



# PROTOCOLO DE COORDINACIÓN SOCIOSANITARIA ALTO DEBA



# BORRADOR

## INDICE

	Página
<b>1. INTRODUCCION</b>	<b>3</b>
<b>2. OBJETIVOS</b>	<b>4</b>
<b>3. ALCANCE/POBLACION DIANA</b>	<b>5</b>
<b>4.INSTITUCIONES/PROFESIONALES IMPLICADOS</b>	<b>6</b>
4.1 Instituciones	6
4.2 Agentes provisosores	6
4.3 Comisiones de seguimiento	7
<b>5. METODOLOGIA DE LA INTERVENCION</b>	<b>9</b>
5.1 Detección y análisis de casos	9
5.2 Comunicación	15
5.3 Valoración	15
5.4 Intervención conjunta	16
a)- Intervenciones preventivas	17
b)- Continuidad de la atención	17
c)- Protección a las personas	17
Intervenciones urgentes y preferentes	18
<b>6. CONTINUIDAD DE CUIDADOS SOCIO SANITARIOS AL ALTA HOSPITALARIA</b>	<b>19</b>
6.1 Retorno al domicilio	19
6.2 No retorno al domicilio	20
<b>7. AMBITO COMUNITARIO</b>	<b>22</b>
<b>8. METODOLOGIA DE EVALUACION</b>	<b>22</b>
8.1 Registro de intervenciones	22
8.2 Indicadores de evaluación	23
<b>9.ANEXOS</b>	<b>24</b>
▪ ANEXO I.- PROFESIONALES DE REFERENCIA	25
▪ ANEXO II.- CONSENTIMIENTO CESION DE DATOS	28
▪ ANEXO III.- FICHA DE INTERCONSULTA	29
▪ ANEXO IV.- REGISTRO GESTION DE CASO	30
▪ ANEXO V.- FICHA DE SEGUIMIENTO Y CONTROL DE TODOS LOS CASOS	31

## **1. INTRODUCCIÓN**

---

En la CAPV, la Ley 12/2008 de Servicios Sociales establece que *“La Atención Sociosanitaria comprenderá el conjunto de cuidados destinados a las personas que, por causa de graves problemas de salud o limitaciones funcionales y/o de riesgo de exclusión social, necesitan una atención sanitaria y social simultánea, coordinada y estable, ajustada al principio de continuidad de la atención.”*

El espacio natural y operativo de la coordinación sociosanitaria es el ámbito comunitario y local, en el cual deben coordinarse los y las profesionales de ambos sistemas: el personal médico y de enfermería, tanto de la atención primaria como de la especializada, así como los y las profesionales de los servicios sociales municipales y forales.

Se observa que cada vez es mayor la cantidad de personas que requieren una prestación de servicios sanitarios y sociales de manera simultánea, es decir sociosanitarios, lo cual requiere la definición y puesta en marcha de intervenciones interdisciplinares que respondan de manera integral a las necesidades de las personas, en su entorno social habitual, de forma ágil y coordinada, de forma que se garantice la continuidad de la atención y se eviten duplicidades y vacíos asistenciales.

En la elaboración de este protocolo se han tenido en cuenta los principios de igualdad entre hombres y mujeres según promulga la Ley 4/2005, de 18 de febrero, para la igualdad de Mujeres y Hombres (BOPV 42 de 2 de marzo de 2005). La igualdad que esta ley promueve es una igualdad en sentido amplio, referida no sólo a las condiciones de partida en el acceso a los derechos, al poder y a los recursos y beneficios económicos y sociales, sino también a las condiciones para el ejercicio y control efectivo de aquéllos.

Asimismo, el presente documento pretende establecer un protocolo de coordinación sociosanitaria entre la OSI Alto Deba (Unidades de Atención Primaria y Hospital), Red de Salud Mental Extrahospitalaria, Hospital Donostia, los Servicios Sociales Municipales y el Departamento de Política Social de la Diputación Foral de Gipuzkoa.

Las instituciones/organizaciones de servicios integrantes, se comprometen a responder a las necesidades de atención de las personas en su ámbito de responsabilidad, interviniendo a través de sus respectivas carteras de servicios mediante intervenciones interdisciplinares y respondiendo de manera integral a dichas necesidades.

## **2. OBJETIVOS**

---

Este protocolo tiene como objetivo ser una guía de coordinación sociosanitaria que favorezca la cumplimentación de los objetivos, general y específicos, propios de la misma, siendo estos:

### **2.1 Objetivos Generales:**

2.1.1 Asegurar la atención de las personas con necesidades sociosanitarias de la Comarca del Alto Deba, a través de una atención comunitaria transversal que garantice la continuidad de cuidados en su domicilio habitual (que incluye residencias geriátricas), con la implicación de los equipos de atención primaria, atención especializada, red de salud mental y servicios sociales.

2.1.2 Desarrollar las estructuras necesarias de coordinación a nivel comunitario.

2.1.3 Potenciar la atención mediante la metodología de gestión de casos como elemento fundamental para la coordinación sociosanitaria.

### **2.2 Objetivos Específicos:**

2.2.1 Consolidar y extender las buenas prácticas de coordinación y colaboración existentes entre profesionales de los sistemas de salud y servicios sociales en la detección y atención de casos en el ámbito comunitario.

2.2.2 Elaborar un procedimiento conjunto de comunicación en la detección de casos necesitados de abordaje por parte de los dos sistemas (sanitario y social).

2.2.3 Detectar precozmente antes y durante la hospitalización, las situaciones de fragilidad social y asegurar la continuidad de la atención sociosanitaria tras el alta hospitalaria con Atención Primaria de Salud y los Servicios Sociales.

2.2.4 Iniciar prácticas de análisis conjunto y elaboración de planes de actuación personalizados de casos entre profesionales de estos servicios.

2.2.5 Elaborar procedimientos para el abordaje coordinado de actuaciones ante casos que requieren atención urgente.

2.2.6 Realizar un seguimiento del cumplimiento de los protocolos establecidos y una evaluación continua de las prácticas derivadas de los mismos para garantizar su mejora continua.

### 3. ALCANCE

---

#### POBLACIÓN DIANA:

Hay una serie de factores que definen el ámbito subjetivo del espacio sociosanitario: principalmente, la cronicidad, la vejez, la dependencia y el riesgo de exclusión.

El siguiente esquema recoge los principales supuestos que configuran los colectivos diana o personas con necesidades sociosanitarias para las que se prevé una acción prevista en las líneas estratégicas sociosanitarias.



Tal y como se ha establecido anteriormente, todo protocolo sociosanitario ha de ser el garante del aseguramiento del continuo asistencial de las personas en situaciones de necesidad sociosanitaria y ello ha de materializarse mediante la intervención de los distintos agentes provisosores de servicios en respuesta a la necesidad de cada caso.

Por tanto, la **situación de necesidad** de cada persona es la que define los servicios que han de ser movilizados para atenderla. Tratar de abordar un tema tan complejo supone tener que **parcelar la respuesta**, acotarla a las necesidades específicas de colectivo.

Desde un punto de vista operativo, por tanto, se propone que se desarrollen protocolos específicos para cada colectivo y/o subcolectivo diana previsto en las líneas estratégicas sociosanitarias.

El cuadro que sigue incluye más detalle en relación a los Subcolectivos diana para los que se prevén acciones concretas en las líneas estratégicas sociosanitarias.

