

Protocolo de Valoración Global de Pacientes

DIRIGIDO A DETECTAR EL RIESGO SOCIAL
Y GARANTIZAR LA CONTINUIDAD
DE CUIDADOS AL ALTA

COMISIÓN DE COORDINACIÓN SOCIO SANITARIA
DEL ÁREA DE SALUD DE SALAMANCA

**Protocolo de valoración global
de pacientes dirigido a detectar
el riesgo social
y garantizar la continuidad
de cuidados al alta**

Protocolo de valoración global de pacientes dirigido a detectar el riesgo social y garantizar la continuidad de cuidados al alta

Comisión de Coordinación Sociosanitaria del Área de Salud de Salamanca

2009



Edita
Junta de Castilla y León

© **Consejería de Sanidad**
Dirección General de Planificación y Ordenación

Diseño y Maquetación
ja!diseño

Impresión

Depósito legal
VA-XXX/XX

Presentación

La sociedad de Castilla y León, como en el resto de España, ha experimentado en los últimos años profundos cambios sociofamiliares, demográficos, sanitarios y económicos, que derivan en nuevas necesidades de los ciudadanos, y que requieren actuaciones de naturaleza intersectorial que permitan la atención y prestación de servicios de manera eficiente y coordinada.

La sociedad castellana y leonesa se caracteriza por un importante índice de envejecimiento, lo que conlleva un significativo número de enfermos crónicos y de dependientes. Esta población, especialmente vulnerable, necesita una atención acorde con sus características, lo cual es a menudo complejo. Por eso ha sido necesario definir un modelo de coordinación sociosanitaria para nuestra comunidad, orientado a ofrecer a cada persona la atención que precisa.

La Junta de Castilla y León, para dar una respuesta integral a la salud en su triple dimensión, física, mental y social, creó las estructuras de coordinación sociosanitaria en 2004, que facilitan la cooperación entre los sistemas de salud y de acción social, en aquellos casos en los que las personas tienen necesidad de ambas atenciones. Desde entonces, hemos comprobado los efectos positivos de esta metodología de trabajo sinérgica en la que están participando los profesionales de nuestra comunidad, ofreciendo una atención sin parcelar y global.

Fruto del trabajo coordinado de profesionales del sistema de salud y de los servicios sociales es el «Protocolo de valoración global de pacientes dirigido a detectar el riesgo social y garantizar la continuidad de cuidados al alta», que ahora presentamos y que se aplicará de forma generalizada en todo el Área de Salud de Salamanca.

Este documento, realizado por la Comisión de Coordinación de Salamanca en colaboración con el Grupo de Trabajo establecido al efecto, pretende ser una herramienta de trabajo que

oriente la tarea diaria de los profesionales implicados en el proceso de atención, mejorando la calidad de los servicios a las personas que precisen de la intervención los sistemas Sanitario y Social, así como de los distintos niveles asistenciales, Primaria y Especializada.

Factores de riesgo social son, en sentido amplio, aquellos rasgos vinculados a variables sociales que aumentan la vulnerabilidad de las personas. La aplicación de este protocolo va a resultar de gran utilidad para detectar precozmente, durante la hospitalización, las situaciones de riesgo social. En un segundo término asegurará la continuidad de cuidados tras el alta entre Atención Especializada y Atención Primaria, y con el Sistema de Servicios Sociales.

Esta publicación va a dar cumplimiento a un objetivo fundamental de la coordinación sociosanitaria, que es estimular la cooperación entre los profesionales de los diferentes sectores implicados, pero también es un instrumento que intenta facilitar su trabajo habitual y cotidiano, en un afán por lograr que todas las personas puedan vivir con calidad y sin que nadie vea vulnerados sus derechos. Es responsabilidad de todos lograr este objetivo que es una de las prioridades de la política sanitaria de la Junta de Castilla y León.

Francisco Javier Álvarez Guisasola
Consejero de Sanidad de la Junta de Castilla y León

Índice



1.	INTRODUCCIÓN	11
	1.1. La continuidad asistencial y la continuidad de cuidados	11
	1.2. Oportunidades de la continuidad de cuidados	12
2.	MARCO NORMATIVO	14
3.	ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN EN EL ÁREA DE SALUD DE SALAMANCA ...	15
4.	OBJETIVOS GENERALES	16
5.	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	17
6.	FACTORES DE RIESGO SOCIAL Y POBLACIÓN DIANA	18
7.	INTERLOCUTORES DEL CIRCUITO	20
8.	ACTIVIDADES	21
	8.1. De los profesionales de Atención Especializada	21
	8.2. De los profesionales de Atención Primaria	23
	8.3. Actividades comunes de los profesionales de atención primaria y atención especializada	23
9.	DIAGRAMA DE FLUJO: CIRCUITO DEL PROCESO DE DETECCIÓN, VALORACIÓN Y CONTINUIDAD DE CUIDADOS	25
10.	DIAGRAMA DE FLUJO: CIRCUITO PARA LA TRANSMISIÓN DE INFORMACIÓN	26
11.	SISTEMAS DE REGISTRO E INFORMACIÓN	27
12.	IMPLANTACIÓN DEL PROTOCOLO	28

