a partir de los datos del INE.



Vicepresidencia  
**Consejería de Universidades e investigación, Medio ambiente y Política social**  
**Consejería de Sanidad**  
 Dirección General de Política Social  
 Dirección General de Ordenación y Atención Sanitaria  
 Instituto Cántabro de Servicios Sociales  
 Servicio Cántabro de Salud

**Tabla 9. Evolución de la estructura demográfica de Cantabria entre 2016 y 2031 según la proyección del INE.**



Fuente: Elaboración propia "Estrategia frente al reto demográfico de Cantabria 2019-2025", a partir de los datos del INE. Proyecciones de población. Horizonte 2031 (2016).



**Vicepresidencia**

**Consejería de Universidades e investigación, Medio ambiente y Política social**

**Consejería de Sanidad**

Dirección General de Política Social  
Dirección General de Ordenación y Atención Sanitaria  
Instituto Cántabro de Servicios Sociales  
Servicio Cántabro de Salud

*“La situación prevista para la región por el INE en un horizonte relativamente cercano desde el punto de vista demográfico, como es 2031, nos llevaría a una estructura claramente más envejecida, tanto por la base como por la cúspide de la pirámide”.*<sup>2</sup>

Igualmente, la proyección de población realizada por el ICANE, estima una continuidad en el descenso de habitantes en Cantabria de un 2,3% para el próximo quinquenio, estableciendo para el horizonte 2023 un número de personas de 561.130 personas.

**Tabla 10. Principales indicadores demográficos según hipótesis de proyección propias.**

Indicadores	2016 Año base	2031 Hipótesis Est.-Optimista	2031 Hipótesis Pesimista
% Pobl. Mayor (P <sub>65</sub> y más años / P <sub>Total</sub> * 100)	20,7	30,0	29,4
Índice de Dependencia ((P <sub>&gt; 65 años</sub> + P <sub>&lt; 15 años</sub> ) / P <sub>15-64 años</sub> * 100)	52,1	69,2	65,7
Índice de Dependencia de los/las Jóvenes (P <sub>&lt; 15 años</sub> / P <sub>15-64 años</sub> * 100)	20,6	18,4	17,0
Índice de Dependencia de Mayores (P <sub>&gt; 65 años</sub> / P <sub>15-64 años</sub> * 100)	31,4	50,9	48,7
Índice de Vejez (P <sub>&gt; 65 años</sub> / P <sub>&lt; 15 años</sub> * 100)	152,4	276,5	285,9

*Fuente:* Elaboración propia “Estrategia frente al reto demográfico de Cantabria 2019-2025” a partir de los datos del INE y el Padrón Municipal de Habitantes (2017).

<sup>2</sup>“Estrategia frente al reto demográfico de Cantabria 2019-2025”



**Vicepresidencia**

**Consejería de Universidades e investigación, Medio ambiente y Política social**

**Consejería de Sanidad**

Dirección General de Política Social  
Dirección General de Ordenación y Atención Sanitaria  
Instituto Cántabro de Servicios Sociales  
Servicio Cántabro de Salud

*“Una conclusión importante de los escenarios proyectados en relación a los indicadores del año base es el avance generalizado de los niveles de envejecimiento tanto en un escenario estacionario-optimista como en uno pesimista. Se producirá, en términos generales, un incremento de la proporción de población mayor (de unos 10 puntos porcentuales), un aumento del Índice de Dependencia, que pasará del 52% a casi el 70% en el escenario optimista (en parte por la proyección de más individuos en las cohortes 0-14), un destacado aumento del Índice de Dependencia de Mayores (que del 31% actual llegará a niveles cercanos al 50%) y un fortísimo incremento del Índice de Vejez, indicador muy expresivo que muestra la reducción del colectivo de jóvenes (en el denominador) con el incremento de personas en las cohortes de edad más avanzada (en el numerador), la polarización de estos datos relacionados en el Índice de Vejez hará que si actualmente contamos con unas 150 personas mayores de 65 años por cada 100 personas menos de 15, en el año 2031, la región tenga unos 275 mayores por cada 100 jóvenes (en el escenario estacionario-optimista) o, incluso, 286 mayores por cada 100 jóvenes, en el pesimista.*

*“Los dos escenarios proyectados plantean diferencias en el volumen final de población, pero se mantienen constantes en el avance del proceso de envejecimiento actualmente instalado en la región. En términos relativos la diferencia entre ambos escenarios es poco significativa; se prevé un incremento importante del peso relativo de población de tercera y cuarta edad; si bien, el matiz se puede plantear en los valores absolutos, en el volumen de población previsto en ambos escenarios, algo que puede resultar clave desde el punto de vista económico para la puesta en marcha de estrategias y acciones, como las apuntadas en el presente estudio. La hipótesis estacionaria-optimista prevé 10.000 personas más de tercera edad y 8.000 personas octogenarias más que la hipótesis pesimista.”<sup>3</sup>*

Por ASS, todas van a continuar perdiendo población si bien el ASS Santander será el que menos merma sufra, un 1,8, mientras que el ASS Reinoso lo hará en un 6,4%.

Solo tres ZBSS, Bezana, Piélagos y Miera-Pisueña (del ASS Santander), tendrán trayectorias alcistas en sus habitantes, siendo las únicas de las 22 que crecerán en población. Las que más habitantes verán caer en términos relativos serán Los Valles, 10%, y Nansa, 9% Selaya es el municipio que según las proyecciones del ICANE más va a incrementar su Padrón, en un 27%, seguido de Meruelo que lo hará en un 6% hasta 2023. un 18% disminuirán los/as empadronados/as en Tudanca y un 15% en Valdeolea.

<sup>3</sup>“Estrategia frente al reto demográfico de Cantabria 2019-2025”



**Vicepresidencia**  
**Consejería de Universidades e investigación, Medio ambiente y Política social**  
**Consejería de Sanidad**  
 Dirección General de Política Social  
 Dirección General de Ordenación y Atención Sanitaria  
 Instituto Cántabro de Servicios Sociales  
 Servicio Cántabro de Salud

**Tabla 11. Distribución territorial de las personas mayores en Cantabria**



**Tabla 11. Distribución territorial de las personas por cronicidad y riesgo.**







Vicepresidencia  
Consejería de Universidades e investigación, Medio ambiente y Política social  
Consejería de Sanidad  
Dirección General de Política Social  
Dirección General de Ordenación y Atención Sanitaria  
Instituto Cántabro de Servicios Sociales  
Servicio Cántabro de Salud

**Tabla 12. Porcentaje de personas usuarias (2017) en cada estrato de complejidad.**

Nivel Complejidad	Cantabria		Santander		Torrelavega		Reinosa		Laredo	
	Casos	%	Casos	%	Casos	%	Casos	%	Casos	%
1	234.552	41,91	134.307	43,36	55.356	39,80	7.435	42,93	37.454	40,07
2	162.351	29,01	88.487	28,57	41.583	29,90	5.144	29,70	27.137	29,03
3	85.271	15,24	46.061	14,87	22.028	15,84	2.468	14,25	14.474	15,74
4	56.009	10,01	29.612	9,56	14.518	10,44	1.672	9,66	10.207	10,92
5	21.428	3,83	11.285	3,64	5.589	4,02	598	3,45	3.965	4,23

**Tabla 13. Distribución porcentual (2017) de las principales patologías crónicas.**

	Santander	Torrelavega	Reinosa	Laredo			
Hipertensión	20,57%	Hipertensión	22,18%	Hipertensión	22,75%	Hipertensión	20,89%
Depresión	7,86%	Depresión	9,72%	pluripatológicos	9,96%	Artrosis	7,46%
Artrosis	7,73%	pluripatológicos	8,11%	Artrosis	8,17%	Depresión	7,01%
pluripatológicos	7,02%	Artrosis	7,94%	Depresión	8,08%	Diabetes	6,85%
Diabetes	6,47%	Diabetes	7,79%	Diabetes	7,65%	pluripatológicos	6,08%
Osteoporosis	4,33%	Osteoporosis	3,66%	Osteoporosis	4,03%	Osteoporosis	3,97%

34



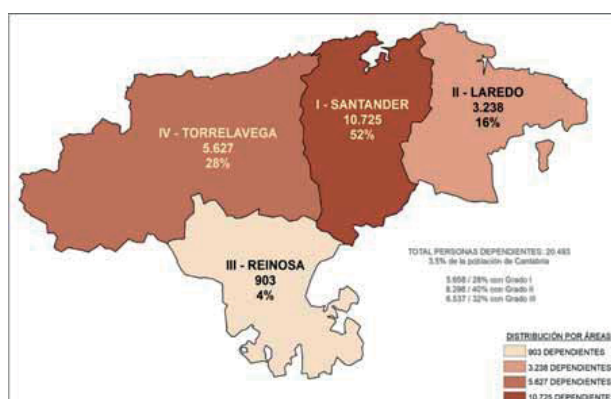


**Vicepresidencia**  
**Consejería de Universidades e investigación, Medio ambiente y Política social**  
**Consejería de Sanidad**

Dirección General de Política Social  
 Dirección General de Ordenación y Atención Sanitaria  
 Instituto Cántabro de Servicios Sociales  
 Servicio Cántabro de Salud

Santander		Torrelavega		Reinosa		Laredo	
Cardiopatía isquémica	3,04%	Cardiopatía isquémica	3,26%	Cardiopatía isquémica	3,21%	Cardiopatía isquémica	2,95%
Insuficiencia renal crónica	2,42%	Insuficiencia renal crónica	2,38%	Insuficiencia renal crónica	2,38%	Insuficiencia renal crónica	2,63%
EPOC	2,19%	EPOC	2,30%	EPOC	2,30%	EPOC	2,46%
AVC	1,89%	Artritis	1,77%	AVC	1,98%	Artritis	2,02%
Artritis	1,72%	AVC	1,76%	IC	1,88%	AVC	1,71%

Tabla 14. Mapa de personas dependientes distribuidas por Áreas.



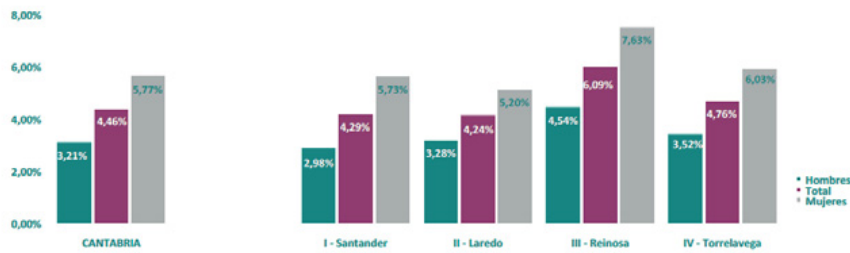
Fuente: Sistema para la autonomía y atención a la dependencia. ICASS, septiembre 2018



Vicepresidencia  
**Consejería de Universidades e investigación, Medio ambiente y Política social**  
**Consejería de Sanidad**  
 Dirección General de Política Social  
 Dirección General de Ordenación y Atención Sanitaria  
 Instituto Cántabro de Servicios Sociales  
 Servicio Cántabro de Salud

Tabla 15. Solicitudes de reconocimiento de la situación de dependencia (diciembre 2018).

	POBLACIÓN			SOLICITUDES					
	Total	Hombres	Mujeres	Total		Hombres		Mujeres	
				n	% pob.	n	% pob.	n	% pob.
I - Santander	316.378	165.396	150.982	13.585	4,29%	4.934	2,98%	8.651	5,73%
II - Laredo	101.538	50.778	50.760	4.307	4,24%	1.666	3,28%	2.641	5,20%
III - Reinosa	18.426	9.186	9.240	1.122	6,09%	417	4,54%	705	7,63%
IV - Torrelavega	143.953	73.127	70.826	6.845	4,76%	2.575	3,52%	4.270	6,03%
CANTABRIA	580.295	298.487	281.808	25.859	4,46%	9.592	3,21%	16.267	5,77%

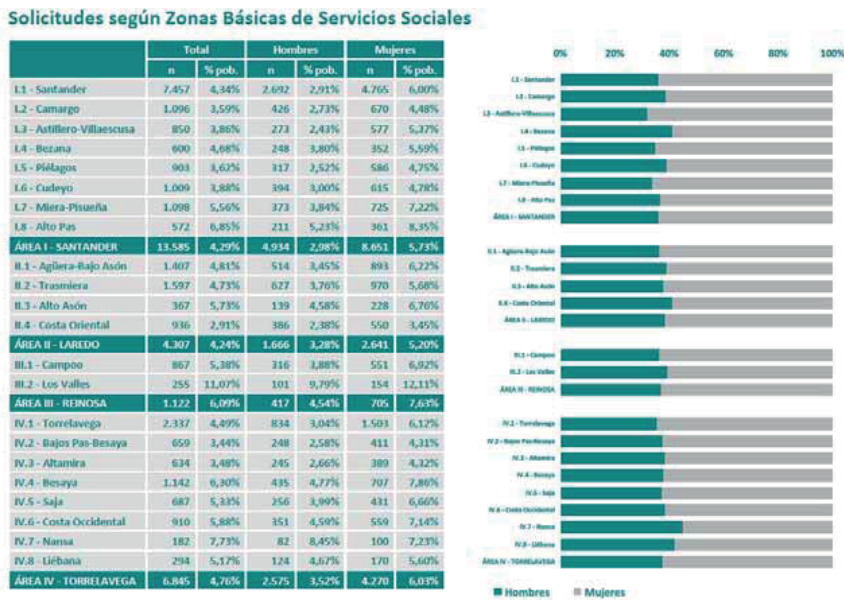


Fuente: SSAD. Elaboración propia Dirección General de Política social. Gobierno de Cantabria.