<b>1. PERSONAS CON TRASTORNOS MENTALES</b>
1. Personas con trastorno mental grave y en situación de institucionalización de larga data 2. Personas con trastorno mental grave 3. Personas con trastorno mental grave y discapacidad intelectual 4. Cualesquiera otros casos de personas con trastorno mental y necesidades sociales
<b>2. PERSONAS EN RIESGO DE EXCLUSIÓN Y DESPROTECCIÓN</b>
1. Todas las personas en situación o riesgo de exclusión social con necesidades sociosanitarias 2. Todas las personas en situación o riesgo de desprotección social con necesidades sociosanitarias, con especial atención: 1. Niños y niñas en situaciones de riesgo, desprotección o maltrato infantil 2. Personas dependientes en situación de negligencia en la atención, abandono y maltrato 3. Personas en situación de riesgo, desprotección o maltrato en situaciones de violencia de género 4. Cualesquiera otras personas en situación de riesgo, desprotección o maltrato (inmigrantes)
<b>3. PERSONAS CON DISCAPACIDAD Y/O EN SITUACION DE DEPENDENCIA</b>
1. Todas las personas en situación de discapacidad y/o dependencia, con especial atención en: 1. Personas mayores en situación de dependencia 2. Personas con necesidad de atención psicogerítrica 2. Personas con necesidades al final de la vida 3. Personas cuidadoras de personas en situación de discapacidad y/o dependencia
<b>4. NIÑOS Y NIÑAS CON NECESIDADES ESPECIALES: ATENCIÓN TEMPRANA</b>
<b>5. OTROS COLECTIVOS</b>
1. Personas con enfermedades poco frecuentes y necesidades sociosanitarias 2. Personas trasplantadas con necesidades sociosanitarias

## **4. INSTITUCIONES Y PROFESIONALES IMPLICADOS**

---

### **4.1. INSTITUCIONES**

1. Gobierno Vasco
  - Departamento de Salud
  - Departamento de Empleo y Políticas Sociales
2. Diputaciones Forales
  - Diputación Foral de Álava
  - Diputación Foral de Gipuzkoa
3. Asociación de Municipios Vascos (Eudel)

### **4.2. AGENTES PROVISORES**

1. Osakidetza
  - Organización Sanitaria Integrada Alto Deba
  - Red de Salud Mental Extrahospitalaria
  - Emergencias
2. Diputaciones Forales
  - Servicios sociales especializados

3. Ayuntamientos
  - Servicios sociales de base
4. Otros
  - Asociaciones profesionales
  - Empresas
  - Organismos del tercer sector

Respecto a los profesionales implicados, se recogen en el **ANEXO I**.

### **4.3. COMISIÓN DE SEGUIMIENTO Y CONTROL DEL PROTOCOLO**

El aseguramiento del continuo asistencial requiere habilitar los mecanismos de coordinación necesarios, tanto a niveles macro, meso y micro. El abordaje, por tanto, consiste en trabajar coordinadamente en todos los niveles de actuación, desde la gobernanza hasta la asistencia, allí donde se encuentre el individuo que requiere asistencia sociosanitaria.

La necesidad de hacer un seguimiento y control del protocolo sociosanitario, persigue un doble objetivo:

- a) Garantizar su buen funcionamiento y adecuación a la realidad
- b) Revisar los casos objeto del mismo

**4.3.1.** La garantía del buen funcionamiento, revisión y ajuste del protocolo corresponderá al **Grupo Rector, o Comisión Sociosanitaria de la OSI**. Éste estará compuesto por los principales responsables de las instituciones y organizaciones implicadas o quienes ellos designen a tal efecto. El grupo rector se configura por tanto como un grupo interinstitucional y de carácter ejecutivo.

El buen funcionamiento, revisión y ajuste del protocolo, se refiere a:

- Cuestiones generales que afecten a este protocolo
- Dificultades que se puedan producir en el desarrollo de éste
- Clarificación de aspectos clave
- Modificaciones sustanciales del protocolo
- Estudio de programas, proyectos y recursos
- Información general de cada uno de los agentes implicados

El grupo rector se reunirá con carácter ordinario cuatrimestralmente y con carácter extraordinario siempre que alguno de sus miembros lo solicite.

**4.3.2.** El nivel micro, se refiere a la coordinación de la atención prestada a la persona, siendo los **Equipos de atención primaria sociosanitaria (EAPSOSA)** los garantes de la misma. Tal y como se ha comentado anteriormente su principal objetivo es garantizar dicha continuidad desde la comunidad y hacerlo de acuerdo a los principios de utilidad y agilidad en la respuesta.

Los equipos los compondrán las personas designadas por las distintas instituciones y organizaciones implicadas en el llamado espacio sociosanitario (salud, servicios sociales de base y servicios sociales especializados). Por la parte de salud, participarán médicos de familia, profesionales de enfermería y administrativos que atiendan a colectivos diana y por la parte social los trabajadores sociales de base y especializados entre otros.

Su función se circunscribirá al:

- Estudio y seguimiento general de los casos derivados para la mejora de la intervención a realizar
- Nuevas propuestas de intervención
- Resolución de problemas en la atención coordinada
- Trasladar al grupo rector propuestas de mejora del protocolo
- Registro de las actuaciones realizadas (la persona responsable del mismo será designada por el propio EAPSOSA).

Los equipos de atención primaria se reunirán, con carácter ordinario, cada 2 meses y de manera extraordinaria, cuando la situación lo requiera.

**4.3.3.** El **Equipo Sociosanitario Hospitalario**, formado por las supervisoras de las plantas médica y quirúrgica, SAPU y representante del área médica, y siguiendo en la misma línea, realizará reuniones bimestrales, con la misma finalidad.

## **5. METODOLOGÍA DE LA INTERVENCION**

---

### **5.1. DETECCIÓN Y ANÁLISIS DE CASOS:**

La detección de los casos puede ser realizado por cualquiera de los agentes implicados. Ante la detección de un caso, tanto para la resolución del problema como para minimizar los riesgos que del problema puedan derivarse para la persona, familiares o entorno, el primer objetivo prioritario será la puesta en conocimiento del problema al organismo pertinente.

Normalmente los casos detectados podrán enmarcarse en alguno de los grupos señalados anteriormente (colectivos diana). En caso de no ser así, se procederá a identificarlo e incluirlo dentro de la casuística descrita anteriormente.

Una vez identificado y tipificado el caso se procederá, como se indica a continuación, en función del área de intervención que lo identifique y de la gravedad de la situación. Los casos se pueden detectar tanto en el ámbito social como en el sanitario, en cualquiera de los dos, desde la atención primaria como desde la especializada.

Es importante señalar que es necesario recabar el consentimiento informado por parte de la persona atendida o de su representante legal (**ANEXO II**).

En relación a la accesibilidad, en ausencia de los/as gestores/as de caso, las instituciones implicadas deberán asegurar que la información requerida esté accesible para que llegue a su destinatario en tiempo y forma.

#### **5.1.1. Atención Primaria:**

Se establecen a continuación una serie de itinerarios a seguir en caso de identificar nuevos casos desde la atención primaria (social y sanitaria).

##### **5.1.1.1 Itinerario en situaciones de riesgo bajo o moderado**

###### **a) Caso identificado por *profesionales sanitarios:***

Ante la identificación de situaciones de riesgo sociosanitario por algún profesional sanitario, éste lo pondrá en conocimiento de la persona coordinadora en los servicios sociales de base (cumplimentando el Anexo III), quien determinará la persona del equipo que se hará cargo del caso (trabajador/a social de referencia). El profesional de servicios sociales se pondrá en contacto con el profesional sanitario de referencia para proceder al abordaje conjunto del caso y al establecimiento del procedimiento a seguir.

La documentación a utilizar será la que está integrada en las herramientas de trabajo de los centros y/o instituciones y se elaboraran los informes necesarios.