13.	EVALUACIÓN DEL PROTOCOLO	29
13.1.	Responsables de la evaluación	29
13.2.	Indicadores	30

ANEXOS

I.	Cuestionario de detección de riesgo social al ingreso hospitalario	31
II.	Informe de alta de enfermería	33
III.	Informe sociosanitario	35
IV.	Atención primaria. Relación de profesionales del trabajo social: SACYL y centros de acción social (Ayuntamiento y Diputación)	37
V.	Atención primaria. Relación de coordinadores y responsables de enfermería	43
VI.	Atención especializada. Relación de supervisoras de planta	47
VII.	Atención especializada. Relación de profesionales del trabajo social	51

Prólogo



Condicionantes como el envejecimiento de la población, la aparición de nuevas patologías, la cronificación de procesos, la necesidad de atención domiciliaria, los cambios en los perfiles familiares –que disminuyen la disponibilidad de cuidadores–, las nuevas demandas sociales, etc., han aumentado los requerimientos de los ciudadanos a los sistemas sanitarios, de los que esperan continuidad y coordinación en la provisión de servicios.

Como consecuencia de estas demandas surge este Protocolo el cual es producto de la actividad que, en materia de coordinación sociosanitaria, viene desarrollándose en el Área de Salud de Salamanca, con el compromiso de garantizar la continuidad de cuidados entre los niveles asistenciales, pretendiendo ser una herramienta que facilite la labor diaria de los profesionales implicados en el proceso, siempre orientado a una mejora en la calidad de la atención y primando el interés del paciente.

Las bases de este documento se gestaron en el seno de la Comisión de Coordinación Sociosanitaria, gracias a las contribuciones de sus miembros:

- D. José Ángel Martín Oterino. Gerencia de Atención Especializada.
- D. José Ignacio Herrero Herrero. Gerencia de Atención Especializada.
- D. José Luis Ramos Castellano. Gerencia de Atención Especializada.
- D^a M^a Jesús Morán Corredera. Gerencia de Atención Primaria.
- D. José M^a Sánchez Martín. Gerencia de Atención Primaria.
- D^a M^a Ángeles Rivera Ríos. Gerencia Territorial de Servicios Sociales.

D^a Carmen García García. Gerencia Territorial de Servicios Sociales.

D^a Teresa Alfonso González. Ayuntamiento de Salamanca.

D^a Alejandrina García Muñoz. Ayuntamiento de Salamanca.

D^a Pilar Lorenzo Blanco. Centro Base de Atención a Minusválidos.

D. Rafael Sánchez Vázquez. Comisionado Regional para la Droga.

D. Fco. Javier Palacín Vega. Comisionado Regional para la Droga.

D. Juan Carlos Ibáñez Martín. Servicio Territorial de Sanidad.

D^a Mercedes Martínez Manuel. Diputación Provincial. Coordinadora del Plan de Atención Sociosanitario.

Dado que el objetivo final debía ser la elaboración de un «Protocolo de valoración global de los pacientes dirigido a detectar el riesgo social y garantizar la continuidad de cuidados al alta», la Comisión de Coordinación Sociosanitaria consideró que éste debía ser realizado por un equipo multidisciplinar integrado por profesionales con experiencia y responsabilidad en el campo del Trabajo Social, la Enfermería y la Medicina, tanto de la Gerencia de Atención Especializada como de la Gerencia de Atención Primaria, siendo la citada Comisión el marco de referencia en el que pudiera integrarse dicho objetivo y hacer efectivos los procesos de coordinación que del mismo derivaran.

Por tanto, nuestro agradecimiento a los profesionales que han colaborado y se han implicado para que este documento fuera una realidad:

D. Florentino Teijeiro Bermejo. Gerencia de Atención Especializada.

D. Nicanor Zapico Álvarez. Gerencia de Atención Especializada.

D. Carlos Hernán Moreno. Gerencia de Atención Especializada.

D^a M^a Dolores Miñambres Miñambres. Gerencia de Atención Especializada.

D^a Águeda Agustín Sánchez. Gerencia de Atención Especializada.

D^a M^a Trinidad Aybar Zurita. Gerencia de Atención Especializada.

D^a M^a Teresa Martín Cano. Gerencia de Atención Especializada.

D^a Isabel Velázquez San Francisco. Gerencia de Atención Primaria.