Vicepresidencia  
**Consejería de Universidades e investigación, Medio ambiente y Política social**  
**Consejería de Sanidad**  
 Dirección General de Política Social  
 Dirección General de Ordenación y Atención Sanitaria  
 Instituto Cántabro de Servicios Sociales  
 Servicio Cántabro de Salud

**Tabla 16. Solicitudes de reconocimiento de grado de dependencia por Zonas básicas de servicios sociales de Cantabria (diciembre 2018)**



Fuente: SSAD. Elaboración propia Dirección General de Política social. Gobierno de Cantabria.



Vicepresidencia  
Consejería de Universidades e investigación, Medio ambiente y Política social  
Consejería de Sanidad

Dirección General de Política Social  
Dirección General de Ordenación y Atención Sanitaria  
Instituto Cántabro de Servicios Sociales  
Servicio Cántabro de Salud

Tablas 17 y 18. Dictámenes de grado de dependencia (diciembre 2018).

	SOLICITUDES		DICTÁMENES								P. CON DERECHO	
			Total		Grado III		Grado II		Grado I			
	n	%	n	% sol.	n	% dict.	n	% dict.	n	% dict.	n	% dict.
I - Santander	13.585	52,53%	12.977	95,52%	3.353	25,84%	4.362	33,61%	2.958	22,79%	10.673	82,25%
II - Laredo	4.307	16,66%	4.098	95,15%	1.099	26,82%	1.810	31,97%	902	22,01%	3.811	80,80%
III - Reinosa	1.122	4,34%	1.026	91,44%	279	27,19%	369	35,96%	237	23,10%	885	86,26%
IV - Torrelavega	6.845	26,47%	6.541	95,56%	1.797	27,47%	2.276	34,80%	1.551	23,71%	5.624	85,98%
CANTABRIA	25.859	100,00%	24.642	95,29%	6.528	26,49%	8.317	33,75%	5.648	22,92%	20.493	83,16%

Fuente: SSAD. Elaboración propia Dirección General de Política social. Gobierno de Cantabria.

	DICTÁMENES	GRADO III		GRADO II		GRADO I		SIN GRADO	
		n	%	n	%	n	%	n	%
I - Santander	12.977	3.353	51,36%	4.362	52,45%	2.958	52,37%	2.304	55,53%
II - Laredo	4.098	1.099	16,84%	1.310	15,75%	902	15,97%	787	18,97%
III - Reinosa	1.026	279	4,27%	369	4,44%	237	4,20%	141	3,40%
IV - Torrelavega	6.541	1.797	27,53%	2.276	27,37%	1.551	27,46%	917	22,10%
CANTABRIA	24.642	6.528	100,00%	8.317	100,00%	5.648	100,00%	4.149	100,00%

Fuente: SSAD. Elaboración propia Dirección General de Política social. Gobierno de Cantabria.

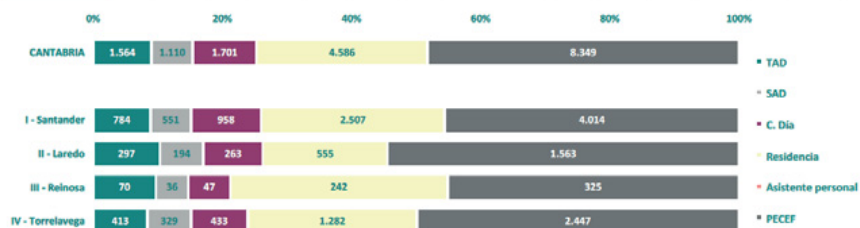


Vicepresidencia  
 Consejería de Universidades e investigación, Medio ambiente y Política social  
 Consejería de Sanidad

Dirección General de Política Social  
 Dirección General de Ordenación y Atención Sanitaria  
 Instituto Cántabro de Servicios Sociales  
 Servicio Cántabro de Salud

Tabla 19. Personas beneficiarias y prestaciones (diciembre 2018).

	PERSONAS CON PRESTACIONES	TAD		SAD		CENTRO DE DIA		RESIDENCIA		ASISTENTE PERSONAL		PECEF		TOTAL PRESTACIONES	RATIO
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
I - Santander	7.800	784	50,13%	551	49,64%	958	56,32%	2.507	54,67%	1	100,0%	4.014	48,08%	8.815	1,13
II - Laredo	2.516	297	18,99%	194	17,48%	263	15,46%	555	12,10%	0	0,00%	1.563	18,72%	2.872	1,14
III - Reinosa	647	70	4,48%	36	3,24%	47	2,76%	242	5,28%	0	0,00%	325	3,89%	720	1,11
IV - Torrelavega	4.373	413	26,41%	329	29,64%	433	25,46%	1.282	27,95%	0	0,00%	2.447	29,31%	4.904	1,12
CANTABRIA	15.336	1.564	100,0%	1.110	100,0%	1.701	100,0%	4.586	100,0%	1	100,0%	8.349	100,0%	17.311	1,13





**Vicepresidencia**

**Consejería de Universidades e investigación, Medio ambiente y Política social**

**Consejería de Sanidad**

Dirección General de Política Social  
Dirección General de Ordenación y Atención Sanitaria  
Instituto Cántabro de Servicios Sociales  
Servicio Cántabro de Salud

20.694	Personas con grado de dependencia reconocido.
15.402	Personas dependientes con recurso asignado, bien con servicios o prestaciones económicas. Hay un total de 17.432 prestaciones.
3.245	Personas dependientes que renuncian o desisten a las prestaciones que ofrece el catálogo de servicios y prestaciones del sistema para la autonomía y atención a la dependencia
819	Personas dependientes en lista de espera pendientes de plaza libre en un centro específico y sin otro recurso asignado.
66	Personas dependientes que temporalmente incurrir en incidencias que motivan la suspensión cautelar de los recursos asignados.





**Vicepresidencia**

**Consejería de Universidades e investigación, Medio ambiente y Política social**

**Consejería de Sanidad**

Dirección General de Política Social  
Dirección General de Ordenación y Atención Sanitaria  
Instituto Cántabro de Servicios Sociales  
Servicio Cántabro de Salud

### 5.3. ANÁLISIS DAFO

FORTALEZAS	DEBILIDADES
<ul style="list-style-type: none"><li>• Decisión por parte de las administraciones implicadas en su desarrollo.</li><li>• Mapas de servicios sanitarios y sociales notablemente coincidentes.</li><li>• Recursos sanitarios y sociales de base en todas las zonas de salud.</li><li>• Atención sanitaria a la cronicidad actualmente en desarrollo.</li><li>• Hospital en cada área de salud.</li><li>• Camas hospitalarias para subagudos.</li><li>• Estratificación de la población.</li><li>• Red de centros de servicios sociales en cada área y zona de servicios sociales.</li><li>• Dos redes muy estructuradas de profesionales con alta cualificación profesional y comprometidos.</li><li>• Planificación de recursos sociales y sanitarios de acuerdo a su ubicación por áreas y zonas casi coincidentes en el ámbito social y sanitario.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Diversidad y dispersión de los/las responsables implicadas.</li><li>• Escasa cultura de coordinación entre recursos sociales y sanitarios.</li><li>• Insuficiente protocolización de los procesos de colaboración entre profesionales.</li><li>• Cultura de gestión por procesos poco extendida en los sectores sociales y sanitarios.</li><li>• Insuficiente conocimiento por parte de los/las profesionales sanitarios/as de los recursos y las redes sociales de apoyo.</li><li>• Dependencia de consejerías diferentes.</li><li>• Dificultad en la asignación presupuestaria.</li><li>• La estratificación de la población se realiza sólo con datos de salud.</li></ul>





**Vicepresidencia**

**Consejería de Universidades e investigación, Medio ambiente y Política social**

**Consejería de Sanidad**

Dirección General de Política Social  
Dirección General de Ordenación y Atención Sanitaria  
Instituto Cántabro de Servicios Sociales  
Servicio Cántabro de Salud

OPORTUNIDADES	AMENAZAS
<ul style="list-style-type: none"><li>• Colaboración efectiva entre administraciones al servicio de la ciudadanía.</li><li>• Respuesta coordinada e inmediata ante problemas no demorarles desde los diferentes ámbitos de atención.</li><li>• Trabajo conjunto en la prevención y promoción de vida saludable.</li><li>• Incorporación de otras instituciones implicadas.</li><li>• Coordinación de organismos y profesionales en un trabajo multidisciplinar al servicio de la ciudadanía.</li><li>• Manejo eficiente de los recursos públicos.</li><li>• Colaboración en la sostenibilidad de los sistemas públicos de atención a las personas.</li><li>• Fomento de la investigación sanitaria y social.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Oscilaciones en el apoyo institucional.</li><li>• Insuficiencia de recursos adecuados para hacer frente a las necesidades de las personas.</li><li>• Reducción en las redes familiares de apoyo.</li><li>• Riesgo de ineficiencia por falta de coordinación entre administraciones.</li><li>• Insuficiente financiación.</li></ul>



**Vicepresidencia**

**Consejería de Universidades e investigación, Medio ambiente y Política social**

**Consejería de Sanidad**

Dirección General de Política Social  
Dirección General de Ordenación y Atención Sanitaria  
Instituto Cántabro de Servicios Sociales  
Servicio Cántabro de Salud

## 6. PERFIL DE ATENCIÓN



**Vicepresidencia**

**Consejería de Universidades e investigación, Medio ambiente y Política social**

**Consejería de Sanidad**

Dirección General de Política Social  
Dirección General de Ordenación y Atención Sanitaria  
Instituto Cántabro de Servicios Sociales  
Servicio Cántabro de Salud

De los datos sociodemográficos analizados, la coordinación socio sanitaria surge como una medida imprescindible para dar una respuesta integral a un nuevo perfil de necesidades en la persona, implicando una atención conjunta de los servicios sociales y sanitarios, siendo simultánea, coordinada y continua en el tiempo.

## 6.1. ADAPTACIÓN DE LOS SISTEMAS SOCIAL Y SANITARIO AL ENVEJECIMIENTO DE LA POBLACIÓN.

*“De acuerdo a la tendencia demográfica presente, es preciso acercar a los sistemas social y de salud a la prestación de cuidados integrales, centrados en las personas mayores (OMS, 2015).*

*La nueva orientación debería basarse en el denominado «Modelo Asistencial Integral» centrado en la persona y no en la enfermedad, basado en la atención primaria y no en la hospitalaria, centrado en las necesidades de la población y no en los/las pacientes individuales, organizado para una atención proactiva y planificada, no reactiva frente a los síntomas, centrado en la promoción y prevención y no en el tratamiento (Curry y Ham, 2012)”.<sup>4</sup>*

## 6.2. EMPODERAMIENTO DE EL/LA PACIENTE EN SU AUTOCUIDADO.

*“La Promoción de la salud es una de las líneas estratégicas propuestas por la Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad en el Sistema Nacional de Salud. Dado que la mayor parte de condiciones de salud crónicas y factores de riesgo se pueden prevenir, la promoción de estilos de vida saludables mejora de la salud de la población, implicando cambios en las condiciones personales, sociales, ambientales y económicas en las que las personas se desarrollan (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2012). Esos hábitos saludables deben establecerse desde la infancia y condicionarán un aumento de la Esperanza de Vida Saludable.*

---

<sup>4</sup>“Estrategia frente al reto demográfico de Cantabria 2019-2025”



**Vicepresidencia**

**Consejería de Universidades e investigación, Medio ambiente y Política social**

**Consejería de Sanidad**

Dirección General de Política Social  
Dirección General de Ordenación y Atención Sanitaria  
Instituto Cántabro de Servicios Sociales  
Servicio Cántabro de Salud

*La Educación para la Salud es un instrumento importante de Promoción de la salud, que se caracteriza no solo por la trasmisión de conocimientos por parte de una persona experta a la población, sino también el fomento de su motivación, habilidades personales y autoestima, para adoptar medidas destinadas a hacerse responsable de su salud (Paz y Agudo, 2014; Pellico y Hernández, 2012).*

*El Plan de cronicidad para Cantabria contempla entre las acciones a desarrollar programas tanto de prevención y promoción de la salud como de autocuidado y autogestión de la enfermedad. Estos últimos se dirigen a pacientes crónicos/as o personas cuidadoras informales.*

*Dentro del proyecto de Escuela cántabra de salud, la Escuela de pacientes promueve la colaboración entre profesionales sanitarios/as, pacientes expertos/as y pacientes crónicos/as desde la metodología de el/la "paciente activo", estableciendo objetivos consensuados entre profesional y paciente y resolviendo problemas del día a día con la enfermedad crónica. Se pretende así aumentar no solo los conocimientos y habilidades, sino también la motivación al autocuidado."<sup>5</sup>*

### 6.3. COORDINACIÓN ENTRE NIVELES

*"La Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad en el Sistema Nacional de Salud define la coordinación asistencial como "la concertación de todos los servicios relacionados con la atención a la salud, con independencia del lugar donde se reciban, de manera que se sincronicen y se alcance un objetivo común sin que se produzcan conflictos". La continuidad asistencial, por su parte, es "el resultado de la coordinación desde la perspectiva del paciente y se define como el grado de coherencia y unión de las experiencias en la atención que percibe el paciente a lo largo del tiempo" (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2012)*

*La fragmentación de la atención sanitaria y su desagregación de la atención social no es apropiada para atender pacientes crónicos/as complejos/as, pluripatológicos/as o en situación de fragilidad. En estos casos, es recomendable hacer desaparecer la separación estructural entre Atención Primaria y Atención Especializada, favoreciendo una atención compartida, dando los servicios necesarios, en el*

---

<sup>5</sup>"Estrategia frente al reto demográfico de Cantabria 2019-2025"



**Vicepresidencia**

**Consejería de Universidades e investigación, Medio ambiente y Política social**

**Consejería de Sanidad**

Dirección General de Política Social  
Dirección General de Ordenación y Atención Sanitaria  
Instituto Cántabro de Servicios Sociales  
Servicio Cántabro de Salud

*momento, lugar y durante el tiempo adecuado, evitando duplicidades en las intervenciones y maximizando los resultados en salud.*

*La atención domiciliaria debe potenciarse para garantizar la continuidad en el proceso de cuidados y la respuesta efectiva a las necesidades socio sanitarias que puedan presentar los/las pacientes.*

*En la coordinación asistencial, las Tecnologías de la Información y la Comunicación (TIC) y en concreto, la Historia Clínica Electrónica compartida favorecen la comunicación entre profesionales de diferentes niveles asistenciales y entre estos/as profesionales y el/la paciente (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2012)."<sup>6</sup>*

#### **6.4. RECURSOS SANITARIOS Y SOCIALES ADAPTADOS**

La provisión de servicios debe adaptarse a las nuevas necesidades de la población y a esos requisitos de coordinación y continuidad asistencial. Además de aumentar la capacidad de resolución de la Atención Primaria, se potencian estructuras como las unidades hospitalarias de atención al paciente pluripatológicos, unidades de hospitalización domiciliaria y unidades de convalecencia o rehabilitación integral, que necesitan de una adaptación del entorno y potenciación de recursos de apoyo social que posibiliten la permanencia de la persona en su entorno sin interrupción de la necesaria continuidad asistencial

Por otro lado, la atención social y sanitaria centrada en el domicilio de el/la paciente está adquiriendo cada vez más importancia, es la demandada por la población, y la más eficiente respecto al gasto público total. Si bien tradicionalmente se ha llevado a cabo en el domicilio de el/la paciente desde la Atención Primaria con el necesario apoyo de su entorno familiar, es recomendable potenciar la asistencia que se precise, sanitaria o social, en el domicilio habitual, de la persona sea éste individual o esté dentro de un centro socio sanitario, manteniendo un plan de cuidados sanitarios y sociales reduzca las reagudizaciones o agravamientos que conlleven ingresos hospitalarios innecesarios o abandonos forzados del hogar de forma definitiva.