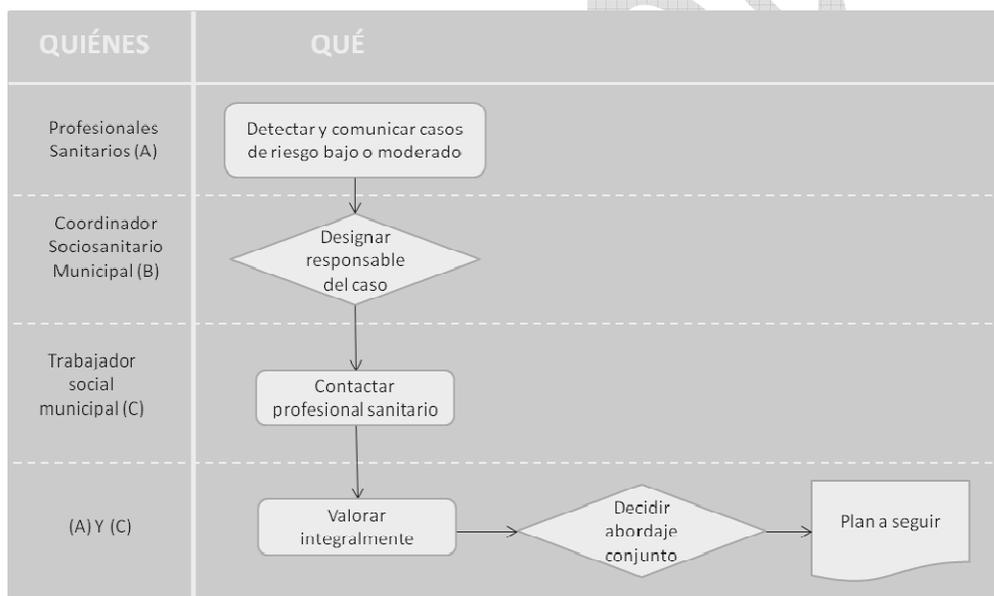


Ilustración: Caso identificado por profesionales sanitarios

**b) Caso identificado por *profesionales de servicios sociales:***

Ante la identificación de situaciones de riesgo por profesionales de servicios sociales, estos lo pondrán en conocimiento (Anexo III) del Jefe de Unidad de Atención Primaria (JUAP) del Centro de Salud, o profesional referente designado a tal efecto, quien determinará el miembro del equipo que se hará cargo del caso.

Si el caso requiere del servicio de salud mental, el JUAP se pondrá en contacto con el responsable del Centro de Salud Mental por correo electrónico quien determinara la persona del equipo que se hará cargo del caso.

El profesional designado (del Centro de Atención Primaria o del Centro de Salud Mental) se pondrá en contacto con el/la trabajador/a social del Ayuntamiento con el fin de proceder al abordaje conjunto del caso y al establecimiento del procedimiento a seguir.

La documentación a utilizar será la que está integrada en las herramientas de trabajo de los centros y/o instituciones y se elaboraran los informes necesarios.

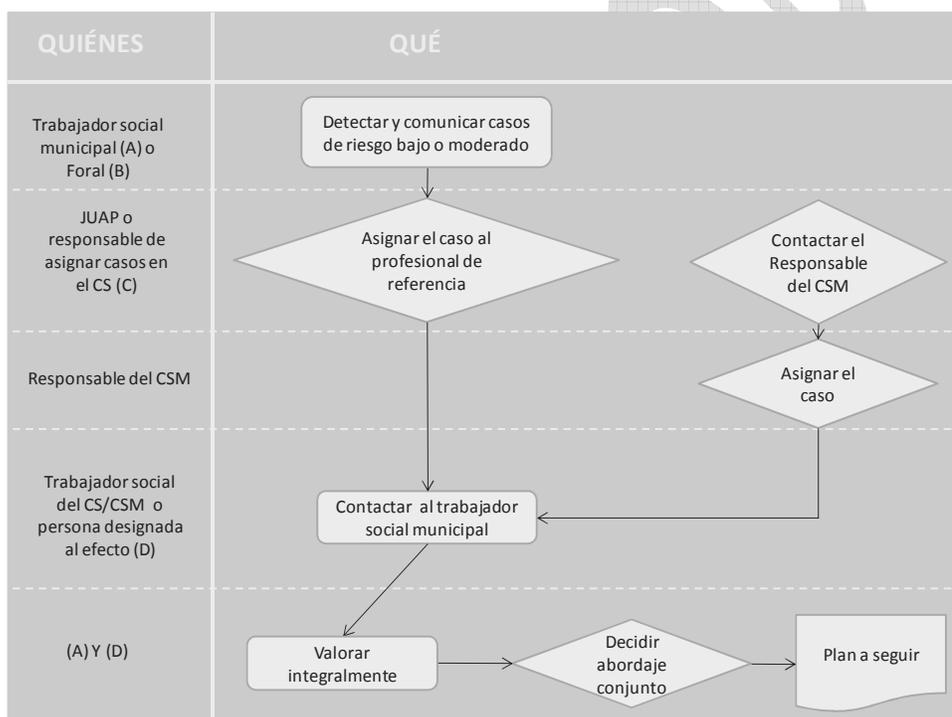


Ilustración: Caso identificado por profesionales de servicios sociales

### 5.1.1.2 Itinerario en situaciones de riesgo sociosanitario alto

Ante una situación de evidente riesgo sociosanitario se debe considerar si el problema es de urgencia vital o puede demorarse unas horas o días la toma de decisión.

En casos demorables y si se estima que la persona no es competente para decidir, los profesionales del ámbito sanitario y del ámbito social se pondrán en contacto para valorar la situación de forma conjunta. Si después de una intervención conjunta no se obtienen soluciones adecuadas, puede ser necesario derivar el caso al juzgado de referencia acompañado de informes de profesionales de ambos ámbitos que incluyan los datos relevantes y necesarios del caso.

En todo caso se dejará constancia escrita que motive las actuaciones realizadas sin consentimiento expreso de la persona.

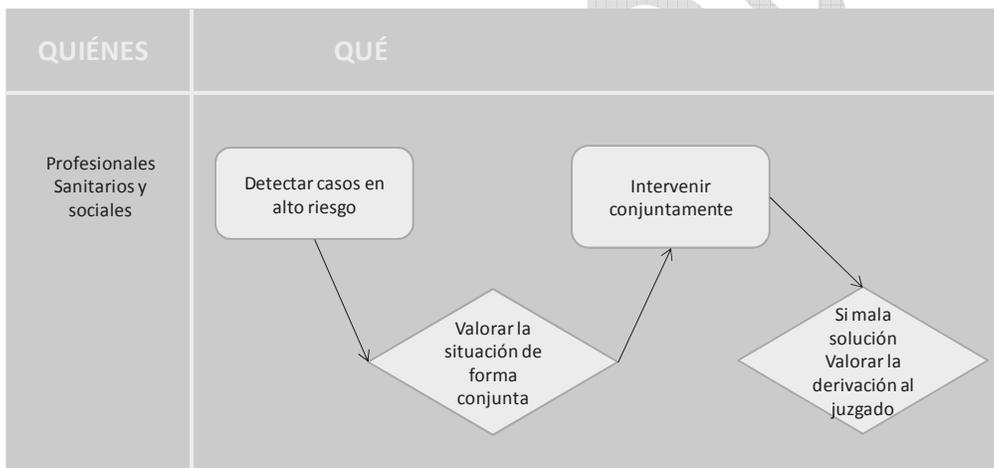


Ilustración. Itinerario en casos demorables

En casos urgentes que requieran una actuación inmediata, será necesario contactar por teléfono con el Juez de Guardia y elaborar un informe médico que se remite por Fax. El juez hará llegar un auto con la respuesta pertinente.

En caso de personas agresivas o si es necesaria ayuda para atender o trasladar a la persona se avisará a la Ertzaintza a través del 112.

Para el abordaje de personas menores de edad en situación de desprotección y/o víctimas de maltrato se procederá en base a los protocolos específicos; como ejemplo, el instrumento de detección de señales de alerta de malos tratos físicos y económicos a personas mayores.

El abordaje se realizará conforme a los protocolos vigentes.