D. Jesús Martín Chaves. Gerencia de Atención Primaria.

Introducción



Con el fin de elevar el nivel de salud de la población y de dar respuesta a las necesidades derivadas del aumento de la demanda social, resulta imprescindible la existencia de una adecuada coordinación entre los distintos niveles implicados en el sistema sanitario.¹

La emergencia, además, de un perfil de pacientes en los que la efectividad en la resolución de sus problemas de salud está condicionada por la necesidad de prestaciones de servicios sanitarios y sociales² pone de relieve la importancia de estimular «una cooperación multiprofesional entre los servicios de diferentes sectores en diversas disciplinas» y de asegurar «la continuidad de los cuidados con el fin de impedir tanto solapamientos como carencias en los servicios».³

1.1. La continuidad asistencial y la continuidad de cuidados

Los procesos de enfermedad representan una situación puntual en el ciclo vital de los individuos. Por tanto, los profesionales de la atención primaria y especializada han de constituir un

1. Junta de Castilla y León, Consejería de Sanidad y Bienestar Social. Plan de Salud de Castilla y León. Intervenciones de apoyo al sistema sanitario, 1988.
2. Junta de Castilla y León, Consejería de Sanidad, Dirección General de Planificación y Ordenación. II Plan Sociosanitario de Castilla y León, Objetivos y líneas estratégicas, 2003; pp: 88-89. (Un resumen / revisión conceptual y metodológico sobre el tema de las unidades hospitalarias de continuidad asistencial puede consultarse en este texto).
3. Sexta Conferencia de los Ministros Europeos de Sanidad: «El envejecimiento en el siglo XXI: necesidad de un enfoque equilibrado para un envejecimiento con buena salud», Atenas, abril de 1999.

sistema único, para que la enfermedad no signifique una ruptura en la situación psicológica y social de los ciudadanos que son atendidos por el sistema sanitario público. Hablamos así de continuidad asistencial, que Martín Zurro define como la «atención a lo largo de la vida de las personas en sus distintos ámbitos (...) y en cualquier circunstancia (...)».

Hoy, la continuidad asistencial está dejando de ser un tema de debate exclusivo de gestores y clínicos, forma parte de las demandas y exigencias de los ciudadanos, y constituye uno de los principales retos de la provisión de los servicios sanitarios.⁴

La continuidad asistencial implica una coordinación de cuidados y ésta se apoya en una información compartida y en una asistencia protocolizada, constituyendo en el momento actual, las nuevas tecnologías de la información (telemedicina –historia clínica electrónica,...–) y las nuevas formas de gestión (por procesos) los instrumentos imprescindibles y adecuados para su práctica.⁵

La continuidad de cuidados al alta hospitalaria que ahora abordamos constituye un proceso asistencial específico dirigido a los usuarios hospitalizados y portadores de riesgo social.

1.2. Oportunidades de la continuidad de cuidados

La evidencia empírica avala que los sistemas con estructuras que favorecen el mayor grado de continuidad asistencial presentan:

1. Mayor satisfacción del usuario (menos reclamaciones por servicios prestados).

4. Resulta, asimismo, significativo que en el «Estudio cualitativo de consenso sobre detección de necesidades socio-sanitarias en Castilla y León y propuestas de actuación» la falta de estrategias (estructuras, procedimientos, canales) de coordinación figuren entre las necesidades más apreciadas por los panelistas (Junta de Castilla y León, Consejería de Sanidad, Dirección General de Planificación y Ordenación. II Plan Sociosanitario de Castilla y León, Estudio cualitativo de consenso sobre detección de necesidades socio-sanitarias en Castilla y León y propuestas de actuación, 2003; pp: 147 y ss.)

5. El desarrollo de la gestión por procesos y la gestión de casos, así como la implantación de sistemas de información compartidos forman parte de los objetivos y líneas estratégicas que incluye el II Plan Sociosanitario de Castilla y León (Junta de Castilla y León, Consejería de Sanidad, Dirección General de Planificación y Ordenación. II Plan Sociosanitario de Castilla y León, Objetivos y líneas estratégicas, 2003; pp: 61-65).

2. Menores costes económicos y de sobrecarga asistencial (reducción de días de hospitalización, permanencia del paciente el mayor tiempo posible en su domicilio, organización de los recursos para el apoyo domiciliario, personalización de la atención,...).
3. Mejores resultados en salud.
4. Mejor comunicación entre niveles asistenciales (unificación de las intervenciones / cuidados, espacios de formación compartidos...).
5. Más equidad (menores desigualdades).⁶

6. Gálvez Ibáñez, M. Continuidad asistencial. Análisis conceptual, de los actores y amenazas. Propuestas y alternativas. Medicina de Familia (And) 2003; 4(1): 58-66.

Marco normativo

2

La Ley de Ordenación del Sistema Sanitario en Castilla y León recoge la necesidad de garantizar la coordinación y continuidad de las actuaciones asistenciales en el Área de Salud.⁷

La Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud establece que la Atención Especializada garantizará la continuidad de la atención integral del paciente, una vez superadas las posibilidades de la Atención Primaria y hasta que puedan reintegrarse a dicho nivel.⁸

Asimismo, la Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias precisa que el ejercicio de las mismas ha de realizarse de acuerdo a diferentes principios generales, entre los que se incluye «la continuidad asistencial de los pacientes (...) requiriendo, en cada ámbito asistencial, la existencia de procedimientos, protocolos de elaboración conjunta e indicadores para asegurar esta finalidad.»⁹

En la misma línea, el II Plan Sociosanitario de Castilla y León¹⁰ recoge la necesidad de realizar una valoración integral del paciente, multiprofesional, garantizando la comunicación y continuidad de cuidados entre niveles asistenciales y con el ámbito social.