#### **6.5. ESTRATIFICACIÓN DE LA POBLACIÓN**

---

<sup>6</sup>“Estrategia frente al reto demográfico de Cantabria 2019-2025”



**Vicepresidencia**

**Consejería de Universidades e investigación, Medio ambiente y Política social**

**Consejería de Sanidad**

Dirección General de Política Social  
Dirección General de Ordenación y Atención Sanitaria  
Instituto Cántabro de Servicios Sociales  
Servicio Cántabro de Salud

La puerta de entrada, tanto al sistema sanitario, como al social, es la atención primaria. En ambos sistemas, mediante una valoración adecuada de las necesidades de las personas, se busca detectar a aquellas que se encuentran en riesgo ya sea social o sanitario.

La Estratificación realizada de la población de Cantabria utilizando un modelo prospectivo que incorpora variables demográficas y clínicas relativas al uso de los servicios de salud clasifica a toda la población en función de su riesgo en 4 niveles, lo que nos permite asociar a cada nivel y por lo tanto a cada tipología de pacientes, las intervenciones que la evidencia ha probado como más efectivos, planificando así de una manera eficiente los recursos y los cuidados necesarios.

Si la herramienta de estratificación incorpora información social y de la situación de dependencia, al riesgo clínico se puede asociar el riesgo social.

La estratificación permite iniciar el cambio de mentalidad desde un enfoque “paciente” a un enfoque “poblacional” que considera a la persona más allá de episodios agudos, incluyendo la prevención, la rehabilitación y los cuidados a medio plazo y es un primer paso indispensable para el resto de las actuaciones y las gestiones de la atención a los/las pacientes crónicos/as.

La herramienta de estratificación nos permite obtener entre otras, la siguiente información:

- Riesgo que tiene la población y para ello utiliza 4 estratos
- Nivel de complejidad y se utilizan 5 estratos
- La distribución porcentual de las principales patologías crónicas.

La Estrategia se dirige a la **población en general** desde la perspectiva de la **PREVENCIÓN Y PROMOCIÓN DE LA SALUD**, así como de la promoción de la vida autónoma y se enfoca especialmente a **los colectivos que combinan la presencia de enfermedad/problemas de salud**, con grado de dependencia y discapacidad a las que se añaden diversas situaciones de desventaja por carencias sociales, de riesgo de exclusión social y desprotección, principalmente a:

- **Personas en situación de dependencia y/o con discapacidad**: personas que tienen reducida y/o han perdido su autonomía y precisan la atención de otras personas o ayudas para realizar **las actividades básicas** de la vida diaria. Hay tres aspectos importantes de intervención:





**Vicepresidencia**

**Consejería de Universidades e investigación, Medio ambiente y Política social**

**Consejería de Sanidad**

Dirección General de Política Social  
Dirección General de Ordenación y Atención Sanitaria  
Instituto Cántabro de Servicios Sociales  
Servicio Cántabro de Salud

- Riesgo de claudicación de la persona cuidadora.
  - Vivienda o entorno que no es adecuado.
  - Persona sin red social, familiar y de apoyo.
  - Personas con necesidades sanitarias derivadas de la patología que presentan, Personas con enfermedades crónicas que precisan de cuidados sanitarios continuados.
  - Personas con polimedicación.
  - Personas con Pluripatologías.
  - Personas con Deterioro cognitivo.
  - Personas con Riesgo de caídas.
  - Personas con Patología aguda que condicione la necesidad, en un período limitado de tiempo, de cuidados sanitarios continuados y/o rehabilitación.
- Grupos de personas en los que la coordinación de servicios sociales y sanitarios es imprescindible para atender adecuadamente sus necesidades.
- Personas mayores frágiles y dependientes.
  - Personas con trastorno mental severo.
  - Personas con enfermedades crónicas y/o invalidantes.
  - Personas con enfermedades terminales.
  - Las personas menores de edad en situación o riesgo de desprotección, trastornos del comportamiento o en medida de acogimiento derivada de la desprotección.
  - Las mujeres víctimas de violencia de género **y sus hijos e hijas.**
- La población inmigrante.
- Personas en riesgo de exclusión.





**Vicepresidencia**

**Consejería de Universidades e investigación, Medio ambiente y Política social**

**Consejería de Sanidad**

Dirección General de Política Social  
Dirección General de Ordenación y Atención Sanitaria  
Instituto Cántabro de Servicios Sociales  
Servicio Cántabro de Salud

## 7. ESTRUCTURACIÓN DE LA COORDINACIÓN PARA LA ATENCIÓN INTEGRADA



Vicepresidencia

Consejería de Universidades e investigación, Medio ambiente y Política social

Consejería de Sanidad

Dirección General de Política Social  
Dirección General de Ordenación y Atención Sanitaria  
Instituto Cántabro de Servicios Sociales  
Servicio Cántabro de Salud

## 7.1. MODELO DE GOBERNANZA PARA LA COORDINACIÓN DE LA ATENCIÓN INTEGRADA DE LA PERSONA CON PERFIL SOCIOSANITARIO.

El Modelo de coordinación para la atención integrada pretende ser: integral, innovador, efectivo y colaborativo, equitativo, cercano, continuo, participativo, público y accesible y eficiente, tal y como se describe a continuación.

Dicha coordinación e innovación ha de realizarse en tres niveles interconectados entre sí:

- En el nivel de las políticas, de la gobernanza, de las estrategias macro.
- En el nivel meso de la organización y la gestión.
- En el nivel micro de la intervención operativa, de la atención, de la entrega y utilización de los productos y servicios.

Sus **VALORES** son:

1. **Atención efectiva y conjunta a las necesidades sanitarias y sociales de los/las ciudadanos/as, desde los Sistemas de atención sanitaria y de atención social.**





**Vicepresidencia**

**Consejería de Universidades e investigación, Medio ambiente y Política social**

**Consejería de Sanidad**

Dirección General de Política Social  
Dirección General de Ordenación y Atención Sanitaria  
Instituto Cántabro de Servicios Sociales  
Servicio Cántabro de Salud

Es en la intersección de los sistemas, de atención sanitaria y social, donde se colocan todas aquellas personas que precisan cobertura de necesidades sociales y sanitarias de forma coordinada y en ocasiones de forma simultánea.

Un grupo importante de ciudadanos y ciudadanas combinan la presencia de enfermedad con diversas situaciones de dependencia y/o un determinado grado de carencias sociales: las personas mayores en situación de dependencia, las personas con una grave discapacidad física o intelectual, las personas con trastorno mental grave, las personas que precisan cuidados paliativos, las personas en las que concurren simultáneamente varios problemas de salud por enfermedades crónicas e invalidantes o personas con adicciones. En la atención de las necesidades de estas personas, se evidencia esencialmente una limitación en su autonomía funcional y la ausencia o fragilidad del apoyo social.

Sobre la base del respeto a las competencias de cada una de las redes, es necesaria la coordinación y la integración funcional de los sistemas sanitario y social para lograr las mayores sinergias entre ellas para obtener de su actuación simultánea y coordinada, la mejor cobertura de las necesidades de los ciudadanos atendiendo a criterios sanitarios, funcionales y de apoyos sociales.

Sólo la colaboración entre los sistemas de atención sanitario y social, permitirá identificar los perfiles de las personas susceptibles de atención simultánea social y sanitaria en nuestra Comunidad Autónoma, dando una respuesta adecuada y eficiente a las necesidades de las personas y optimizando, al mismo tiempo, los recursos disponibles.

**7.1.1. Atención a grupos de población más susceptibles de necesitar atención simultánea y conjunta de los sistemas sanitario y social.**

Tanto en el caso de la ciudadanía en general, como en el de las personas indicadas en el apartado anterior que son las usuarias más frecuentes en los dos sistemas de atención, en cualquier momento, puede producirse la concurrencia simultánea de motivos que exijan la actuación conjunta de los sistemas o servicios que atienden sus necesidades. Una situación para la que todos los dispositivos de atención deben estar preparados.

El estudio de las necesidades de la población, la estratificación por su nivel de riesgo o de necesidad de atención, son pasos previos inexcusables antes de abordar cualquier plan de actuación coordinada a nivel de Cantabria, permitiendo planificar la atención y priorizar el momento de la prestación del servicio o servicios necesarios.



**Vicepresidencia**

**Consejería de Universidades e investigación, Medio ambiente y Política social**

**Consejería de Sanidad**

Dirección General de Política Social  
Dirección General de Ordenación y Atención Sanitaria  
Instituto Cántabro de Servicios Sociales  
Servicio Cántabro de Salud

Como ocurre con el mapa sanitario y social, superpuestos en nuestra Comunidad Autónoma, también coinciden los colectivos y los grupos de población más necesitados de atención por parte del sistema sanitario y al mismo tiempo con necesidades sociales que precisan de una intervención por parte del sistema de los servicios sociales.

**7.1.2. Acercamiento de los servicios al entorno de la persona.**

Respetar el deseo mayoritario de las personas de continuar en su entorno habitual, familiar y/o comunitario próximo, centrando la provisión de los servicios alrededor del domicilio y de la zona de salud donde la persona reside, donde están su casa, sus lugares de ocio o reunión y los centros locales de atención sanitaria y social, es un objetivo del modelo de atención propuesto.

No considerar este principio de preferencia de las personas y la no disponibilidad de servicios cercanos a la persona, obliga finalmente al uso de otros recursos asistenciales de mayor complejidad y resultan más onerosos para el Erario Público.

La existencia de recursos domiciliarios e intermedios que atiendan las necesidades diarias de los ciudadanos y ciudadanas, que sean capaces de detectar descompensaciones en estadios precoces y anticiparse en la respuesta, va a disminuir la demanda de dispositivos de un nivel superior, una demanda que en buena parte de los casos es el resultado de carencias o limitaciones en la oferta de los niveles de atención más cercanos a la persona.

Atender las necesidades y completar la red de recursos de primer nivel y de nivel intermedio, se va a traducir en un uso más adecuado y eficiente de los recursos.

**7.1.3. Continuidad de cuidados.**

Partiendo del principio de servicios coordinados y adaptados a las necesidades de los ciudadanos y ciudadanas, la respuesta desde los dos sistemas, el sanitario y el social, no puede tener lagunas temporales ni en la tramitación del recurso, ni en la prestación del servicio más adecuado.



**Vicepresidencia**

**Consejería de Universidades e investigación, Medio ambiente y Política social**

**Consejería de Sanidad**

Dirección General de Política Social  
Dirección General de Ordenación y Atención Sanitaria  
Instituto Cántabro de Servicios Sociales  
Servicio Cántabro de Salud

**7.1.4. Participación de las personas.**

Se ha de incorporar a las personas ya los colectivos y asociaciones representativas de personas con necesidades comunes, ya sean sanitarias o sociales, a la toma de decisiones, potenciando su formación y la de sus personas cuidadoras.

El objetivo es empoderar a las personas, que sean activas y que asuman las responsabilidades en la gestión de sus necesidades de atención.

**7.1.5. Uso prioritario de recursos generales, públicos y normalizados que permitan su uso versátil ante cualquier ciudadano/a que precise atención sanitaria y social.**

Priorizar el uso como primera opción de recursos normalizados, no exclusivos, de uso para toda la población, justificando en todo caso la necesidad de establecer un dispositivo diferenciado, y analizando previamente la posibilidad de realizar adaptaciones adecuadas en los recursos generales, contemplando el uso de recursos específicos tan sólo tras una valoración minuciosa que lo justifique.

La posibilidad de uso de recursos no exclusivos, adaptables a situaciones concretas que haya que afrontar permitirá aumentar su efectividad y eficiencia.

Es necesario valorar y realizar siempre que sea posible, las adaptaciones que permitan la integración de las personas en la comunidad. Deberá realizarse periódicamente una evaluación de la situación de las personas que han precisado de un recurso especial o excepcional.

**7.1.6. Actuación bajo el criterio de eficiencia en la asignación del recurso más adecuado.**

Es obligada la incorporación de criterios de eficiencia a la hora de elegir los recursos con evidencia de validez para atender una necesidad. La atención centrada en las necesidades de las personas y en el ámbito comunitario debe ser eficiente y sostenible, además de exigir la máxima coordinación entre los/las profesionales sanitarios y sociales.