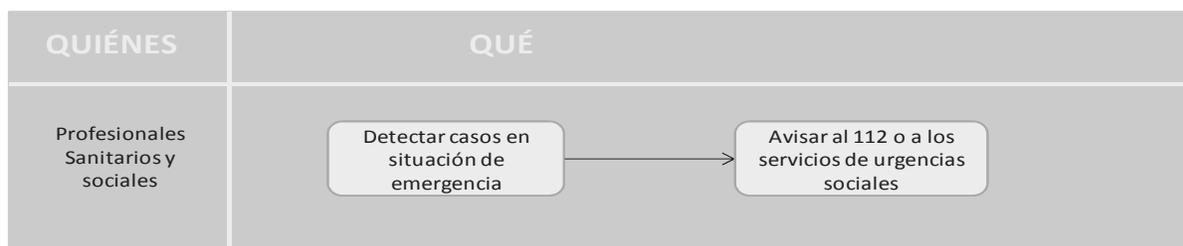


Ilustración. Itinerario en casos urgentes

### **5.1.2 Atención especializada:**

La atención especializada sociosanitaria hace referencia a las estructuras y agentes especializados al servicio de personas con necesidades sociosanitarias de mayor intensidad y duración en el tiempo. En el caso del sector sanitario incluye los recursos especializados de segundo y tercer nivel, y en el caso de los servicios sociales las estructuras residenciales y demás servicios de atención especializada.

Se presentan a continuación los itinerarios propuestos para los supuestos de personas con necesidades sociosanitarias que requieren de una respuesta especializada. Estos casos pueden identificarse tanto por profesionales de los servicios sociales como por profesionales sanitarios, y se refieren a dos supuestos:

1. personas ingresadas o con previsión de ser ingresadas en un hospital
2. personas que habitan en su residencia habitual (bien en instituciones residenciales o en domicilio)

#### ***5.1.2.1 Persona ingresada o con previsión de ingreso hospitalario:***

Los profesionales (sociales o sanitarios) que tengan constancia de la situación de necesidad de persona con riesgo de no tener garantizada la continuidad de cuidados al alta hospitalaria, enviarán un correo electrónico al Servicio de Atención al Paciente (SAPU) del hospital. Éste se pondrá en contacto con los profesionales sanitarios del hospital y los EAPSOSA (formado por profesionales sanitarios y sociales) de cara a involucrarlos en el abordaje y procedimiento conjunto a seguir.

El equipo formado por los sanitarios del hospital, la Coordinadora Sociosanitaria (enfermera de SAPU) y el profesional que tenga adjudicada esa responsabilidad (de los servicios sociales de base) llevarán a cabo la valoración integral y acordarán el plan a seguir. Dicho plan deberá estar acordado tanto con el paciente como con la familia (o el tutor o el representante legal, en su caso), y los equipos de atención primaria de referencia en la comunidad.

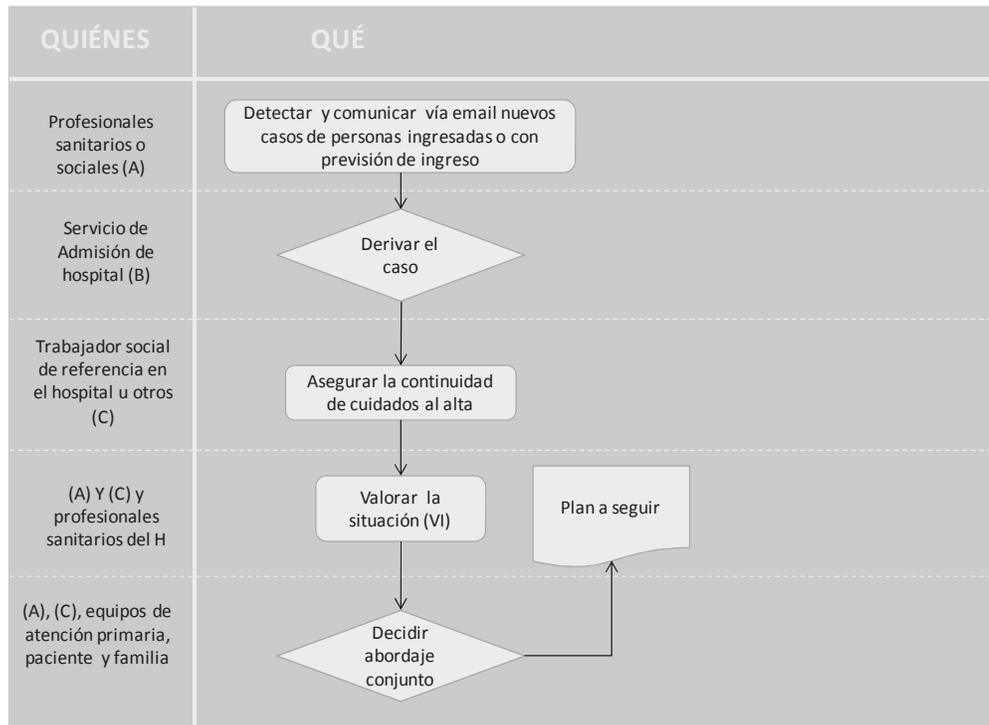


Ilustración. Caso de persona ingresada o en previsión de ser ingresada

### 5.1.2.2 Personas en su residencia habitual:

Los profesionales (sociales o sanitarios) que tengan constancia de la necesidad de respuesta especializada en relación a personas en riesgo de no tener garantizada la continuidad de cuidados especializados en su residencia habitual se pondrán en contacto con los equipos de atención primaria sociosanitaria de referencia para que estos garanticen el continuo asistencial.

Los profesionales (sociales y sanitarios) de los dos niveles (primaria y especializada) llevarán a cabo la valoración integral y acordarán el plan a seguir, respetando la voluntad y autonomía de la persona, y en caso de que ésta no lo fuese, la voluntad de la familia.

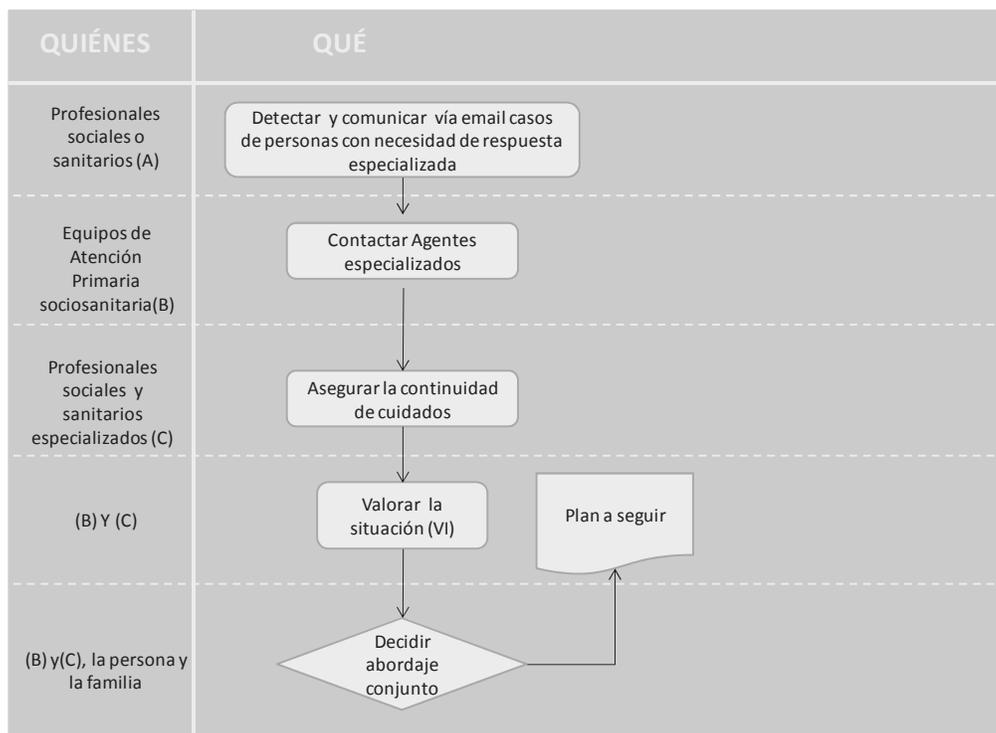


Ilustración. Personas en su residencia habitual

## 5.2 COMUNICACIÓN

Ante la detección de un caso en el que se necesite de otros agentes para su adecuado abordaje, se procederá con el consentimiento (**ANEXO II**) de la persona usuaria o familiar autorizado a comunicarse con los profesionales de referencia establecidos de los servicios necesarios para afrontar de forma conjunta la intervención. Se guardaran las medidas de confidencialidad necesarias y se priorizará la utilización del correo electrónico (encriptado si es fuera de Osakidetza) así como el teléfono. Utilización del documento interconsulta (**ANEXO III**).