7. Ley 1/1993 de 6 de abril, Título IV, Capítulo II, art. 21.7 y 22.2.

8. Ley 16/2003 de 28 de mayo, art. 13.1.

9. Ley 44/2003 de 21 de noviembre, Título I, art. 4.7 d).

10. Decreto 59/2003, de 15 de mayo.

Análisis de la situación en el área de salud de Salamanca

3

Los antecedentes mencionados motivaron que la Comisión de Coordinación Sociosanitaria realizase un análisis de la situación en el Área de Salud relativo a los aspectos que a continuación se relacionan:

1. Enumeración de problemas que se derivan de una ruptura en la continuidad.
2. Esquema de las posibles soluciones a este problema, que defina los elementos esenciales necesarios. Por ejemplo, si hace falta o no:
 - a. Un sistema de detección de riesgo social, un sistema para hacer una valoración global.
 - b. Un sistema de coordinación y derivación a Atención Primaria que mantenga la continuidad.
 - c. Un sistema de atención al cuidador.
3. Interlocutores responsables del diseño del protocolo en Atención Especializada.

Dicho análisis se realizó recogiendo las opiniones de responsables y miembros de unidades hospitalarias locales implicadas en actuaciones de apoyo al alta y de valoración de riesgo social al ingreso (Servicios de Atención al Paciente del Hospital Universitario de Salamanca –Hospital Clínico y Hospital Los Montalvos–).

Las conclusiones de este análisis orientaron la necesidad de establecer un procedimiento técnico y organizativo que garantizase la detección precoz de riesgo social, la valoración multidisciplinar y la continuidad de cuidados al alta hospitalaria.

Objetivos generales

4

-
1. Detectar precozmente, durante la hospitalización, las situaciones de riesgo social.
 2. Asegurar la continuidad de cuidados tras el alta entre Atención Especializada y Atención Primaria, y con el Sistema de Servicios Sociales.
 3. Estimular la cooperación entre los profesionales de los diferentes sectores implicados.
-

Objetivos específicos

5

1. Identificar, durante las primeras horas del ingreso, a los pacientes con sospecha de riesgo social.
2. Realizar una valoración global multidisciplinar de estos casos seleccionados, que incluya los aspectos médicos y sociales.
3. Movilizar y tramitar precozmente los recursos sociales en las situaciones en que se precise.
4. Protocolizar el intercambio de información, entre los distintos estamentos asistenciales implicados en el caso:
 - a. Creando circuitos eficaces de comunicación.
 - b. Diseñando o adaptando los instrumentos (documentos, procedimientos,...) necesarios para el intercambio de información.
5. Asegurar la adaptación de los procedimientos, protocolos, programas,... en uso tanto en Atención Primaria como en Especializada con el Protocolo de Continuidad de Cuidados.
6. Incrementar el nivel de información y formación de los profesionales.

Factores de riesgo social y población diana



Riesgo significa «contingencia o proximidad de un daño».¹¹

David Hawkins considera *factor de riesgo* «a cualquier circunstancia o evento de naturaleza biológica, psicológica o social cuya presencia o ausencia modifica la probabilidad de que se presente un problema determinado en una persona o comunidad.»¹²

Factores de riesgo social son, en sentido amplio, aquellas características o rasgos vinculados a variables sociales que aumentan la vulnerabilidad de las personas para desarrollar enfermedades o daños.

A efectos operativos, en el contexto del protocolo que se desarrolla, se consideran *portadores de riesgo social* aquellos pacientes que en el momento del ingreso o en el curso de su hospitalización y en función de la patología sobrevenida se presupone que no podrán asumir al alta hospitalaria, por su discapacidad y/o por carecer de un apoyo familiar o social suficiente, los cuidados personales generales básicos¹³ y/o los derivados de su patología.

Serán factores de riesgo específicos a considerar:

1. De carácter personal / individual:

11. Diccionario de la R.A.E.

12. David Hawkins,

13. Higiene, alimentación, eliminación, movilización.

- a. Dependencia funcional previa para la realización de actividades de vida diaria (personas mayores con pluripatología, demencia, enfermedad mental grave y prolongada,... o afectados por cualquier otra discapacidad física o psíquica).
 - b. Patología crónica con ingresos hospitalarios frecuentes.
 - c. Ictus.
 - d. Úlceras por presión.
 - e. Intervenciones quirúrgicas y fracturas de cadera en ancianos.
2. De carácter sociofamiliar:
- a. Pacientes cuyo cuidador principal no pueda prestarles los cuidados que precisan por razón de edad, patología, etc.
 - b. Que vivan solos, en situación de aislamiento social, con carencia de red de apoyo social,....
3. De contexto:
- a. Insuficiencia o carencia de recursos.
 - b. Falta de vivienda o condiciones deficientes de ésta (respecto a la habitabilidad, salubridad, barreras arquitectónicas,...).