**Vicepresidencia**

**Consejería de Universidades e investigación, Medio ambiente y Política social**

**Consejería de Sanidad**

Dirección General de Política Social  
Dirección General de Ordenación y Atención Sanitaria  
Instituto Cántabro de Servicios Sociales  
Servicio Cántabro de Salud

**7.1.7. Combinación de las políticas sectoriales, transversales e intersectoriales para promover la inclusión social.**

Las políticas de inclusión social deben entenderse como la combinación de diferentes políticas sectoriales –política sanitaria, educativa, de servicios sociales, laborales, de vivienda, de garantía de ingresos, etc.–, transversales (política de familias, comunitaria, de igualdad) o intersectoriales (coordinación socio sanitaria, socioeducativa, etc.)

Por otro lado, desarrollar un modelo de coordinación para la atención integrada social y sanitaria efectivo y sostenible, centrado en la persona como protagonista de su proyecto vital, requiere abordar la atención a las personas en situación o riesgo de exclusión social.

**7.1.8. Innovación.**

La innovación socio sanitaria aportará propuestas y programas creativos, eficientes y de calidad. Entre ellos, proyectos de innovación en lo relacionado con empoderamiento y la participación de las personas usuarias y cuidadoras, sus familias y comunidades en la atención socio sanitaria, con especial atención a modelos de creación de servicios, planificación cooperativa de futuros personales y modelos de autogestión o cogestión.

Asimismo, proyectos de innovación ética y de procedimientos de garantía y promoción de los derechos y la dignidad de las personas destinatarias de la atención, con especial atención al desarrollo de estándares éticos.

**7.1.9. Agilidad en la respuesta.**

Las personas usuarias, sus familias y las personas cuidadoras necesitan disponer de la atención sanitaria y/o social que precisan para poder mantener la continuidad de cuidados en el momento adecuado. Si la atención llega tarde o no llega deja de ser efectiva y obligará a recurrir a servicios inadecuados y/o ineficientes para evitar las situaciones de desprotección o abandono.



**Vicepresidencia**

**Consejería de Universidades e investigación, Medio ambiente y Política social**

**Consejería de Sanidad**

Dirección General de Política Social  
Dirección General de Ordenación y Atención Sanitaria  
Instituto Cántabro de Servicios Sociales  
Servicio Cántabro de Salud

## 7.2. ESTRUCTURAS DE COORDINACIÓN

El cumplimiento de los objetivos planteados requiere de la presencia de una serie de estructuras que permitan la coordinación efectiva entre los sistemas sanitario y social:

1. Comisión interinstitucional.
2. Comisión técnica conjunta.
3. Equipos operativos para la gestión de casos.
4. Equipos operativos especiales.

### 1.- Comisión Interinstitucional:

**Formada por las personas titulares de las siguientes direcciones:**

- Dirección General de Ordenación y Atención Sanitaria.
- Dirección General de Política Social.
- Dirección Gerencia del Servicio Cántabro de Salud (SCS).
- Dirección del Instituto Cántabro de Servicios Sociales (ICASS).

Dicha comisión es la encargada de:

- ★ Dirigir la estrategia de coordinación,
- ★ Elaborar acuerdos y proponer normativa y
- ★ Designar a las personas integrantes de la Comisión Técnica.

Esta Comisión se reunirá al menos una vez al año.

### 2. Comisión Técnica:

Compuesta de manera paritaria con profesionales del ámbito social y sanitario, que se reunirán al menos trimestralmente.





**Vicepresidencia**

**Consejería de Universidades e investigación, Medio ambiente y Política social**

**Consejería de Sanidad**

Dirección General de Política Social  
Dirección General de Ordenación y Atención Sanitaria  
Instituto Cántabro de Servicios Sociales  
Servicio Cántabro de Salud

Funciones de la Comisión Técnica:

- Realizar estudio de las necesidades.
- Establecer protocolos de funcionamiento de los equipos operativos.
- Analizar los casos no resueltos en el nivel operativo.
- Proponer equipos operativos.

**3. Equipo operativo para la gestión de casos:**

Está formado por el/la trabajador/a social de los Servicios Sociales de Atención Primaria y de la Zona Básica de Salud, existiendo un equipo por Zona.

Actuará de forma conjunta cuando sea necesaria una respuesta integral a las necesidades de atención socio sanitaria que se presenten de manera simultánea en una persona.

Los/las profesionales del Trabajo Social conocen y analizan la dinámica familiar, las redes comunitarias en las que dicha familia está inmersa, el entorno social cercano y los recursos que utilizan o pueden utilizar, cómo estas circunstancias influyen o pueden influir en la situación de salud y, viceversa, cómo los problemas de salud pueden influir en la situación social.

Las funciones generales de él/las profesionales de Trabajo Social del Centro de Salud son:

- Valorar los aspectos psicosociales que inciden en la salud y en el bienestar de las personas y la comunidad.
- Estudiar, identificar, tratar y atender los problemas sociales de las personas enfermas mientras son atendidas en alguno de los ámbitos del sistema sanitario.
- Prevenir situaciones sociales estresantes, tanto en el plano individual como en el familiar sobrevenidas a raíz de la enfermedad o que pueden inducir a ella.
- Orientar a las personas en la búsqueda y acceso a servicios o prestaciones concretas.
- Promover acciones de participación comunitaria desde el sistema de salud encaminadas a la promoción y prevención de la salud.
- Valorar las situaciones de dependencia solicitadas.



**Vicepresidencia**

**Consejería de Universidades e investigación, Medio ambiente y Política social**

**Consejería de Sanidad**

Dirección General de Política Social  
Dirección General de Ordenación y Atención Sanitaria  
Instituto Cántabro de Servicios Sociales  
Servicio Cántabro de Salud

- Participar en las actividades de la institución desde su ámbito de competencia.

Las funciones generales de él/las profesionales de Trabajo Social en los SSAP son:

- Ofrecer información, evaluación, diagnóstico y orientación en materia de servicios sociales.
- Detectar, analizar y valorar las situaciones de necesidad existentes en su ámbito territorial, proporcionando la información necesaria para la planificación en el ámbito local y autonómico.
- Proporcionar atención y apoyo a la unidad de convivencia en centro y domicilio.
- Proporcionar los recursos y medios que faciliten la integración y la participación social de las personas, unidades de convivencia y grupos en la comunidad.
- Realizar actuaciones preventivas e intervenir en las situaciones de riesgo y de necesidad social del conjunto de la población.
- Promover medidas de inserción social, laboral y educativa.
- Ejecutar programas básicos de:
  - ★ Acogida y orientación social
  - ★ Promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia
  - ★ Incorporación social
  - ★ Atención a la infancia y familia
  - ★ Participación social
- Ejecutar otros programas complementarios, según las necesidades de cada zona.
- Gestionar, tramitar y desarrollar las prestaciones que les correspondan: servicio de ayuda a domicilio, teleasistencia y servicio de comida a domicilio, para personas que según la legislación vigente no tengan reconocida la situación de dependencia.
- Gestionar, tramitar y desarrollar otras posibles prestaciones que les deleguen.
- Colaborar y coordinarse técnicamente con otros servicios sociales de atención especializada.



**Vicepresidencia**

**Consejería de Universidades e investigación, Medio ambiente y Política social**

**Consejería de Sanidad**

Dirección General de Política Social  
Dirección General de Ordenación y Atención Sanitaria  
Instituto Cántabro de Servicios Sociales  
Servicio Cántabro de Salud

El equipo operativo valorará parámetros de las siguientes áreas:

- Salud.
- Vivienda.
- Unidad de convivencia.
- Apoyos externos al núcleo de convivencia.
- Economía familiar.

## 7.3. ESTRUCTURACIÓN DE LOS RECURSOS

### CATÁLOGO DE RECURSOS E INTERVENCIONES:

#### Del Sistema Sanitario

##### Atención Primaria

La atención primaria, con su red de centros de salud extendida a toda la Comunidad, atiende las necesidades sanitarias de toda la población asignada en cada Zona Básica de Salud: un centro de salud en cada zona básica y consultorios al menos uno en cada municipio, atendidas en el centro y en el domicilio, por personal médico, de enfermería, trabajadores/as sociales, fisioterapeutas, matronas y administrativos/as en todos los centros de salud, mediante:

- > Consultas con médico/a de familia.
- > Consultas con pediatra.
- > Consultas de enfermería de personas adultas
- > Consultas de enfermería pediátrica.
- > Consultas con fisioterapeuta.

58



**Vicepresidencia**

**Consejería de Universidades e investigación, Medio ambiente y Política social**

**Consejería de Sanidad**

Dirección General de Política Social  
Dirección General de Ordenación y Atención Sanitaria  
Instituto Cántabro de Servicios Sociales  
Servicio Cántabro de Salud

- Consulta con Trabajador/a social.
- Consulta de matrones/as.
- Actividades de Preparación al parto.
- Actividades de Rehabilitación.
- Actividades de cirugía menor.
- Actividades de extracción sangre y recogida de muestras para laboratorio.
- Actividades de atención a domicilio.
- Unidad de atención a trastornos adictivos en cada Área de Salud.
- Odontología al menos en cada área de salud.
- Podología en el área.
- Atención de Urgencia y emergencias en atención Primaria SUAP y 061.
- Transporte sanitario urgente.
- Transporte sanitario programado.



**Vicepresidencia**

**Consejería de Universidades e investigación, Medio ambiente y Política social**

**Consejería de Sanidad**

Dirección General de Política Social  
Dirección General de Ordenación y Atención Sanitaria  
Instituto Cántabro de Servicios Sociales  
Servicio Cántabro de Salud

**Cartera de Servicios del SCS en todos los centros de atención primaria.**

ATENCIÓN A LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA	ATENCIÓN A LAS MUJERES
Consulta de niños/as	Captación y valoración de la mujer embarazada
Vacunaciones infantiles 0-14 años	Seguimiento de la mujer embarazada
Revisión del niño/a sano 0-23 meses	Preparación al parto
Revisión del niño/a sano 2-5 años	Visita en el primer mes post-parto
Revisión del niño/a sano 6-14 años	Información y seguimiento de métodos anticonceptivos
Educación para la salud en los centros educativos	Vacunación de la rubéola
Prevención de la caries infantil	Diagnóstico precoz del cáncer de cérvix
Atención al niño, niña y adolescente con asma	Diagnóstico precoz del cáncer de endometrio
Promoción y fomento de la lactancia materna	Diagnóstico precoz del cáncer de mama
Fisioterapia en Atención Temprana	Atención a las mujeres en el climaterio
Logopedia en Atención Temprana	Detección y atención a la violencia contra las mujeres
Estimulación en Atención Temprana	



**Vicepresidencia**

**Consejería de Universidades e investigación, Medio ambiente y Política social**

**Consejería de Sanidad**

Dirección General de Política Social  
Dirección General de Ordenación y Atención Sanitaria  
Instituto Cántabro de Servicios Sociales  
Servicio Cántabro de Salud

ATENCIÓN A LAS PERSONAS ADULTAS Y MAYORES	ATENCIÓN A LA POBLACIÓN GENERAL: SERVICIOS ASISTENCIALES GENERALES
Consulta de personas adultas	Tratamientos fisioterapéuticos básicos
Vacunación de la gripe	Atención fisioterapéutica en el domicilio a personas en situación de dependencia
Vacunación del tétanos	Asesoramiento domiciliario en ayudas técnicas para personas en situación de dependencia
Vacunación de la hepatitis B a grupos de riesgo	Atención fisioterapéutica en domicilio a cuidadores/as principales de personas en situación de dependencia
Vacunación antineumocócica	Valoración de las situaciones de dependencia por fisioterapeuta
Prevención de enfermedades cardiovasculares	Atención domiciliaria a pacientes inmovilizados
Atención a pacientes crónicos: hipertensión arterial	Atención domiciliaria a pacientes en situación terminal
Atención a pacientes crónicos: diabetes, EPOC, Obesidad, Dislipemias	Cirugía menor
Educación para la salud en grupos de pacientes crónicos: diabetes, y en otros grupos de pacientes	<b>Atención a la Población General: Servicios de intervención y reinserción social</b>
Atención al consumo excesivo de alcohol	Atención domiciliaria en trabajo social a personas en dependencia
Atención a la persona fumadora	Valoración social del domicilio de la persona en situación de dependencia



**Vicepresidencia**

**Consejería de Universidades e investigación, Medio ambiente y Política social**

**Consejería de Sanidad**

Dirección General de Política Social  
Dirección General de Ordenación y Atención Sanitaria  
Instituto Cántabro de Servicios Sociales  
Servicio Cántabro de Salud

ATENCIÓN A LAS PERSONAS ADULTAS Y MAYORES	ATENCIÓN A LA POBLACIÓN GENERAL: SERVICIOS ASISTENCIALES GENERALES
Deshabitación tabáquica	Atención domiciliaria al cuidador/a principal de personas en situación de dependencia
Prevención y detección de problemas en la persona anciana	Valoración de las situaciones de dependencia
	Intervención social en Atención Temprana

**Atención Hospitalaria, con un hospital de referencia en cada área sanitaria:**

- > Consultas médicas
- > Cirugía.
- > Pruebas diagnósticas y de terapia.
- > Consultas de enfermería.
- > Hospitalización de agudos.
- > Hospitalización Domiciliaria en todas las Áreas de salud.
- > Hospital de día general.
- > Hospital de día de trastornos de conducta alimentaria.

**Atención a la salud mental**

**Unidades de Salud mental comunitarias, en cada área de salud:**

- > Servicio de atención mental en régimen de ingreso hospitalario agudos centralizado en hospital HUMV.
- > Hospital de día de salud mental en cada área.
- > Hospital de día de salud mental infanto-juvenil.