La documentación a utilizar será la que esta integrada en las herramientas de trabajo de los centros y/o instituciones y se elaboraran los informes necesarios.

## 5.3 VALORACIÓN

Se realizará en base a la información disponible en cada momento. La valoración conjunta del caso requiere un intercambio de información necesaria, acotada, significativa y transmitida de manera comprensible entre los profesionales, que permita una posterior intervención.

En una primera fase, se puede plantear, revisar y consensuar las escalas e información que actualmente se recoge y sistematiza por los profesionales. A modo de propuesta y según proceda:

- Información de filiación y demográfica
- Profesionales de referencia
- Valoraciones de Dependencia
- Servicios y prestaciones que recibe (BVD grado y nivel...)
- Red de apoyo informal y relación social (valoración si procede de sobrecarga del cuidador con escala de Zarit)
  - Características de la vivienda
- Estado funcional, cognitivo, emocional y sensorial (Uso de escalas pertinentes de valoración)
  - Estado de salud y tratamiento clínico
  - Cuidados de enfermería
  - Situación económica
  - Motivo de la intervención

#### **5.4 INTERVENCIÓN CONJUNTA**

Tras la valoración del caso, se elaborará entre los y las profesionales de las diferentes instituciones y organizaciones implicadas, un plan de Intervención coordinado (Ver plantilla de plan de gestión de caso sociosanitario, **ANEXO IV**), que contemplará:

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

El tipo de actuaciones se definirá en función de los subgrupos de la población que previamente se han descrito y del medio o lugar en el que se desarrollan:

**5.4.1. Intervenciones preventivas** que favorezcan intervenciones adaptativas de cara a la prevención, detección precoz y manejo proactivo de problemas sociosanitarios de las personas objeto de atención, y que se anticipen las consecuencias de posibles eventos adversos.

**5.4.2. Intervenciones que garanticen la continuidad de la atención** de la persona en situación de fragilidad y/o dependencia:

- Situaciones en las que las circunstancias de salud y del entorno sociofamiliar de la persona requieren de información, orientación y/ o tramitación de recursos públicos y/o privados para ofrecer un tratamiento integral y continuado con el fin de mejorar su calidad de vida.
- Garantizar la continuidad en la asistencia sanitaria y el apoyo social necesario a la salida del hospital para que afronten los cambios que la enfermedad pueda ocasionarles, tanto a ellos como a sus familias.

**5.4.3. Intervenciones con la finalidad de protección a personas** en situación de alto riesgo sociosanitario, que pueden requerir medidas cautelares.

Consideramos como **desprotección o alto riesgo de desprotección** aquellas situaciones en las que las personas evidencian falta de capacidad de autocuidado, y/o no son conscientes del riesgo para si mismos o para otros de lo que esto supone, y/o no existe apoyo familiar que pueda cubrir estas necesidades o aun existiendo presenta negativa a ser atendido.

Esta situación fundamentalmente se puede producir en los siguientes grupos:

- 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.
- Trato inadecuado de personas mayores y/o con discapacidad o maltrato por parte de sus cuidadores.
- Personas con enfermedad mental resistentes a recibir atención de ambos sistemas o de alguno de ellos y en el que esta comprometida su seguridad y la de terceros.
- Violencia de género, desprotección infantil (actuación en función de los protocolos específicos existentes).

Ante una situación de evidente riesgo de desprotección hay que valorar si el problema debe de ser resuelto de manera inmediata adquiriendo el carácter de intervención urgente o puede demorarse días, siendo una intervención de carácter preferente.

#### **5.4.3.1. Intervenciones de carácter Urgente:**

La casuística predominante será:

- Persona en situación de fragilidad y/o dependencia que por un motivo sanitario urgente precisa atención y no cuenta con apoyos familiares.
- Persona en situación de dependencia, cuyo cuidador de forma urgente precisa un ingreso hospitalario o fallece.

Los recursos que se articulen serán de carácter sanitario, sociosanitario o social en función de las necesidades detectadas, siendo clave la colaboración y la rapidez en el intercambio de información.

#### **5.4.3.2. Intervenciones de carácter Preferente:**

En el resto de los casos, siempre que sean considerados como casos de desprotección las instituciones implicadas agilizarán la recogida y traslado de información así como la toma de decisiones. A su vez se comprometen a agilizar los trámites necesarios y articular soluciones con celeridad.

En cualquiera de las dos intervenciones señaladas, de carácter urgente o preferente, pueden generarse actuaciones tales como:

- Si, a juicio del profesional, la situación detectada no permite esperar el tiempo necesario para la coordinación establecida se procederá a llamar, sin mayor dilación, al Centro de Coordinación de Emergencias (112) o a los Servicios Sociales (En horario de oficina servicios Sociales Municipales, y horario de tarde, noche Servicios Sociales Forales de Urgencia SFUS – 943 22 44 11).
- Para la adecuada protección de esta población, los responsables de caso evaluarán también la necesidad de actuar de oficio y de ponerlo en conocimiento del Ministerio Fiscal o el Juzgado (medidas involuntarias) o Juzgado de guardia, con el fin de proteger al máximo a las personas necesitadas de atención o a terceros.

Cuando deba promoverse una solicitud de ingreso involuntario se orientará, de manera consensuada entre las instituciones implicadas, el recurso que se considere necesario para su atención.

Si los profesionales implicados lo consideran oportuno o si es requerido por el Juzgado o Ministerio Fiscal se remitirán los informes médicos y sociales pertinentes, por vía urgente a la Comisión de valoración y Orientación Sociosanitaria quien consensuará el nivel asistencial adecuado para su atención.

## **6.- CONTINUIDAD DE CUIDADOS SOCIOSANITARIOS AL ALTA HOSPITALARIA**

---

Con el objeto de promover la garantía de cuidados en pacientes ingresados que son dados de alta hospitalaria, en los que se ha modificado su situación funcional y/o su entorno y/o apoyos familiares, se valorará la capacidad de retorno a domicilio en función de la capacidad de autocuidado de la persona, la necesidad de cuidados sanitarios y sociales que presenta y la existencia o no de apoyos formales y /o informales para prestarlos de manera adecuada.

### **6.1.- RETORNO A DOMICILIO, con o sin recursos de apoyo:**

La enfermera del SAPU (coordinadora sociosanitaria), conjuntamente con el de SS Municipales hará un proyecto de continuidad de la atención, donde puedan contemplarse la prestación de alguno de los servicios y/o recursos señalados y se comunicará a la enfermera referente del paciente en el centro de salud.

En los casos de retorno a domicilio en los que se considere al paciente en situación de fragilidad sociosanitaria, se articulará una comunicación activa con el centro de salud y servicios sociales de base desde donde se articularán los apoyos necesarios y el seguimiento del caso.

El retorno a domicilio puede estar supeditado a la articulación de recursos y/o servicios: SAD, CD/ prestaciones económicas, ayudas técnicas.

Los Servicios Sociales y sanitarios se comprometen a dar celeridad a la tramitación de estos recursos en el citado supuesto.

Si precisa material de apoyo se puede proceder de la siguiente manera:

- 1.- Determinar si existe el producto requerido en el centro sanitario o social de la comarca y si se puede facilitar en préstamo. En este caso se concretará con la familia cómo realizar el transporte del mismo al domicilio.
- 2.- Desde los servicios sociales de base municipales se podrá formalizar solicitud de forma urgente al profesional de referencia de la Diputación Foral de Gipuzkoa.