Interlocutores del circuito



1. En Atención Especializada:
 - a. Enfermero/a.
 - b. Supervisor/a de enfermería.
 - c. Médico especialista responsable del paciente.
 - d. Trabajador/a Social.

2. En Atención Primaria:
 - a. Responsable de enfermería.
 - b. Médico de Atención Primaria y enfermero/a del paciente.
 - c. Trabajador/a Social del Sacyl.
 - d. Trabajador/a Social de Servicios Sociales.
 - e. Sanitario responsable del Equipo de Coordinación de Base.

Actividades

8

8.1. De los profesionales de atención especializada

Captación, estudio del caso y planificación de cuidados al alta hospitalaria

El personal de enfermería efectuará al ingreso del paciente la Historia de Enfermería, aplicando la escala de valoración de riesgo socio-familiar (Escala Gijón), incluida en el apartado correspondiente de la aplicación informática. (Anexo I).

En caso de detectar riesgo, será informada la Supervisora de la Unidad quien trasladará la ficha de «Comunicación de riesgo social» al profesional del Trabajo Social del hospital, por correo electrónico, y éste promoverá una reunión del equipo multidisciplinar para valorar la necesidad de apoyo al alta.

El profesional del Trabajo Social, realizará las entrevistas necesarias con el paciente y/o sus familiares con el fin de obtener la información necesaria y concertará, las reuniones oportunas con los profesionales de la medicina, enfermería y trabajo social implicados en el caso, con el fin de efectuar la valoración conjunta de los problemas sanitarios, familiares y sociales del paciente, de planificar los cuidados al alta hospitalaria, y de orientar los recursos sociales que se precisen, coordinándose con las trabajadoras Sociales de Atención Primaria (SACYL y CEAS) en la gestión de prestaciones para que éstas estén programadas en el momento de su salida del hospital.

Previamente al alta, la Supervisora de la Unidad en Atención Especializada contactará telefónicamente con el Responsable de Enfermería de Atención Primaria con los objetivos de:

1. Informar de la situación del paciente y de los cuidados previstos.
2. Intercambiar información acerca de las necesidades de adaptación del plan de cuidados en función de las nuevas condiciones del enfermo.
3. Informar, si fuera necesario, de las necesidades de material sanitario que se precise para los cuidados del paciente. (Acompañará al paciente al alta el material necesario que garantice la continuidad de cuidados hasta la disponibilidad del mismo en Atención Primaria.)

Informes: cumplimentación y envío

Los Informes de Alta Médico y de Enfermería se entregarán al paciente.

El Informe de Alta de Enfermería (Anexo II) deberá contener suficientemente pormenorizados los apartados correspondientes a los cuidados al alta hospitalaria, así como el nombre y teléfono de contacto del profesional de referencia para facilitar la comunicación con el correspondiente en Atención Primaria.

El profesional del Trabajo Social a cargo del caso en el hospital realizará un Informe Sociosanitario (Anexo III) que se remitirá vía fax al Responsable de Enfermería de Atención Primaria y al profesional del Trabajo Social de los Servicios Sociales (Centros de Acción Social –CEAS– de la Diputación y del Ayuntamiento de Salamanca y Unidades de Trabajo Social de los Ayuntamientos con Convenio de Colaboración con la Diputación –UTS–) y de SACYL.

La información básica que se hará constar en el Informe Sociosanitario será la siguiente.

1. Datos de identificación del paciente.
2. Datos de identificación y localización del profesional del trabajo social de referencia.
3. Problemas sociosanitarios detectados.
4. Intervenciones realizadas en Atención Especializada.
5. Riesgos potenciales. Problemas no resueltos.
6. Propuesta.

Formación

Desde Atención Especializada, antes del alta, se facilitará formación a los profesionales sanitarios de Atención Primaria en el manejo de técnicas o instrumentos terapéuticos especiales, en aquellos casos en los que la continuidad de cuidados requiera procedimientos o materiales de utilización compleja o inhabitual en Atención Primaria.

8.2. De los profesionales de Atención Primaria

El Responsable de Enfermería del Centro de Salud al que pertenece el paciente:

1. Localizará a los profesionales sanitarios a los que figure adscrito el paciente para comunicarle el alta.
2. Derivará el caso al profesional sanitario designado en el Equipo de Coordinación de Base.
3. Entregará el Informe Sociosanitario al sanitario que forma parte del Equipo de Coordinación de Base (ECB).

Los profesionales sanitarios responsables de la atención al paciente realizarán una primera visita domiciliaria al mismo en el plazo de 24 horas.

El sanitario del Equipo de Coordinación de Base y/o el profesional de trabajo social del Sacyl reunirá a los miembros del ECB para realizar el estudio de gestión de caso y la planificación de cuidados, si fuera necesario.