**Vicepresidencia**

**Consejería de Universidades e investigación, Medio ambiente y Política social**

**Consejería de Sanidad**

Dirección General de Política Social  
Dirección General de Ordenación y Atención Sanitaria  
Instituto Cántabro de Servicios Sociales  
Servicio Cántabro de Salud

- > Hospital de día pediátrico centralizado en HUMV.
- > Hospital de día de trastornos de conducta alimentaria.
- > Atención psicológica específica para violencia de género en todas las áreas.

**Estrategia de cronicidad**

Se ha iniciado en Cantabria el cambio de **modelo de atención a la cronicidad** con el establecimiento de **rutas asistenciales**

para protocolizar la atención a pacientes con enfermedades crónicas, siendo de especial importancia la **Ruta de Atención al Paciente pluripatológicos (PPP)**, paciente que suele precisar atención conjunta sanitaria y social.

La atención a la cronicidad implica una forma de trabajar diferente desde el punto de vista de la organización sanitaria y social, los cambios más significativos son:

- Internista de referencia para los/las profesionales del Centro de salud, que pueden contactar con el/la paciente por medio de una interconsulta no presencial o por teléfono.
- Derivación programada del paciente inestable por acuerdo del médico/a de familia con el/la internista, sin pasar por la urgencia.
- Atención por el/la internista a aquellos/as pacientes PPP que acuden a la urgencia.
- Enfermero/a de Enlace Hospitalario que coordina el Alta Hospitalaria con la Enfermero/a de Atención Primaria.
- Contacto desde Atención Primaria antes de las 48 horas del alta.
- Seguimiento tanto al alta hospitalaria como si está en su domicilio, a aquellos/as pacientes que lo requieran, por la enfermería de Consejo Sanitario.



**Vicepresidencia**

**Consejería de Universidades e investigación, Medio ambiente y Política social**

**Consejería de Sanidad**

Dirección General de Política Social  
Dirección General de Ordenación y Atención Sanitaria  
Instituto Cántabro de Servicios Sociales  
Servicio Cántabro de Salud

**Tele-psiquiatría para acercar la atención psiquiátrica a los/las pacientes en las zonas más alejadas de la Comunidad autónoma.**

**Tele dermatología: para realizar consultas no presenciales y valoración de tiempo de cita en especialista.**

**Seguimiento del trastorno mental grave.**

### Del Sistema de Servicios Sociales

En relación a Servicios Sociales, los recursos y servicios de atención a la persona y su entorno disponibles constan en el nuevo **MAPA DE SERVICIOS SOCIALES DE CANTABRIA**, concretamente, los relacionados con el ámbito de la cronicidad, son:

- > **Red de centros Territoriales:** se encargan de la coordinación y apoyo, a los Servicios Sociales de Atención Primaria (SSAP) y a los de Atención Especializada, y de intervención directa, por derivación profesional, cuando no sea posible su resolución en el nivel de atención anterior. En la actualidad en Cantabria están desarrollados sólo en el ámbito de atención a la infancia y adolescencia.
- > **Red de Centros de Servicios Sociales de Atención Primaria (SSAP) en todos los municipios de Cantabria:** constituyen el soporte del primer nivel de atención del Sistema Público de Servicios Sociales. Las prestaciones de estos servicios dan respuesta a las necesidades sociales de la Zona Básica de Servicios Sociales, proporcionando una atención en el entorno más próximo al ciudadano, de una manera coordinada, integrada, continuada y basada en un trabajo en equipo (formado por profesionales del trabajo social y de la educación social).
- > Los programas que desarrollan son:
  - Los básicos:
    - ✓ Acogida y orientación.
    - ✓ Promoción de la Autonomía y Atención a la Dependencia.
    - ✓ Incorporación Social.
    - ✓ Atención Infancia y familia.



**Vicepresidencia**

**Consejería de Universidades e investigación, Medio ambiente y Política social**

**Consejería de Sanidad**

Dirección General de Política Social  
Dirección General de Ordenación y Atención Sanitaria  
Instituto Cántabro de Servicios Sociales  
Servicio Cántabro de Salud

- ✓ Participación Social.

Los complementarios (siempre teniendo en cuenta las necesidades de cada zona y pudiendo no estar todas operativas):

- ✓ Prevención con infancia, adolescencia y/o juventud.
- ✓ Prevención de drogodependencias.
- ✓ Otros programas de prevención-incorporación social.
- ✓ Prevención y acompañamiento con personas mayores.
- ✓ Apoyo e intervención familiar.
- ✓ Apoyo a personas cuidadoras.
- ✓ Gestión de prestaciones económicas.
- ✓ Programa de prestaciones en beneficio a la comunidad.

Desde estos Centros, se tramitan, gestionan y desarrollan varias prestaciones de apoyo para la atención y cuidados en el domicilio, permitiendo la permanencia de la persona en su entorno y apoyando a la unidad de convivencia (en la mayoría de los casos a **las personas cuidadoras** no profesionales), **lo que incluye el** servicio de ayuda a domicilio, tele asistencia y servicio de comida a domicilio, para personas no usuarias del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD).

**> Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia:**

En él están incorporados todos los centros, recursos, programas y prestaciones específicas que ofrezcan un tratamiento especializado, dentro del área que le corresponda. La gestión de los mismos se llevará a cabo desde la subdirección de dependencia del ICASS:



**Vicepresidencia**

**Consejería de Universidades e investigación, Medio ambiente y Política social**

**Consejería de Sanidad**

Dirección General de Política Social  
Dirección General de Ordenación y Atención Sanitaria  
Instituto Cántabro de Servicios Sociales  
Servicio Cántabro de Salud

❖ Centros y servicios:

- ✓ Centros de día para personas mayores.
- ✓ Centros de día para personas con discapacidad.
- ✓ Centros residenciales para personas mayores.
- ✓ Centros residenciales para personas con discapacidad/enfermedad mental.
- ✓ Residencias de atención básica para personas con discapacidad/enfermedad Mental.
- ✓ Alojamientos supervisados para personas con discapacidad/enfermedad mental.
- ✓ Viviendas tuteladas para personas con discapacidad/enfermedad mental.
- ✓ Centros de rehabilitación psicosocial.
- ✓ Centro ocupacionales.
- ✓ Servicio de Ayuda a domicilio.
- ✓ Servicio de Tele asistencia.

❖ Prestaciones Económicas:

- ✓ Prestación económica vinculada al servicio.
- ✓ Prestación económica para cuidados en el entorno familiar.
- ✓ Prestación económica de asistente personal.

➤ **Centro de Accesibilidad, Atención y Cuidados en el Domicilio (CADOS, antiguo CAT):**

Es un centro de referencia para “personas en situación de dependencia o de discapacidad, así como a pacientes de unidades de cuidados paliativos”

El CADOS tiene como actividades:

- El asesoramiento en las actividades básicas de la vida diaria
- El apoyo a la persona cuidadora.



**Vicepresidencia**

**Consejería de Universidades e investigación, Medio ambiente y Política social**

**Consejería de Sanidad**

Dirección General de Política Social  
Dirección General de Ordenación y Atención Sanitaria  
Instituto Cántabro de Servicios Sociales  
Servicio Cántabro de Salud

- Los programas de ejercicio activo y/o pasivo
- La adaptación funcional de la vivienda
- La eliminación de barreras arquitectónicas
- El préstamo de productos de apoyo.

➤ **Programa de Apoyo Integral a las Familias (PAIF) con participación social y sanitaria:**

El Programa de apoyo integral a las familias (PAIF) es un programa de promoción de la Parentalidad Positiva, cuyo núcleo fundamental lo constituyen las actividades de formación y apoyo a los padres y madres con hijos e hijas en las distintas etapas evolutivas. Ha sido concebido como un programa en red, coordinado y con la participación de todos los recursos de la comunidad (educativos, sociales, sanitarios, culturales).

El PAIF enlaza y se encuadra en la filosofía de la Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención del Sistema Nacional de Salud (SPSPNS) a partir de la coincidencia en buena parte de sus objetivos generales y específicos, en sus ejes de acción, en las intervenciones y acciones seleccionadas.



**Vicepresidencia**

**Consejería de Universidades e investigación, Medio ambiente y Política social**

**Consejería de Sanidad**

Dirección General de Política Social  
Dirección General de Ordenación y Atención Sanitaria  
Instituto Cántabro de Servicios Sociales  
Servicio Cántabro de Salud

## 8. ESTRUCTURACIÓN DE LA ATENCIÓN





Vicepresidencia

Consejería de Universidades e investigación, Medio ambiente y Política social

Consejería de Sanidad

Dirección General de Política Social  
Dirección General de Ordenación y Atención Sanitaria  
Instituto Cántabro de Servicios Sociales  
Servicio Cántabro de Salud

## 8.1. DETECCIÓN Y ANÁLISIS DE CASOS

CONCRECIÓN DE LA INTERVENCIÓN SEGÚN LA UBICACIÓN DE LA PERSONA:

- A. SEGÚN QUIÉN LO IDENTIFICA.
- B. SEGÚN EL LUGAR DE ATENCIÓN:
  - personas en el entorno domiciliario.
  - personas con domicilio en una institución.
  - personas hospitalizadas.
  - propuesta de coordinación para situaciones al alta hospitalaria.
- C. INTERVENCIÓN CONJUNTA EN PERSONAS CON TIPOLOGÍAS ESPECIALES.

Los casos se pueden detectar tanto en el ámbito social como en el sanitario, y según el lugar donde está ubicada la persona, en su entorno domiciliario, en la institución en donde vive o en el hospital.

En cualquiera de los casos, tanto desde la atención primaria como desde la atención hospitalaria, la detección de los casos puede ser realizada por cualquiera de los agentes sanitarios o sociales implicados en su atención.

### CONCRECIÓN DE LA INTERVENCIÓN SEGÚN LA UBICACIÓN DE LA PERSONA

Una vez identificado y tipificado el caso se procederá, en función del área de intervención que lo identifique, de la gravedad de la situación y del lugar donde está ubicada la persona, a la valoración del caso, elaborando entre los/las profesionales de las diferentes instituciones y organizaciones implicadas, un **PLAN PERSONALIZADO DE INTERVENCIÓN COORDINADO** que contempla:



**Vicepresidencia**

**Consejería de Universidades e investigación, Medio ambiente y Política social**

**Consejería de Sanidad**

Dirección General de Política Social  
Dirección General de Ordenación y Atención Sanitaria  
Instituto Cántabro de Servicios Sociales  
Servicio Cántabro de Salud

- a) Designación de el/la profesional responsable de la gestión del caso.
- b) Valoración de las actuaciones más adecuadas a realizar y de los recursos a utilizar.
- c) Ejecución de las acciones.
- d) Plan de seguimiento.

## SEGÚN QUIÉN LO IDENTIFICA

Se procederá de la siguiente forma:

### **En el servicio sanitario:**

En cada Zona Básica de Salud (ZBS) hay un equipo de atención primaria (EAP) formado por profesionales de medicina, enfermería y trabajo social. Su papel en la Valoración Integral del paciente necesitado/a de cuidados es clave.

Cuando tras el contacto de una persona con el Sistema sanitario se detecta una problemática social o se prevé la desestabilización de la situación social a raíz del problema de salud atendido, la situación se pone en conocimiento del profesional de trabajo social del EAP, que se constituirá en el/la *profesional de trabajo social de referencia del caso*.

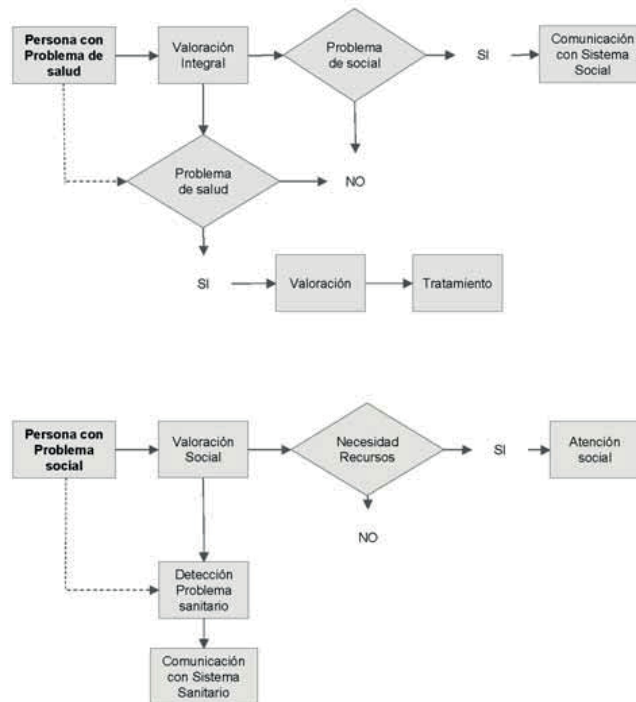
El/la profesional de trabajo social de referencia del caso, se coordina con el/la profesional de trabajo social de los SSAP para establecer el plan de intervención, consensuado con el/la paciente y la familia.

### **En los servicios sociales:**

Cuando el caso está atendido o se detecta en los Servicios Sociales de Atención Primaria (SSAP) y se origina o existe una problemática de salud que interfiere, es el/la profesional de trabajo social de SSAP quien se coordina con el/la profesional de trabajo social de la ZBS (referente gestor del caso), para establecer el **plan profesional de intervención** coordinado y consensuado con el/la paciente y la familia, y trasladar la información a los/las profesionales del EAP que tiene asignados la persona.



Vicepresidencia  
Consejería de Universidades e investigación, Medio ambiente y Política social  
Consejería de Sanidad  
Dirección General de Política Social  
Dirección General de Ordenación y Atención Sanitaria  
Instituto Cántabro de Servicios Sociales  
Servicio Cántabro de Salud



### SEGÚN EL LUGAR DE ATENCIÓN:

Se desarrolla un modelo de atención centrado en la persona que requiere la coordinación entre sistemas y servicios independientemente del lugar donde se preste la atención.