## **6.2.- NO RETORNO A DOMICILIO:**

En los casos en los que el retorno a domicilio no sea posible se valorará desde el centro Sanitario junto con los Servicios Sociales Municipales la necesidad de un recurso Sociosanitario o un recurso de carácter social.

La agilidad en la detección y trámite de estos casos es un factor determinante.

### **6.2.1. Traslado media-larga estancia:**

Unidad responsable de atención especializada en régimen de hospitalización a pacientes que no requieren alta tecnología, pero sí alta intensidad de cuidados.

Se corresponde con ingresos que se producen como consecuencia de una modificación en el nivel de cuidados del paciente y con un objetivo clínico alcanzable en un razonable periodo de tiempo.

Opciones en Gipuzkoa: hospital Amara y Matía, ambos en Donostia.

Opciones en Araba: Hospital de Leza

### **6.2.2. Traslado a Unidad de subagudos Hospital Alto Deba:**

Se ingresaran en la unidad a pacientes que potencialmente pudieran beneficiarse, es decir con un objetivo de ganancia funcional en un periodo corto de tiempo y en base al protocolo establecido.

### **6.2.3. Traslado a plaza sociosanitaria:**

Cuando en la valoración del paciente se dictamine la necesidad de continuidad de cuidados sanitarios de nivel superior al que se presta en un centro gerontológico, se considerará viable el traslado a una plaza sociosanitaria siempre que:

- El perfil del paciente coincida con alguno de los descritos en el procedimiento de acceso a plaza sociosanitaria.
- Se determine un objetivo viable, de acuerdo al recurso y los criterios establecidos.
- Se constate la falta de viabilidad de articular estos cuidados en el propio domicilio.

La solicitud de traslado a un recurso sociosanitario deberá realizarse presentando el caso a la Comisión de Valoración y Orientación siguiendo los trámites establecidos (enviando el instrumento de valoración, realizado por la enfermera del SAPU y en su defecto por las supervisoras de planta y enviándolo a Admisión del Hospital Donostia, junto al consentimiento firmado del paciente), pudiendo realizarse esta solicitud tanto desde el hospital como desde el domicilio, en este caso se enviará informe del médico de Atención Primaria junto al informe social.

Opciones en Gipuzkoa: Residencia de Zumarraga- Argixao- ó Cruz Roja-Donosti.

Opciones en Araba: Clínica San Onofre y Alto Prado.

#### **6.2.4. Traslado a recurso social:**

Estancia Temporal ó plaza definitiva en Centro Gerontológico.

##### **6.2.4.1. Estancia Temporal:**

Los Servicios Sociales Municipales realizarán solicitud de Estancia Temporal, para lo cual se precisará:

- Información y consenso interinstitucional en la orientación.
- Informe de salud + Informe provisional de alta hospitalaria (cumplimentado por el médico referente del paciente). Estos se enviaran desde SAPU al trabajador social referente, previo consentimiento firmado del paciente/familiar responsable.
- RAI Apto. Valoración del paciente que cumplimentará el médico de Ingema acudiendo al Hospital y poniéndose en contacto con la Supervisora de Unidad ó en su defecto, con la enfermera y/o médico referente del paciente.

- La enfermera SAPU contactara con la trabajadora social de estancias temporales de Diputación para comunicar la situación altable del paciente. Se adjuntará en la solicitud un proyecto de salida, con pronóstico de retorno al domicilio propio u otro, o de traslado a plaza residencial, (realizado por el trabajador social)

#### 6.2.4.2. **Plaza Residencial definitiva:**

Se considerará la posibilidad de traslado al alta hospitalaria a una plaza residencial siempre que:

- El paciente tenga formalizada una solicitud de plaza de residencial.
- La situación de dependencia y aptitud que consta en la solicitud se mantenga.

Esta posibilidad requiere de coordinación con los trabajadores sociales de base y el técnico de referencia de Diputación Foral de Gipuzkoa y se actúe conjuntamente, para valorar la idoneidad del traslado y la viabilidad del ingreso inmediato.

## **7. EL AMBITO COMUNITARIO**

---

Será también objeto de este protocolo promover actitudes sociales proactivas e integradoras a nivel comunitario que generen o potencien ayudas para el ajuste y cuidado integral de las personas. Se deberá fomentar y optimizar las redes y sistemas de apoyo natural.

Además de la red familiar, es necesario reconocer la existencia de ciudadanos, que de forma organizada (organizaciones sin ánimo de lucro, voluntariado, asociaciones, grupos de autoayuda), favorecen y promueven la permanencia de las personas en su comunidad, en su entorno habitual, mediante intervenciones dirigidas al acompañamiento, relaciones sociales, ocio,... siempre mediante el desarrollo de tareas que no deban ser prestadas de manera remunerada y por profesionales.

## **8. METODOLOGIA DE EVALUACIÓN**

---

### **8.1 REGISTRO Y MONITORIZACIÓN DE INTERVENCIONES**

El responsable del caso deberá:

- Hacer un seguimiento y control del mismo,
- Asegurar el desarrollo de las actuaciones previstas
- Anotar las fechas y detalle en relación a los planes de actuación del caso.

Los EAPSOSA, por su parte, deberán llevar un registro de todas las intervenciones realizadas. La persona responsable de éste registro será designada por el propio equipo de atención primaria.

## **8.2 INDICADORES DE EVALUACIÓN**

Los indicadores relativos a los casos se anotarán en el plan de intervención coordinado de cada caso (**ANEXO IV**)

Inicialmente los datos relativos a todas las intervenciones se recogerán en las reuniones conjuntas de cada equipo de atención primaria sociosanitario, que deberán tener periodicidad bimestral.

Los EAPSOSA realizarán la recogida de casos sociosanitarios gestionados de su municipio bimestralmente y se pasarán los resultados al grupo rector que realizará el cómputo de los mismos a nivel de la Comarca. Los indicadores propuestos a tal efecto se clasifican en tres dimensiones entrada, proceso y resultado. (**ANEXO V**).

Con el fin de lograr mayor eficacia en la valoración y planificación de la atención sociosanitaria de un/a paciente, los/as profesionales de las diversas instituciones, realizarán unas tareas comunes y se coordinarán de forma ágil:

- Informando de los cambios organizativos y de profesionales que se produzcan en ambas organizaciones.
- Intercambiando información actualizada, sobre servicios sociales privados, SAD, etc.
- Comunicando a los Servicios Sociales municipales los traslados de pacientes a media estancia.
- Informando al profesional referente sociosanitario de la OSI. Comunicando, cuando se conoce, en el Centro de Salud o en los Servicios Sociales municipales, que está previsto o se ha realizado el ingreso hospitalario de alguna persona con necesidades de apoyo social. También orientarán a los usuarios/as que les informen cuando tengan previsto un ingreso hospitalario.
- Facilitando, los Servicios Sociales municipales a la enfermera del Servicio de Atención al Paciente y/o familiares, cita urgente, en situaciones en que la previsión del ingreso sea muy corto.