8.3. Actividades comunes de los profesionales de Atención Especializada y Atención Primaria

1. Intercambiar información vía telefónica durante el proceso de hospitalización y planificación de cuidados.

2. Comunicar los cambios de profesionales de referencia en ambos niveles.
 - a. La Dirección de Enfermería de Atención Especializada mantendrá actualizado el directorio (nombres y teléfonos) de las Supervisoras y transmitirá esa información a la Dirección de Enfermería de Atención Primaria quién, a su vez, la trasladará a los Centros de Salud.
 - b. La Gerencia de Atención Primaria comunicará a la dirección de Enfermería de Atención Especializada los cambios de profesionales Coordinadores y Responsables de Enfermería en los Centros de Salud.

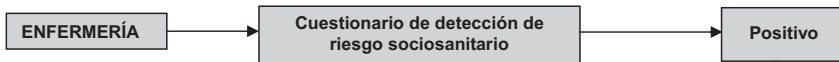
3. Tramitación coordinada de los recursos sociales que el paciente pueda precisar:
 - a. En el supuesto de que el paciente con riesgo social regrese a su domicilio habitual, desde Atención Especializada se movilizarán los recursos sociales idóneos para la resolución del caso. Estos recursos habrán de ser gestionados por los profesionales del trabajo social de los Servicios Sociales y de Sacyl, contando en todo momento con la colaboración de los profesionales de trabajo social de Atención Especializada.
 - b. En el caso de que un paciente con riesgo social no pudiera regresar a su domicilio habitual o a un domicilio de referencia que garantice la continuidad de cuidados, desde Atención Especializada se movilizarán los recursos sociales idóneos para la resolución del caso. Estos recursos habrán de ser gestionados por los profesionales del trabajo social de Atención Especializada, contando en todo momento con la colaboración de los profesionales de trabajo social de Servicios Sociales y del Sacyl.

Diagrama de flujo: circuito del proceso de detección, valoración y continuidad de cuidados

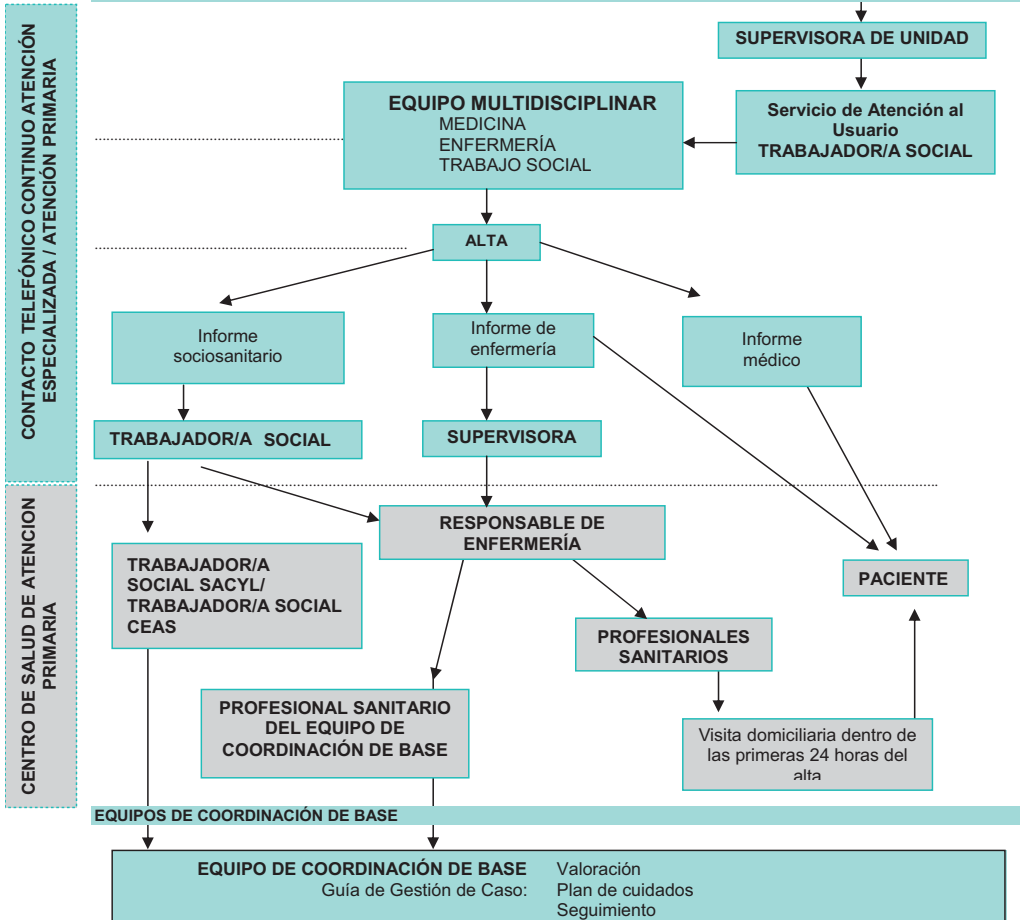


CENTRO HOSPITALARIO: INGRESO DEL PACIENTE

FASE DE DETECCIÓN :