Pueden darse tres situaciones:

1. Personas en el entorno domiciliario.



**Vicepresidencia**

**Consejería de Universidades e investigación, Medio ambiente y Política social**

**Consejería de Sanidad**

Dirección General de Política Social  
Dirección General de Ordenación y Atención Sanitaria  
Instituto Cántabro de Servicios Sociales  
Servicio Cántabro de Salud

2. Personas con domicilio en una institución.
3. Personas hospitalizadas.

**1) Personas en el entorno domiciliario**

Desde los Servicios sociales, hay que garantizar a todas aquellas personas en situación de dependencia o discapacidad el acceso a los servicios públicos y prestaciones adecuadas a sus necesidades, que les permitan poder seguir viviendo en su casa y continuar con sus proyectos de vida (ocio, trabajo, participación social, cuidados...), así como el apoyo a la persona cuidadora, evitando el riesgo de claudicación y garantizando la calidad de los cuidados.

Los apoyos en el domicilio se podrían fundamentar en:

- Proporcionar servicios y prestaciones adecuadas a la situación de la persona, relacionados con los cuidados de apoyo en el domicilio:
  - Prestación económica para cuidados en el entorno familiar,
  - servicio de ayuda a domicilio, teleasistencia y
  - programas de promoción de la autonomía personal.
- Promover una accesibilidad integral (adaptación funcional de la vivienda, introducción de productos de apoyo, eliminación de barreras arquitectónicas).

La gestión de los recursos y servicios al alcance de las personas que se encuentran en su entorno domiciliario o que han estado ingresadas y vuelven al mismo, varía en función de dos premisas: si hay reconocimiento de la situación de dependencia y por lo tanto, el Grado reconocido I, II, III, y si no lo tiene.

- A. **CON GRADO DE DEPENDENCIA RECONOCIDO (I, II, III):** Desde el Servicio de dependencia del ICASS, una vez completado el expediente, el/la técnico/a correspondiente será el/la responsable de la elaboración del PIA (Plan Individual de Atención), teniendo en cuenta el entorno y el criterio de la persona dependiente o persona legitimada, ya sea guardador/a de hecho, tutor/a legal o persona autorizada.



**Vicepresidencia**

**Consejería de Universidades e investigación, Medio ambiente y Política social**

**Consejería de Sanidad**

Dirección General de Política Social  
Dirección General de Ordenación y Atención Sanitaria  
Instituto Cántabro de Servicios Sociales  
Servicio Cántabro de Salud

Servicios y prestaciones de apoyo para los cuidados en el domicilio:

- Servicio de Ayuda a Domicilio.
- Servicio de Tele asistencia.
- Centros de Día.
- Prestación económica para cuidados en el Entorno familiar.
- Estancias Temporales.
- Programas de promoción de la autonomía personal.

B. **SIN GRADO DE DEPENDENCIA RECONOCIDO:** Los SSAP, a través de el/la profesional de Trabajo Social que le corresponda por zona, gestionan y tramitan aquellos recursos de apoyo para los cuidados en el domicilio. En algunos casos pueden variar en función del ayuntamiento al que pertenezca la persona solicitante:

- Servicio de Ayuda a Domicilio.
- Servicio de Tele asistencia.
- Servicio de comida a domicilio.
- Apoyo a la persona cuidadora: grupos de autoayuda y programas de apoyo a personas cuidadoras.

C. **ATENCIÓN URGENTE A PERSONA CON GRADO I DE DEPENDENCIA O SIN RECONOCIMIENTO DE GRADO:** Si la persona sin grado reconocido o con grado I de dependencia requiere una atención urgente por parte del SAAD, cualquiera de las personas integrantes del “equipo operativo para la gestión de casos” (descrito en la pág. ...) solicitará la valoración/visión urgente de la situación de dependencia y –en su caso- el ingreso en centro residencial por vía socio sanitaria, presentando la documentación siguiente:

- > Informe social que acredite la urgencia del caso (sin apoyo familiar o claudicación de la persona cuidadora principal; vivienda que no cumple con los requisitos de habitabilidad o sin vivienda; precariedad económica).



**Vicepresidencia**

**Consejería de Universidades e investigación, Medio ambiente y Política social**

**Consejería de Sanidad**

Dirección General de Política Social  
Dirección General de Ordenación y Atención Sanitaria  
Instituto Cántabro de Servicios Sociales  
Servicio Cántabro de Salud

- > Informe médico que justifique la situación clínica actual por la que se precisa apoyo urgente para realizar las actividades básicas de la vida diaria.
- > Solicitud de reconocimiento/revisión de la situación de dependencia.
- > Solicitud de recurso socio sanitario acompañada de la documentación para justificar la situación económica (si se requiere ingreso residencial).

El SAAD procederá de forma similar a la indicada en la “Propuesta de coordinación para situaciones de alta hospitalaria” (pág.30).

El equipo técnico del Centro de Accesibilidad, Atención y Cuidados en el Domicilio (CADOS) realizará en el domicilio la valoración global de las necesidades de la persona y de su Grado de Dependencia, para gestionar aquellas actuaciones o productos necesarios para promover su autonomía, adaptar el entorno y apoyar a la persona cuidadora, proporcionando una atención “más integral” y multidisciplinar.

**D. VIGILANCIA Y SUPERVISIÓN A PERSONAS CON FRAGILIDAD, FUNDAMENTALMENTE PERSONAS MAYORES INICIALMENTE ADAPTADAS Y RESIDIENDO EN SU MEDIO HABITUAL SIN APOYOS SOCIALES Y/O FAMILIARES:** “a realizar por los SSAP, dentro de su programa de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia, y por los profesionales de trabajo social de los Centros de Salud”

**E. ATENCIÓN A PERSONAS EN RIESGO DE EXCLUSIÓN SOCIAL:** A realizar por los SSAP, dentro de su programa de incorporación social, que tiene como finalidad posibilitar la inclusión social de personas en riesgo o en situación de exclusión social en cualesquiera de su ámbito, y por los profesionales de trabajo social de los Centros de Salud”

Desde el sistema sanitario, Se garantizará la atención de las necesidades debidas a los problemas de salud de las personas, atención que será prestada de acuerdo a los derechos que contempla la cartera de servicios del SCS por los/las profesionales del Equipo de Atención Primaria, tanto en su centro de salud de referencia como en su domicilio cuando sea necesario.





**Vicepresidencia**

**Consejería de Universidades e investigación, Medio ambiente y Política social**

**Consejería de Sanidad**

Dirección General de Política Social  
Dirección General de Ordenación y Atención Sanitaria  
Instituto Cántabro de Servicios Sociales  
Servicio Cántabro de Salud

- A. Atención personas con procesos agudos.
- B. Atención a la cronicidad.
- C. Atención a pacientes inmovilizados/as.
- D. Atención Paliativa.
- E. Atención a personas con trastornos mentales crónicos.
- F. detección y vigilancia de personas en riesgo de exclusión sanitaria.
- G. Atención a personas con fragilidad física o mental.
- H. Atención a personas cuidadoras.
- I. Seguimiento de las altas hospitalarias recientes.

**2) Personas con domicilio en una institución:**

Las personas institucionalizadas tienen derecho a una atención sanitaria en igualdad de condiciones que las que permanecen en su domicilio particular, siendo el sistema sanitario el garante del acceso a la cartera de servicios del SCS, incluyendo el programa de inmovilizados y las consultas programadas cuando proceda.

El equipo operativo incorporará a los/las profesionales de referencia del centro residencial que actuarán en representación de las personas que viven en el centro, cuando estas no puedan hacerlo por sí mismas.

La colaboración del equipo sanitario, médico y enfermera del centro, en su caso, es imprescindible para conseguir la atención a las personas pertenecientes a su cupo que residen en la institución, fijando las actuaciones e indicaciones necesarias desde el punto de vista sanitario que se incorporarán al Plan de Atención Individualizado (PAI) de estas personas.



**Vicepresidencia**

**Consejería de Universidades e investigación, Medio ambiente y Política social**

**Consejería de Sanidad**

Dirección General de Política Social  
Dirección General de Ordenación y Atención Sanitaria  
Instituto Cántabro de Servicios Sociales  
Servicio Cántabro de Salud

Se establecen **medidas y herramientas facilitadoras de la atención sanitaria para uso de los/las profesionales en este ámbito:**

- Recomendaciones a los equipos de Atención Primaria para la atención a pacientes institucionalizados en igualdad de condiciones que los que permanecen en su domicilio.
- Ponderación de cupos abiertos/cerrados en los Centros de Salud con mayor carga asistencial y con mayor proporción de pacientes institucionalizados en sus cupos.
- Formación y sensibilización de los/las profesionales ante las necesidades de atención de personas con autonomía limitada.
- Culminación del acceso a la historia clínica desde instituciones residenciales, por parte de los/las profesionales sanitarios responsables de la atención, con el acuerdo por parte de los centros de facilitar el acceso.
- Medidas de atención farmacéutica dirigidas a aumentar la seguridad de el/la paciente (revisión de polimedicación, uso adecuado de los medicamentos)
- Plan de asignación farmacéutica y de material sanitario desde SCS en cumplimiento del RD ley de 2012 de 20 de abril ("Manual de procedimiento para actuación en residencias").
- Guía farmacoterapéutica para pacientes Institucionalizados.

De acuerdo con la normativa social vigente:

Los centros residenciales se responsabilizan de la atención a las necesidades de la vida diaria de las personas en plazas residenciales, del respeto y desarrollo de sus derechos como persona, y de la elaboración y seguimiento del Plan personalizado de atención, respetando la identidad y la intimidad de las personas, así como la libertad de decisión y colaborando con el seguimiento terapéutico.

**3) Personas hospitalizadas:**

Las personas susceptibles de precisar atención sociosanitaria, que no cuenten con red social-familiar de apoyo y necesiten una atención especial desde el momento del ingreso hospitalario, serán valoradas por el/la trabajador/a social del centro.



**Vicepresidencia**

**Consejería de Universidades e investigación, Medio ambiente y Política social**

**Consejería de Sanidad**

Dirección General de Política Social  
Dirección General de Ordenación y Atención Sanitaria  
Instituto Cántabro de Servicios Sociales  
Servicio Cántabro de Salud

Como la mayoría de estos/as pacientes son pluripatológicos, la detección inicial se realizará por la Enfermería de Enlace Hospitalario (EEH), siendo ésta la encargada de comunicarlo a el/la trabajador/a social.

El/la trabajador/a social del hospital es la persona interlocutora que deberá coordinarse con el equipo operativo de Atención Primaria y con el ICASS.

La actuación deberá incluir los siguientes aspectos:

- Criterios de salida: informe de alta que incluya el plan de cuidados.
- Valoración de posibilidades de vuelta al domicilio.
- Necesidades de atención a la situación de dependencia.
- Tramitación de recurso social cuando así se valore.



**Vicepresidencia**

**Consejería de Universidades e investigación, Medio ambiente y Política social**

**Consejería de Sanidad**

Dirección General de Política Social  
Dirección General de Ordenación y Atención Sanitaria  
Instituto Cántabro de Servicios Sociales  
Servicio Cántabro de Salud

## PROTOCOLO DE ACTUACIÓN PARA LA COORDINACIÓN PARA SITUACIONES AL ALTA HOSPITALARIA

En relación a la situación de personas usuarias que, viviendo previamente en su domicilio, reciben el alta hospitalaria y requieren de la coordinación socio sanitaria, se contemplan tres posibles situaciones:

<p>Personas que al alta son dependientes (por procesos agudos, por patologías...), sin previo reconocimiento de la situación de dependencia o con Grado I y no pueden retornar a su domicilio</p>	<ul style="list-style-type: none"><li>● <b>Compromiso del Servicio de dependencia:</b> Gestión de plaza residencial por vía socio sanitaria hasta que se resuelva la valoración de dependencia. Estará supeditada a la disponibilidad de plazas y al cumplimiento de los requisitos que establezca la Subdirección de Dependencia del ICASS (ausencia de soporte familiar suficiente y capacidad económica por debajo de 2 veces el IPREM).</li><li>● <b>Compromiso por parte del hospital para derivar estos casos al Servicio de Dependencia del ICASS:</b>  Solicitud de reconocimiento de la situación de dependencia, solicitud de recurso socio sanitario con informe social y médico, y documentación para justificar la situación económica.</li></ul>
<p>Personas que al alta son dependientes con Grado reconocido (II o III) y no pueden retornar al domicilio</p>	<ul style="list-style-type: none"><li>● <b>Compromiso del Servicio de Dependencia del ICASS:</b>  ✓ Si el expediente de dependencia <i>está completo y sin recurso asignado</i>: gestión del PIA por parte del técnico/a de residencias correspondiente con la persona legitimada. Se asignará una plaza residencial teniendo en cuenta la disponibilidad de plazas que haya en ese momento</li></ul>



Vicepresidencia  
Consejería de Universidades e investigación, Medio ambiente y Política social

Consejería de Sanidad

Dirección General de Política Social  
Dirección General de Ordenación y Atención Sanitaria  
Instituto Cántabro de Servicios Sociales  
Servicio Cántabro de Salud

	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Si el expediente de dependencia <b>está completo y con otro recurso asignado</b>: El/la técnico/a correspondiente gestionará con la persona legitimada del expediente un cambio de PIA a recurso residencial, presentando toda aquella documentación necesaria para la tramitación del mismo (sobre todo en los casos en los que sean expedientes antiguos)</li> <li>✓ Si el expediente de dependencia <b>no está completo</b>, solo con el grado de dependencia reconocido, a falta de documentación económica: El/la técnico/a correspondiente gestionará con la persona legitimada del expediente la presentación de toda la documentación necesaria para la tramitación del mismo</li> <li>● <b>Compromiso por parte del hospital (SCS) para derivar estos casos:</b>  Se habrá de presentar un informe social que justifique la necesidad de priorización de la adjudicación de una plaza residencial urgente sobre otras personas que tengan la tramitación del expediente más avanzado, así como la colaboración con la familia en la gestión de cualquier documento necesario para la tramitación del mismo.</li> </ul>
<p>Personas que al alta son dependientes y vuelven a su domicilio, con grado de dependencia reconocido o sin él.</p>	<p><b>Compromiso del Servicio de Dependencia del ICASS:</b>  Cuando <b>hay Grado</b> reconocido: La sección correspondiente gestionará el recurso más adecuado o gestionará un cambio del mismo, teniendo en cuenta el entorno y la situación real de la persona dependiente. Servicios y prestaciones de apoyo para los cuidados en el domicilio:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Servicio de Ayuda Domiciliaria.</li> </ul>