# 9. ANEXOS

## ANEXO I.- PROFESIONALES DE REFERENCIA

**OSAKIDETZA:**
**1.- OSI ALTO DEBA**
**a.- Atención Primaria**

UAP/CENTRO	RESPONSABLE	CONTACTO
<b>OÑATI:</b> C.S.OÑATI	ISABEL ARENAZA	943035430 MARI AISABEL.ARENAZALEGASA@OSAKIDETZA.EUS
<b>VALLE DE LENIZ:</b> C.S.ARETXABALETA C.S.ESKORIATZA	GOIZANE MENDIZABAL	943711959 MIRENGOIZANE.MENDIZABALUNZUETA@OSAKIDETZA.EUS
<b>BERGARA:</b> C.S.BERGARA C.S.ANTZUOLA C.S.ELGETA	MAITE ODRIOZOLA	943035400 MARIATERESA.ODRIOZOLAZABALETA@OSAKIDETZA.EUS
<b>ARRASATE:</b> C.S.ARRASATE	LOURDES LUSAR	943035250 MARIALOURDES.LUSARCRUCHAGA@OSAKIDETZA.EUS

**b.- Hospital**

RESPONSABLE	CONTACTO
MIREN EZENARRO (Supervisora Unidad de hospitalización médica)	888322 MIREN.ECENARROORTIZDEZARATE@OSAKIDETZA.EUS
ESTHER DIEZ (Supervisora Unidad de hospitalización quirúrgica)	888321 MARIAESTHER.DIEZALVAREZ@OSAKIDETZA.EUS
ASCEN SUSIERRA (Enfermera SAPU)	835302 ASCENSION.SUSIERRAORTEGA@OSAKIDETZA.EUS
MAITANE IZAGIRRE (Médico Med. Interna)	835749 MAITANE.IZAGUIRRERAMIREZDEALDA@OSAKIDETZA.EUS
JESUS MILLAS (Médico Atención Primaria)	889326 JESUS.MILLASROS@OSAKIDETZA.EUS
M.ARANTZAZU SISTIAGA (Directora enfermería)	MARIAARANTZAZU.SISTIAGALASA@OSAKIDETZA.EUS

**2.- Salud Mental Gipuzkoa**

CSM	RESPONSABLE	CONTACTO
ARRASATE	ASUN SAN MARTIN	943711980 MARIAASUN.SANMARTINARENAZA@OSAKIDETZA.EUS

**3.- Hospital Universitario Donostia**

RESPONSABLE	CONTACTO
M.JOSE ECHAVARRI (UGS/ADMISION)	943007552/MARIAJOSEFA.ECHAVARRILASA@OSAKIDETZA.EUS

**RESIDENCIAS**

RESPONSABLE	CONTACTO
LEIRE SANZ (Médico Residencia Oñati)	943781224 LEIRE.SANZHERNANDEZ@OSAKIDETZA.EUS
AINTZIÑE MENDIA ( T.Social Residencia GSR Aretx.)	943772088 tsocialaretxabaleta@gsr.coop

**DELEGACION TERRITORIAL DE SALUD DE GIPUZKOA:**

RESPONSABLE	CONTACTO
BELEN ELIZALDE	943023000 belenelizalde@ej-gv.es

**DIPUTACIÓN FORAL DE GIPUZKOA. DEPARTAMENTO DE POLITICA SOCIAL:**

RESPONSABLE	CONTACTO
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Servicio de Atención a la Dependencia y discapacidad:</li> <li>- Sección de Salud Mental y Área Sociosanitaria</li> <li>- Sección de apoyo en domicilio</li> <li>- Atención en centros para personas con discapacidad y/o dependencia</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Encarna Lázaro Sombrero ( 112582)</li> <li>- Eukene Zapiáin (112581)( Enfermedad Mental)</li> <li>- Maite Ibarreta ( 112526) ( Estancias Temporales)</li> <li>- Isabel Azaola (113198) ( Apoyos en Domicilio)</li> <li>- María Arozena ( 244711) ( Personas mayores)</li> <li>- Fátima Eizmendi ( 242672) ( Personas con discapacidad)</li> </ul>

**AYUNTAMIENTOS:**

MUNICIPIO	T.SOCIAL	CONTACTO	CORREO
ARRASATE	Elena Kortabarria	943252007	ekortabarria@arrasate-mondragon.net
BERGARA	Xabier Legorburu	943779165	xlegorburu@bergara.net
OÑATI	Itxaro Leibar	943037700	itxaro@onati.eus
ARETXABAETA	Bego Arenaza	943711862	bego@aretxabaeta.net
ANTZUOLA	Karmele Korta	943787195	gizarte@antzuola.com
ESKORIATZA	Agurtzane Altube	943713136	gizarte@eskoriatza.net
ELGETA/LEINTZ GATZAGA	Ainara Gabilondo	943768022	gizarte@elgeta.net ongizatea leintzgatza.com
ARAMAIO	Leire Espinosa	945445016	lespinosacasanueva@alava.net

**ANEXO II.- DATUAK UZTEKO BAIMENA / CONSENTIMIENTO CESION DE DATOS**

IZEN-ABIZENAK: ..... NOMBRE Y APELLIDOS: .....  
 .....  
 ADINA: ..... EDAD: .....  
 NAN: ..... D.N.I.: .....

**Azaldu didate nire osasunari buruzko datuak** He sido informado/a de la necesidad de que los  
**pertsonari honi jakinarazi behar zaizkiola** datos relativos a mi salud sean comunicados a

Jn./And.: ..... D./D<sup>a</sup>: .....  
 Honakoa den aldetik: ..... EN CALIDAD DE: .....

**Helburu bakarria izango da nire pertsonari** A los solos efectos de poder gestionar las  
**buruzko eskaerak/eskabideak eta beharrianak** demandas/solicitudes, necesidades relativas a mi  
**kudeatzea, eta betiere erakunde horren** persona y para lo que es competente dicha  
**eskumenen zioei dagokienez.** Institución.

**Utzitako datuak tramitazio zehatz horretarako** Los datos cedidos serán única y exclusivamente los  
**behar direnak baino ez dira izango.** necesarios para esta tramitación específica.

**Jakinarazi didate nire datuen berri emateari** **He sido informado/a** de que este consentimiento  
**buruzko baimen hau bertan behera utz** para la comunicación de mis datos tiene carácter  
**daitekeela.** revocable.

**Beraz, BAIMENA EMATEN DUT, datu** Según lo anterior, **EXPRESO MI**  
**personalak babesteari buruzko 15/1999** **CONSENTIMIENTO** al amparo de la Ley 15/1999  
**Legeak ezartzen duena kontuan hartuta.** sobre protección de datos de carácter personal.

Sin/Fdo.:

....., .....de .....de 201....

**Jakin ezazu zure osasunari buruzko datuak osasun arloko profesionalak baino ezin dituztela erabiltzen (15/1999 Legearen 7.6. art.), eta betiere erabateko konfidentzialtasuna irizpidetzat hartuta; inoiz eta inolaz ere ezin izango erabiltzen diskriminaziorik ezartzeko, ezta zure kaltetan ere.**

**Arau aplikagarriak:**

- Datu Pertsonalen Babesari buruzko abenduaren 13ko 15/1999 Legea.**
- Izaera pertsonaleko datuen tratamendu automatizatua arautzeari buruzko urriaren 29ko 5/1992 Legea.**
- Apirilaren 25eko Osasunari buruzko 14/1986 Lege Orokorra; Pazientearen Autonomiarik eta Informazio eta Dokumentazio Klinikoko Arloko Eskubide eta Betebeharrak arautzen dituen azaroaren 14ko 41/2002 Oinarritzko Legea**

Se le informa que los datos relativos a su salud deben ser tratados únicamente por profesionales sanitarios (art. 7.6 de la Ley 15/15/1999) bajo criterio de estricta confidencialidad y sin que, en ningún caso, puedan usarse con fines discriminatorios, ni en su perjuicio.