FASE DE PLANIFICACIÓN DEL ALTA

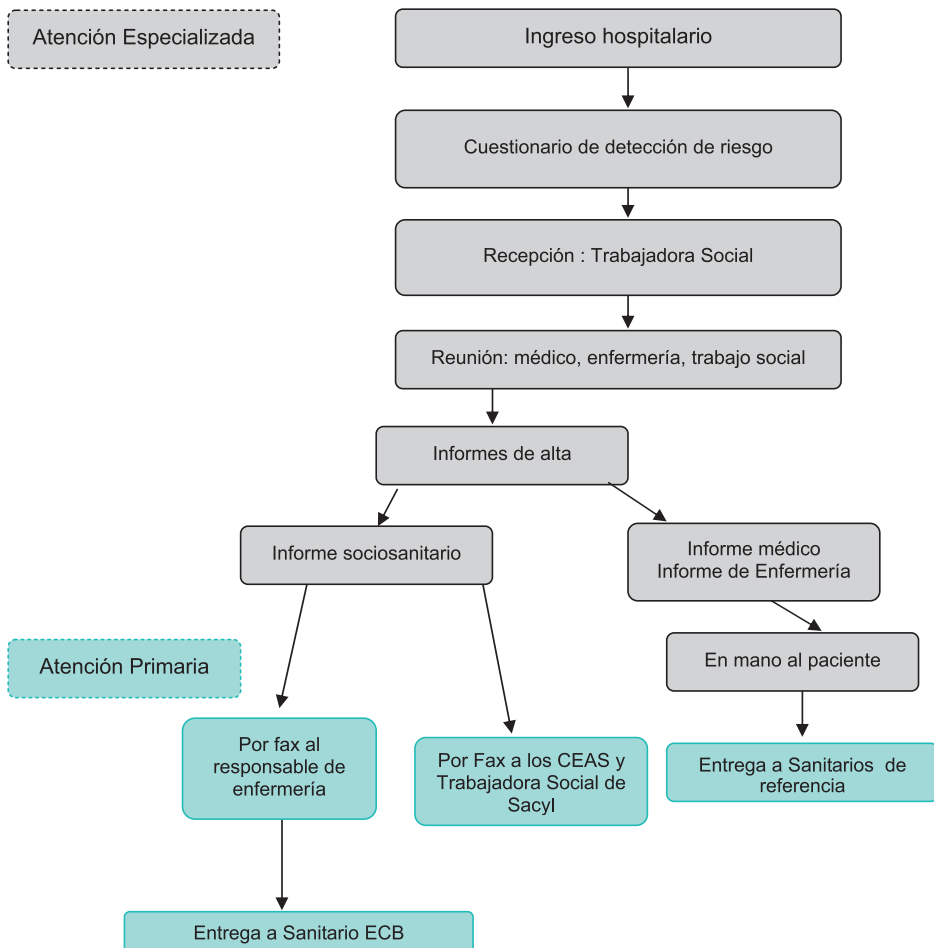


CONTACTO TELEFÓNICO CONTINUO ATENCIÓN ESPECIALIZADA / ATENCIÓN PRIMARIA

CENTRO DE SALUD DE ATENCIÓN PRIMARIA

Diagrama de flujo: circuito para la transmisión de información

10



Sistemas de registro e información



1. Cuestionario de detección de riesgo social al ingreso hospitalario.
2. Informe médico de alta.
3. Informe de enfermería.
4. Informe sociosanitario.
5. Listado de profesionales sanitarios de referencia en el protocolo: Coordinadores y Responsables de enfermería de los Centros de Salud y Supervisoras hospitalarias.
6. Listado de profesionales del Trabajo Social, teléfonos y fax de los Centros de Acción Social y de Sacyl.
7. Circuito de modificación de cambios de profesionales.

Implantación del protocolo

12

**Este Protocolo se aplicará de forma generalizada
en el Área de Salud de Salamanca
a partir de la fecha que consta en la firma.**

Evaluación del protocolo

13

El presente protocolo será revisado al año de su implantación o en cualquier momento a petición de alguna de las partes implicada en su desarrollo.

13.1. Responsables de la evaluación

Los responsables de la obtención de los datos serán:

1. La Dirección de Enfermería de Atención Especializada.
2. La Dirección de Enfermería de Atención Primaria.
3. El profesional del Trabajo Social del Servicio de Atención al Usuario.
4. La Comisión de Coordinación Sociosanitaria.

Obtenidos los datos, éstos se remitirán al Secretario de la Comisión de Coordinación.

El Grupo de Trabajo para la elaboración de este Protocolo será el responsable de realizar la evaluación.