JUEVES, 23 DE MAYO DE 2019 - BOC NÚM. 98



Vicepresidencia

Consejería de Universidades e investigación, Medio ambiente y Política social

Consejería de Sanidad

Dirección General de Política Social  
Dirección General de Ordenación y Atención Sanitaria  
Instituto Cántabro de Servicios Sociales  
Servicio Cántabro de Salud

	<ul style="list-style-type: none"><li>- Servicio de Tele asistencia.</li><li>- Centros de Día.</li><li>- Prestación económica para cuidados en el Entorno familiar.</li><li>- Programas de promoción de la autonomía personal.</li></ul> <ul style="list-style-type: none"><li>• <b>Compromiso por parte del Centro de Accesibilidad, Atención y Cuidados en el Domicilio (CADOS).</b> El equipo técnico realizará una <b>valoración en el domicilio</b>, para gestionar aquellas actuaciones o productos necesarios para adaptar el entorno de la persona y apoyar los cuidados en el domicilio:<ul style="list-style-type: none"><li>- Valoración del Grado de dependencia.</li><li>- Préstamo de productos de apoyo.</li><li>- Adaptación funcional de la vivienda.</li><li>- Eliminación de barreras arquitectónicas.</li><li>- Asesoramiento en las actividades básicas de la vida diaria.</li><li>- Programas de ejercicio activo y/o pasivo.</li><li>- Apoyo a la persona cuidadora.</li></ul></li></ul> <p>En estos casos, se valorará y se determinarán los recursos y servicios que se consideren necesarios, una vez que el usuario esté de alta y en su domicilio...nunca estando en el hospital.</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• <b>Compromiso por parte del hospital de aquellos casos que no tiene Grado reconocido y vuelven a su domicilio:</b> Será imprescindible la Solicitud de dependencia cumplimentada, e informe social que justifica la necesidad de priorizar la valoración para tener los apoyos necesarios en el mismo. Todo ello tiene que ser previo al alta inminente.</li></ul>
--	--

80

CVE-2019-4583





**Vicepresidencia**

**Consejería de Universidades e investigación, Medio ambiente y Política social**

**Consejería de Sanidad**

Dirección General de Política Social  
Dirección General de Ordenación y Atención Sanitaria  
Instituto Cántabro de Servicios Sociales  
Servicio Cántabro de Salud



El informe social por parte del profesional de Trabajo Social del Hospital, deberá hacer mención expresa a aspectos concretos como, apoyo familiar, patologías, vivienda, capacidad económica.

**Intervención conjunta en personas con tipologías especiales**

Son intervenciones realizadas con la finalidad de dar protección a personas en situación de alto riesgo sociosanitario, que pueden requerir medidas cautelares.

Personas con evidente falta de capacidad de autocuidado, y/o que no son conscientes del riesgo para sí mismas o para otros de lo que esto supone, y/o no existe apoyo familiar que pueda cubrir estas necesidades o aun existiendo, la persona se niega a ser atendida.

Estas situaciones fundamentalmente se pueden producir en los siguientes grupos:



**Vicepresidencia**

**Consejería de Universidades e investigación, Medio ambiente y Política social**

**Consejería de Sanidad**

Dirección General de Política Social  
Dirección General de Ordenación y Atención Sanitaria  
Instituto Cántabro de Servicios Sociales  
Servicio Cántabro de Salud

Personas adultas dependientes sin apoyos que viven en situación de abandono, comprometiendo seriamente su seguridad y la de terceros y que no aceptan la atención sanitaria y/o social.

Evidencia de maltrato o trato inadecuado de personas mayores y/o con discapacidad por parte de sus cuidadores.

Personas con enfermedad mental que no aceptan recibir atención del sistema sanitario y/o del sistema social, estando comprometida su seguridad y la de terceros.

Víctimas de violencia de género (mujeres y sus hijos e hijas).

Desprotección infantil.

Resulta obligado comunicar el caso al Juzgado competente, acompañado de los informes de los/las profesionales de ambos ámbitos que incluyan los datos relevantes del caso, con indicación de lo que se solicita, modificación de la capacidad y/o ingreso involuntario en centro residencial.



**Vicepresidencia**

**Consejería de Universidades e investigación, Medio ambiente y Política social**

**Consejería de Sanidad**

Dirección General de Política Social  
Dirección General de Ordenación y Atención Sanitaria  
Instituto Cántabro de Servicios Sociales  
Servicio Cántabro de Salud

## 8.2. NIVELES DE COORDINACIÓN

Los diferentes **niveles de coordinación propuestos** son los siguientes:

**Nivel I.- Precisa coordinación inmediata o urgente**, al haberse detectado alguna de las siguientes situaciones:

**Nivel II.- Precisa Coordinación a corto plazo.** Se establece coordinación con el/la profesional correspondiente y se trabaja conjuntamente marcando las intervenciones de cada profesional y tiempos de respuesta ágiles. (Periodo de 15 días).

- Problema de salud que dificulta su autocuidado y su relación con el medio.
- Vivienda disfuncional o con barreras arquitectónicas o sin equipamiento básico.
- La persona vive sola y necesita el apoyo puntual de una tercera persona para el cuidado. No hay unidad de convivencia.
- Tiene apoyo material insuficiente o esporádico.  
Tiene dificultades económicas para cubrir las necesidades básicas.



**Vicepresidencia**

**Consejería de Universidades e investigación, Medio ambiente y Política social**

**Consejería de Sanidad**

Dirección General de Política Social  
Dirección General de Ordenación y Atención Sanitaria  
Instituto Cántabro de Servicios Sociales  
Servicio Cántabro de Salud

**Nivel III.- Precisa Coordinación en función de agenda.** Se establece coordinación con el/la profesional que corresponda y se trabaja conjuntamente en función de la agenda de cada uno.

- Problema de salud que dificulta su autocuidado y no limita su relación con el medio.
- Vivienda aceptable o con alguna carencia recuperable.
- Familia con dificultades para el cuidado, pero salvables.
- Tiene apoyo habitual pero insuficiente en tiempo.
- Tiene medios económicos suficientes para las necesidades habituales.

**Nivel IV.- No precisa coordinación.** Se realizará información y orientación. Si fuera necesaria la intervención del profesional de Trabajo Social de los SSAP o del ámbito Sanitario, ésta será solicitada por la persona afectada por los cauces habituales.

- Problema de salud que no invalida para AVD.
- No hay problema de vivienda.
- Familia normalizada.
- No necesita apoyo, o tiene el suficiente para cubrir sus necesidades.



**Vicepresidencia**

**Consejería de Universidades e investigación, Medio ambiente y Política social**

**Consejería de Sanidad**

Dirección General de Política Social  
Dirección General de Ordenación y Atención Sanitaria  
Instituto Cántabro de Servicios Sociales  
Servicio Cántabro de Salud

## 8.3 ACTUACIÓN CON LA PERSONA HOSPITALIZADA O INSTITUCIONALIZADA

Cuando la persona se encuentre ingresada en el hospital o esté institucionalizada, el equipo operativo para la gestión de casos actuará como se indica en:

- el punto 2 de la pág.30, Personas con domicilio en una Institución, y
- el punto 3 de la pág. 31, Personas hospitalizadas.



Vicepresidencia

Consejería de Universidades e investigación, Medio ambiente y Política social

Consejería de Sanidad

Dirección General de Política Social  
Dirección General de Ordenación y Atención Sanitaria  
Instituto Cántabro de Servicios Sociales  
Servicio Cántabro de Salud

## 8.4. ELABORACIÓN DE UN PLAN DE DESARROLLO DE LA ESTRATEGIA

En el plazo de 8 meses se elaborará un Plan de desarrollo de la Estrategia de coordinación para la atención integrada social y sanitaria en Cantabria que establezca objetivos a corto y medio plazo y determine los mecanismos e indicadores que permitan conocer el grado de consecución y avance del mismo, facilitando el seguimiento efectivo de la implantación.

Dicho Plan contemplará al menos los siguientes compromisos:

- Elaboración de un protocolo de implantación en todos los municipios de Cantabria del Programa de atención integral a las familias (PAIF) de promover acciones de educación parental positiva.
- La elaboración de un mapa de procesos de la atención primaria por parte de los Servicios sociales de atención primaria municipales y de los Centros de salud de atención primaria como instrumento clave para unificar un modelo de actuación y de intervención global con las personas.
- La implantación del acceso unificado al visor de salud para la valoración de las situaciones de exclusión social en el Sistema público de servicios sociales y en el Servicio cántabro de Salud con el objetivo de unificar herramientas de trabajo. Esto no resiste la normativa de protección de datos el acceso común al visor de salud, en todo caso solo dará información de la historia clínica sanitaria (diagnóstico y tratamientos puramente clínicos, pruebas diagnósticas etc.) que no sirve para tratar un caso de exclusión social. Insisto que la exclusión social debe tratarse en plataformas de comunicación creadas al efecto para tipologías concretas de casos que permitan la interacción de todos los intervinientes en el estudio de un caso y la búsqueda de soluciones, como ya funciona en el caso del programa Puente para pacientes psiquiátricos con problemas judiciales o penales y/o exclusión añadida, en el trastorno mental grave (donde ya trabajan conjuntamente profesionales sanitarios diversos, sociales etc.)
- La creación de un sistema integrado y compartido de valoración y estratificación de las poblaciones con dificultades.





**Vicepresidencia**

**Consejería de Universidades e investigación, Medio ambiente y Política social**

**Consejería de Sanidad**

Dirección General de Política Social  
Dirección General de Ordenación y Atención Sanitaria  
Instituto Cántabro de Servicios Sociales  
Servicio Cántabro de Salud

- La puesta en marcha de programas de acompañamiento en hospitales y servicios de urgencia a personas en situación de mayor vulnerabilidad.
- El desarrollo de protocolos de actuación en caso de detección de factores de riesgo para la salud o desatención en la infancia en pacientes en los servicios de urgencias.
- El desarrollo de protocolos de actuación en caso de detección de factores de riesgo para mantenimiento de la salud o desatención en personas con pérdida de autonomía personal
- La incorporación del factor de necesidad social alta en las valoraciones sanitarias.
- La puesta en marcha con carácter experimental de atención integrada social y sanitaria en una zona de salud como metodología de trabajo para la determinación de buenas prácticas y su implantación posterior en otras áreas territoriales.

## 8.5. SISTEMA DE INFORMACIÓN

Se desarrollará y pondrá en marcha un sistema de información común y/o con herramientas que permitan compartir la información esencial para trabajar de forma conjunta las situaciones de cada persona y evalúe el resultado del proceso de atención socio-sanitario.



**Vicepresidencia**

**Consejería de Universidades e investigación, Medio ambiente y Política social**

**Consejería de Sanidad**

Dirección General de Política Social  
Dirección General de Ordenación y Atención Sanitaria  
Instituto Cántabro de Servicios Sociales  
Servicio Cántabro de Salud

## 9. BIBLIOGRAFÍA SELECCIONADA



**Vicepresidencia**

**Consejería de Universidades e investigación, Medio ambiente y Política social**

**Consejería de Sanidad**

Dirección General de Política Social  
Dirección General de Ordenación y Atención Sanitaria  
Instituto Cántabro de Servicios Sociales  
Servicio Cántabro de Salud

- “Estrategia frente al reto demográfico de Cantabria 2019-2025”.
- Plan de emergencia social de Cantabria 2018-2020 (PESC).
- Mapa de servicios sociales de Cantabria 2019.
- Coordinación socio sanitaria. SCS-ICASS. Septiembre 2015.
- Documentación de elaboración propia. SCS.
- Documento marco para la elaboración de las directrices de la atención socio sanitaria en la Comunidad Autónoma Vasca. Diciembre 2010.
- Estrategia de Promoción de Salud y Prevención en el Sistema Nacional de Salud. Resumen Ejecutivo
- Libro blanco de la coordinación sociosanitaria en España. Ministerio de SPSI. Diciembre 2011.
- Informe CRONOS: hacia el cambio de paradigma en la atención de pacientes crónicos. The Boston ConsultingGroup. Abril 2014.
- Plan de acciones sanitarias en el ámbito sociosanitario del servicio de salud 2010-2014. Conselleria de Salut y Consum. Govern de les Illes Balears.
- Plan de Salud Mental de Cantabria 2015-2019
- Plan marco de atención sociosanitaria de Galicia 2013. Xunta de Galicia.
- Plan marco de atención socio-sanitaria en Extremadura. Plan marco 2005-2010. Consejería de sanidad y consumo. Consejería de Bienestar Social. Junta de Extremadura.
- Propuestas de acciones sociosanitarias. Consejería de Sanidad. Gobierno del Principado de Asturias. Documento técnico. Noviembre 2013.
- Plan Sociosanitario 2018-2021 de Asturias
- Programa de Apoyo Integral a las Familias (PAIF). Cantabria.
- Protocolo de coordinación sociosanitaria Alto Deba (borrador).
- Protocolo de coordinación para la gestión de casos. Junta de Andalucía.