**Normativa aplicable:**

- Ley 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal.
- Ley 5/1992, de 29 de octubre, de Regulación del Tratamiento Automatizado de los Datos de Carácter Personal.
- Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad- Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación

## ANEXO III.- FICHA DE INTERCONSULTA SOCIO-SANITARIA

KONTSULTARTEKO FITXA SOZIOSANITARIOA FICHA PARA INTERCONSULTA SOCIO-SANITARIA	
<b>Detektatu duen profesionala</b> Profesional que detecta:	<b>Pazientearen izena</b> Nombre del paciente:
<b>Data / Fecha:</b>	
<b>Xede-biztanleriaren azpitaldea</b> Subgrupo población diana	
<b>Adina / Edad:</b>	
<b>Interkontsultarako arrazoia</b> Motivo de interconsulta:	
FUNTZIO EGOERA - SITUACIÓN FUNCIONAL	
<b>ABVDarentzat funtzio gaitasuna</b> Capacidad funcional para las ABVD	
<b>Egoera kognitiboak okerrera egin</b> Deterioro cognitivo	<input type="checkbox"/> Bai / Si <input type="checkbox"/> Ez / No
<b>Mugikortasuna</b> Movilidad	<input type="checkbox"/> Aldi baterako / Temporal <input type="checkbox"/> Iraunkorra / Permanente
GIZARTE, FAMILIA EGOERA - SITUACIÓN SOCIO-FAMILIAR	
<b>Bakarrik bizi da</b> Convivencia sol@	
<b>Beste norbaitekin</b> Acompañado/a por	<input type="checkbox"/> Beste persona nagusi batekin Otra persona mayor  <input type="checkbox"/> Besteak / Otros
<b>Gizarte-familia laguntzak</b> Apoyos socio-familiares	<input type="checkbox"/> Bai / Si <input type="checkbox"/> Ez / No
<b>Baliabide soziosanitarioen erabiltzailea</b> Usuario/a recursos socio-sanitarios	<input type="checkbox"/> Bai, zehaztu / Si, especificar _____  <input type="checkbox"/> Ez / No
<b>Etxebizitza / Vivienda</b>	
<b>Eragozpen arkitektonikoak</b> Barreras arquitectónicas	<input type="checkbox"/> Bai, zehaztu / Si, especificar _____  <input type="checkbox"/> Ez / No
<b>Bizigarritasun eta garbitasun egoerak</b> Condiciones habitabilidad e higiene	
OHARRAK / OBSERVACIONES	

## ANEXO IV.- REGISTRO GESTIÓN DE CASO SOCIO SANITARIO

### DATU DEMOGRAFIKOAK / DATOS DEMOGRÁFICOS:

Sexua /Sexo: <input type="checkbox"/> Gizona/Hombre		<input type="checkbox"/> Emakumea/Mujer	
Jaioteguna/Fecha nacimiento:			
Udalerría/Municipio:		<input type="checkbox"/> Leintz Gatzaga	<input type="checkbox"/> Eskoriatza
<input type="checkbox"/> Arrasate	<input type="checkbox"/> Aramaio	<input type="checkbox"/> Bergara	<input type="checkbox"/> Antzuola
		<input type="checkbox"/> Elgeta	<input type="checkbox"/> Oñati
Jatorria/ Procedencia:	<input type="checkbox"/> Gizarte-zerbitzuak/Servicios sociales		
	<input type="checkbox"/> Zerbitzu sanitarioak/Servicios sanitarios		
	<input type="checkbox"/> Pazientea/Familia		<input type="checkbox"/> LMA/AP
		<input type="checkbox"/> Ospitalea/Hospital	
Detekzioaren/Fecha detección: ..... / ..... / .....			

### XEDE-TALDEA / COLECTIVO DIANA

<input type="checkbox"/>	<b>Familiaren laguntzarik ez duten mendekoak /</b> Persona en situación de dependencia y sin soporte familiar
<input type="checkbox"/>	<b>Desgaituak /</b> Persona con discapacidad
<input type="checkbox"/>	<b>Osasun mentaleko arazo larri edota kronikoren bat dutenak</b> Persona con problema grave y/o crónico de salud mental
<input type="checkbox"/>	<b>Gaixotasun somatiko kroniko edo desgaitzaileen bat dutenak</b> Persona con enfermedad somática crónica y/o invalidante
<input type="checkbox"/>	<b>Eriandoan daudenak /</b> Persona en situación de convalecencia
<input type="checkbox"/>	<b>Bizitzaren amaieran daudenak/terminalak /</b> Persona en situación de final de vida/terminal
<input type="checkbox"/>	<b>Beste talde bat: tratu txarren bidezko indarkeria, sozialki baztertutako pertsonak edo horretarako arriskuan daudenak</b> Otro grupo: violencia de maltrato, persona en riesgo o situación de exclusión social.

### KASUAREN KUDEAKETA / GESTIÓN DEL CASO

Alderdi sanitarioaren arduraduna / Responsable a nivel sanitario:
Alderdi sozialaren arduraduna / Responsable a nivel social:
Kasuaren kudeatzailea / Gestor del caso:

### INTERBENTZIO PLANA / PLAN DE INTERVENCIÓN

DATA / FECHA:..... / ..... / .....	
<input type="checkbox"/>	<b>Etxeko alta /</b> Alta a domicilio
<input type="checkbox"/>	<b>Laguntza teknikoa etxean /</b> Ayuda técnica en domicilio
<input type="checkbox"/>	<b>Behin-behineko egonaldira bideratzea /</b> Derivación a estancia temporal
<input type="checkbox"/>	<b>Egoitza batera bideratzea /</b> Derivación a Centro Residencial
<input type="checkbox"/>	<b>Etxeko laguntzaren zerbitzua gauzatzea /</b> Articulación de Servicio de ayuda a domicilio
<input type="checkbox"/>	<b>Eguneko centro batera bideratzea /</b> Derivación a Centro de Día
<input type="checkbox"/>	<b>Zentro soziosanitario batera bideratzea /</b> Derivación a Centro Sociosanitario
<input type="checkbox"/>	<b>Ospitaleko egonaldi erdira bideratzea /</b> Derivación a Media Estancia Hospitalaria
<input type="checkbox"/>	<b>Pazientearen/familiaren ezetza /</b> Negativa de paciente/familiar
<input type="checkbox"/>	<b>Beste batzuk (pazientearen heriotza...)/</b> Otros (Fallecimiento del paciente....)

### KASUAREN JARRAIPENA / SEGUIMIENTO DEL CASO

<input type="checkbox"/>	<b>Ez dago beharrik (behin betiko amaiatuta) /</b> No precisa (resolución definitiva)
<input type="checkbox"/>	<b>Giren eta LMTren arteko jarraipen-harremana aldian-aldian</b> Contacto periódico de seguimiento entre TS y EAP

<b>ANEXO V.- FICHA DE SEGUIMIENTO Y CONTROL DE TODOS LOS CASOS (EAPSOSA y GRUPO RECTOR)</b>
---

Dimensión 1. Indicadores de entrada	N
Número de casos activos	
Número de casos nuevos	
<b>Número total de casos</b>	
Dimensión 2. Indicadores de proceso	
Número de casos comunicados por servicios sanitarios	
Número de casos comunicados por servicios sociales	
Número de casos sin respuesta en 48h/72h por servicios sanitarios	
Número de casos sin respuesta en 48h/72H por servicios sociales	
Dimensión 3. Indicadores de resultado	
Número de casos con plan de intervención conjunto	

Tipología de casos	N
<b>1. PERSONAS CON TRASTORNOS MENTALES</b>	
Número de personas con trastornos mentales	
<b>2. PERSONAS EN RIESGO DE EXCLUSIÓN Y DESPROTECCIÓN</b>	
Número de niños/as en situaciones de riesgo, desprotección o maltrato infantil	
Número de personas dependientes en situación de negligencia en la atención, abandono y maltrato	
Número de personas en situación de riesgo, desprotección o maltrato en situaciones de violencia de género (inmigrantes)	
<b>3. PERSONAS CON DISCAPACIDAD Y/O EN SITUACIÓN DE DEPENDENCIA</b>	
Número de personas en situación de discapacidad y/o dependencia	
Número de personas con necesidades al final de la vida	
Número de personas cuidadoras de personas en situación de discapacidad y/o dependencia	
<b>4. NIÑOS Y NIÑAS CON NECESIDADES ESPECIALES: ATENCIÓN TEMPRANA</b>	
Número de niños con necesidades especiales: Atención temprana	
<b>5. OTROS COLECTIVOS</b>	
Número de personas con enfermedades poco frecuentes y necesidades sociosanitarias	
Número de personas trasplantadas con necesidades sociosanitarias	
<b>Número total de casos</b>	