**Vicepresidencia**

**Consejería de Universidades e investigación, Medio ambiente y Política social**

**Consejería de Sanidad**

Dirección General de Política Social  
Dirección General de Ordenación y Atención Sanitaria  
Instituto Cántabro de Servicios Sociales  
Servicio Cántabro de Salud

**10.ANEXOS**



Vicepresidencia

Consejería de Universidades e investigación, Medio ambiente y Política social

Consejería de Sanidad

Dirección General de Política Social  
Dirección General de Ordenación y Atención Sanitaria  
Instituto Cántabro de Servicios Sociales  
Servicio Cántabro de Salud

## 10.1. PROGRAMA DE APOYO INTEGRAL A LAS FAMILIAS (PAIF).

El PAIF es un programa de promoción de la Parentalidad Positiva, donde el núcleo fundamental lo constituyen actividades de formación y apoyo los padres y madres con hijos e hijas en las distintas etapas evolutivas.

El PAIF lo impulsa la Vicepresidencia del Gobierno de Cantabria, a través de la Dirección General de Política Social, contando con la colaboración de las Consejerías de *Sanidad* y de Educación, Cultura y Deporte, del *Servicio Cántabro de Salud* y del Instituto Cántabro de Servicios Sociales.

Nace siguiendo las recomendaciones nacionales e internacionales sobre la necesidad de promover un desempeño positivo de la parentalidad, y se articula como una actuación de apoyo integral a las familias y los niños, niñas y adolescentes desde la comunidad. Por lo que, desde sus inicios, ha sido concebido como un trabajo en red coordinado y con la participación de todos los recursos de la comunidad (educativos, *sanitarios*, culturales, etcétera).

Por tanto, el PAIF enlaza y se encuadra en la filosofía de la EPSPNS a partir de una coincidencia en buena parte de sus objetivos generales y específicos, en sus ejes de acción, en las intervenciones y acciones seleccionadas, como en el desarrollo metodológico y de implementación, siendo una oportunidad de generar sinergias e integrar y coordinar los esfuerzos de promoción de la salud y prevención junto con la parentalidad positiva entre todos los niveles, sectores y actores implicados.

La EPSPNS se desarrolla sobre tres ejes de acciones:

- población: la infancia (menores de 15 años) y los/las mayores de 50 años;
- entornos: universales, vitales y de cercanía: sanidad, educación y comunitario;
- factores en los que incidir y poner el foco: aquellos que tienen mayor importancia desde el punto de vista del abordaje de la cronicidad, alimentación saludable, actividad física, consumo de tabaco y consumo de riesgo de alcohol, sumando también el bienestar emocional y la seguridad del entorno con el objetivo de prevenir lesiones no intencionales.



**Vicepresidencia**

**Consejería de Universidades e investigación, Medio ambiente y Política social**

**Consejería de Sanidad**

Dirección General de Política Social  
Dirección General de Ordenación y Atención Sanitaria  
Instituto Cántabro de Servicios Sociales  
Servicio Cántabro de Salud

Algunos de los objetivos específicos de la EPSPSNS se alinean perfectamente en el cauce y en las líneas de acción y de trabajo del PAIF, que a su vez desarrolla programas estructurados y concretos en consonancia con los objetivos específicos de dicha estrategia.

**Objetivos específicos de la EPSPSNS:**

1. Promover estilos de vida saludable, así como entornos y conductas seguras en la población infantil mediante la coordinación de intervenciones integrales en los ámbitos sanitario, familiar, comunitario y educativo.

En coincidencia con la línea 5 del PAIF, Actuaciones para padres y madres de niñas, niños y adolescentes desde el ámbito sanitario, Programa Familias Activas y Saludables.

2. Promover estilos de vida saludables durante el embarazo y el periodo de lactancia.

En coincidencia con la línea 1 del PAIF, Formación para padres y madres de niños y niñas durante la primera infancia (0-3 años) Programa AFECTO.

Con la línea 5 del PAIF, actuaciones para padres y madres de niñas, niños y adolescentes desde el ámbito sanitario, Programa familias activas y saludables.

3. Promover el bienestar emocional en la población infantil.

En coincidencia con la línea 8 del PAIF, Actuaciones para niños, niñas y adolescentes desde la comunidad. Programas Bienestar y PROBIEN, de desarrollo positivo.

Por otra parte, el PAIF hace suyo en su núcleo programático las intervenciones y acciones seleccionadas por la EPSPSNS, destacando la coincidencia respecto de las propuestas sobre: estilos de vida en atención primaria vinculado a recursos comunitarios en la población infantil, y el programa de parentalidad positiva, para promover el bienestar emocional en la población infantil.

Con la preparación y puesta en marcha del PAIF en 2016-2017 (Santoña, Los Corrales de Buelna, Mancomunidad de Altamira-Los Valles y Mancomunidad Costa Occidental son los territorios sobre los que se ha pilotado el programa en una primera fase), se ha mantenido una coordinación con la dirección y subdirección de enfermería de la GAP, y también hay representación de los centros de salud en las mesas de coordinación de los territorios donde se desarrolla el programa. A partir de 2019, el PAIF será implantado en toda la Comunidad autónoma.



**Vicepresidencia**

**Consejería de Universidades e investigación, Medio ambiente y Política social**

**Consejería de Sanidad**

Dirección General de Política Social  
Dirección General de Ordenación y Atención Sanitaria  
Instituto Cántabro de Servicios Sociales  
Servicio Cántabro de Salud

Entre mayo de 2017 y septiembre de 2018, el PAIF ha desarrollado en coordinación con la dirección médica y de enfermería de la Gerencia de Atención Primaria del Servicio Cántabro de Salud, el programa Familias Activas y Saludables –FAS- conducido y dinamizado por el equipo de profesionales del PAIF y personal de enfermería en diversos Centros de Salud de atención primaria y consultorios: CS Dobra (2 ediciones), CS Bajo Pas (2 ediciones), CS CotoLino, CS Altamira, CS Saja (2 ediciones), CS Bezana (2 ediciones), CS Bajo Asón (2 ediciones), CS de Colindres, CS Santoña, consultorio de Udias, y en el CS de Ontaneda.





**Vicepresidencia**

**Consejería de Universidades e investigación, Medio ambiente y Política social**

**Consejería de Sanidad**

Dirección General de Política Social  
Dirección General de Ordenación y Atención Sanitaria  
Instituto Cántabro de Servicios Sociales  
Servicio Cántabro de Salud

## 10.2. CADOS-CAT

En la carta de servicios del centro de Accesibilidad y Ayudas Técnicas publicada en el BOC del 21 de octubre de 2009, se recogía como su Misión:

“Conseguir la accesibilidad universal y facilitar, en la medida de lo posible, la autonomía personal de aquellas personas que de manera temporal o permanente presenten algún tipo de discapacidad”.

**Servicios que se prestan:**

- Información y asesoramiento en materia de accesibilidad y eliminación de barreras arquitectónicas.
- Asesoramiento en adaptación funcional del entorno y productos de apoyo.
- Formación en accesibilidad universal y productos de apoyo.
- Préstamo de productos de apoyo.
- Visitas guiadas a la exposición permanente.
- Presentación de nuevos productos.
- Organización de exposiciones itinerantes de productos accesibles, en coordinación con los Servicios Sociales de los Ayuntamientos.

Con la nueva denominación, Centro de Atención, Accesibilidad y Cuidados en el Domicilio, se amplían los servicios ofrecidos y por consiguiente su Misión, añadiendo a la accesibilidad, la atención integral de la persona para conseguir mejorar su vida, contando con su participación, intereses y preferencias, desde el respeto a su dignidad y derechos.

El equipo actual cuenta con, terapia ocupacional, trabajo social, fisioterapia, arquitectura técnica, apoyo administrativo y dirección.



**Vicepresidencia**

**Consejería de Universidades e investigación, Medio ambiente y Política social**

**Consejería de Sanidad**

Dirección General de Política Social  
Dirección General de Ordenación y Atención Sanitaria  
Instituto Cántabro de Servicios Sociales  
Servicio Cántabro de Salud

**Servicios que se prestan:**

**1. Programa de atención y cuidados en el domicilio.**

Su objetivo es conseguir que la persona alcance su máxima autonomía e independencia en su entorno.

- Valoración Integral de la Persona.
  - historia de la vida cotidiana, actividades básicas, instrumentales, apoyo que necesita, movilidad, hábitos, ocio, etc.
  - datos generales, familiares, legales.
  - datos sanitarios relevantes, diagnóstico actual, piel, nutrición, dolor, restricciones, etc.
  - potencial de recuperación, conservación de las capacidades.
  - accesibilidad del entorno y utilización de ayudas técnicas.
- Detección de sus necesidades
- Valorar la intervención de otros/as profesionales (T. social, médico/a, enfermería, etc.)
- Plantear objetivos personalizados, flexibles y consensuados.
- Seguimiento y evaluación.

**2. Programa de apoyo a la persona cuidadora.**

Su objetivo es proporcionar al cuidador los recursos necesarios para evitar disfunciones físicas y emocionales originadas por el cuidado a la persona dependiente.

- Asesoramiento e información de todos los recursos sociales que hay a su disposición.
- Valoración de la situación familiar y carga de la persona cuidadora.
- Apoyo profesional individualizado (soporte al autocuidado, toma de decisiones, ayudas técnicas, adaptación del hogar)
- Ofrecer contacto con los grupos de apoyo a personas cuidadoras de su zona.



**Vicepresidencia**

**Consejería de Universidades e investigación, Medio ambiente y Política social**

**Consejería de Sanidad**

Dirección General de Política Social  
Dirección General de Ordenación y Atención Sanitaria  
Instituto Cántabro de Servicios Sociales  
Servicio Cántabro de Salud

- Información del papel de el/la trabajador/a social, terapeuta ocupacional, fisioterapeuta, enfermero/a, y del beneficio que pueden proporcionarles.
- Coordinación con los servicios de atención primaria sociales y de salud.

**3. Programa de accesibilidad y ayudas técnicas.**

Su objetivo es proporcionar, mediante la valoración del entorno, el diseño y la tecnología, el máximo nivel de autonomía y participación posible.

- Estudio y propuestas funcionales y técnicas para la adaptación del entorno.
- Información y asesoramiento en materia de accesibilidad y eliminación de barreras arquitectónicas.
- Asesoramiento en la adquisición de habilidades en el uso de nuevas tecnologías.
- Presentación de nuevos productos accesibles y divulgación de las novedades que se producen.
- Impartir formación a profesionales, estudiantes, personas cuidadoras y personas usuarias en materia de autonomía personal.
- Préstamo de productos de apoyo.
- Formar parte de la red de Centros de asesoramiento e información en accesibilidad y productos de apoyo (PROA).
- Colaborar con el Centro Estatal de Autonomía personal y Ayudas Técnicas (CEAPAT)



Vicepresidencia

Consejería de Universidades e investigación, Medio ambiente y Política social

Consejería de Sanidad

Dirección General de Política Social  
Dirección General de Ordenación y Atención Sanitaria  
Instituto Cántabro de Servicios Sociales  
Servicio Cántabro de Salud

## 10.3. RUTA DE ATENCIÓN AL PACIENTE CON TRASTORNO MENTAL GRAVE

Aunque existen diversas formas de definir el TMG, para esta Ruta se utiliza la de mayor consenso en la bibliografía, basada en tres aspectos fundamentales como son el diagnóstico clínico, la duración del trastorno (cronicidad), y el nivel de discapacidad social, familiar y laboral de la persona afectada.

En 1987, el Instituto Nacional de Salud Mental de Estados Unidos (NIMH) definió a este colectivo como “un grupo de personas heterogéneas, que sufren trastornos psiquiátricos graves que cursan con alteraciones mentales de duración prolongada, que conllevan un grado variable de discapacidad y de disfunción social, y que han de ser atendidas mediante diversos recursos sociosanitarios de la red de atención psiquiátrica y social”.

El Objetivo General de la Ruta es: Identificar y organizar la atención de pacientes con Trastorno Mental Grave (TMG), generador de un importante deterioro progresivo y pérdida gradual de la autonomía de las personas, ocasionando todo ello importantes repercusiones sociales y económicas.

El fin último de las intervenciones sobre el/la paciente con TMG es modificar el curso natural de su enfermedad demorando su progresión y mejorando su nivel de salud.

Sus Objetivos específicos son:

- Facilitar la permanencia de el/la paciente en su entorno y en la comunidad con la mejor calidad de vida posible.
- Establecer qué nivel asistencial corresponde a cada situación clínica de el/la paciente.
- Asegurar la disponibilidad de la información relevante mediante la utilización de la historia clínica electrónica, de manera que todos los/las profesionales implicados/as en la asistencia de los/las pacientes cuenten con los datos necesarios para continuar el proceso asistencial.
- Facilitar la cooperación y coordinación entre profesionales, estableciendo o intensificando las vías de comunicación, para asegurar la continuidad de cuidados.



**Vicepresidencia**

**Consejería de Universidades e investigación, Medio ambiente y Política social**

**Consejería de Sanidad**

Dirección General de Política Social  
Dirección General de Ordenación y Atención Sanitaria  
Instituto Cántabro de Servicios Sociales  
Servicio Cántabro de Salud

En la Ruta se recogen una serie de consideraciones a tener en cuenta, siendo la primera de ellas la siguiente:

- Coordinación social y sanitaria: la Ruta debe incorporar los aspectos de coordinación social y sanitaria que se establezcan, así como con otros organismos y administraciones implicadas en la atención integral a estas personas.

**Las principales actuaciones en la Ruta son:**

- Identificación de las personas con el trastorno en base a unos criterios establecidos y Codificación en la Historia Clínica Electrónica.
- Asignación de un/a Gestor/a de caso a cada paciente, identificable por todos los intervinientes de la Ruta.
- Establecimiento de un Plan Individualizado de Tratamiento para cada paciente.
- Creación de los Equipos de Análisis de Casos, uno por cada Área sanitaria, que tienen como funciones:
  - Estudiar los casos nuevos y debatir propuestas de intervención.
  - Revalorar los casos que están atendidos, bien porque han finalizado parte de su Plan de intervención o bien porque ha habido incidencias importantes.
  - Valoración de el/la paciente con riesgo de TMG