13.2. Indicadores

Nº de encuestas de riesgo social cumplimentadas x 100 /
/ Nº de Historias de Enfermería

Nº de pacientes con riesgo social identificados al ingreso x 100 /
/ Nº de encuestas cumplimentadas

Nº de pacientes con riesgo social identificados al ingreso x 100 /
/ Nº de ingresos hospitalarios

Nº de interconsultas remitidas al Servicio de Atención al Usuario x 100 /
/ Nº de pacientes con riesgo social identificados al ingreso

Nº de pacientes en los que se descarta riesgo social por el SAU x 100 /
/ Nº de interconsultas remitidas al SAU

Nº de pacientes con riesgo social que pasó desapercibido al ingreso /
/ Nº de pacientes con riesgo social identificados al ingreso

Nº de pacientes incluidos en protocolo con los tres informes completos x 100 /
/ Nº de pacientes con riesgo social identificados al ingreso

Nº total de altas que recibidas en Primaria x 100 /
/ Nº de altas programadas con riesgo social

Nº total de visitas domiciliarias a las 24 h x 100 /
/ Nº de altas recibidas en Atención Primaria

Nº de pacientes con riesgo social que pasan a gestión de caso en el ECB x 100 /
/ Nº de altas recibidas en Atención Primaria

Detección de riesgo social al ingreso hospitalario: Escala Gijón

Población Diana: Todos los pacientes hospitalizados

SITUACIÓN FAMILIAR

Vive con familia sin dependencia física / psíquica	1
Vive con cónyuge de similar edad	2
Vive con familia y/o cónyuge y presenta algún grado de dependencia	3
Vive solo y tiene hijos próximos	4
Vive solo y carece de hijos o viven alejados	5

SITUACIÓN ECONÓMICA

Más de 1,5 del salario mínimo	1
Desde de 1,5 veces el salario mínimo hasta el salario mínimo exclusive	2
Desde el salario mínimo a pensión mínima contributiva.....	3
LISMI-FAS - Pensión no contributiva.....	4
Sin ingresos o inferiores al apartado anterior	5

VIVIENDA

Adecuada a las necesidades.....	1
Barreras arquitectónicas en vivienda o portal de la casa (peldaños, puertas estrechas, baños...)	2
Humedades, mala higiene. Equipamiento inadecuado (sin baño completo, agua caliente, calefacción...)	3
Ausencia de ascensor y teléfono.....	4
Vivienda inadecuada (chabolas, declarada en ruina, ausencia de equipamientos mínimos).....	5
Adecuada a las necesidades.....	1

RELACIONES SOCIALES

Relaciones sociales	1
Relación social solo con familia y vecinos.....	2
Relación social solo con familia o vecinos.....	3

No sale del domicilio, recibe visitas4
No sale y no recibe visitas5

APOYO DE LA RED SOCIAL

Con apoyo familiar y vecinal1
Voluntariado social, ayuda domiciliaria.....2
No tiene apoyo3
Pendiente de ingreso en residencia geriátrica4
Necesita cuidados permanentes5

El punto de corte para la detección de riesgo social es 16

No riesgo social < 16

Riesgo social = ó > 16 —————> Interconsulta Asistente Social



Informe de alta de enfermería (modelo de informe de enfermería correspondiente al Programa Gacela)

Unidad:	<input type="text"/>	Nº Historia:	<input type="text"/>	Sexo:	<input type="text"/>
Enfermera:	<input type="text"/>	Nº Episodios:	<input type="text"/>	Edad:	<input type="text"/>
Fecha de Alta:	<input type="text"/>	Apellidos:	<input type="text"/>	Nº Clas:	<input type="text"/>
		Nombre:	<input type="text"/>		
		Alergias:	<input type="text"/>		

Informe de alta de enfermería

Problemas surgidos desde el ingreso:

Fecha aparición:

Fecha resolución:

Problemas resueltos:

Problemas pendientes:

Recomendaciones adicionales:

Comentarios:



PACIENTE

Nombre y Apellidos:

Dirección: Provincia:

Fecha de nacimiento: Teléfono:

Trabajadora Social:

Teléfono de contacto:

Fecha del Informe:

PROBLEMAS DETECTADOS

INTERVENCIONES REALIZADAS

RIESGOS POTENCIALES. PROBLEMAS NO RESUELTOS

PROPUESTAS

Fdo. Profesional del Trabajo Social

ANEXO IV

Atención primaria. Relación de profesionales del trabajo social: SACYL y centros de acción social (Ayuntamiento de Salamanca y Diputación)

Profesionales del trabajo social SACYL

ZONA BASICA DE SALUD	TELÉFONO	DIAS	TRABAJADORA SOCIAL
ALAMEDILLA	923 12 65 99	L-V	
GARRIDO SUR		L-V	M^a JESÚS MORAN
CANTALAPIEDRA	923 53 02 61	1 vez al mes, L-V	CORREDERA
LINARES DE RIOFRIO	923 41 62 87	1 vez al mes, L-V	
SAN JUAN	923 25 59 94	L-J	
GARRIDO NORTE	923 24 00 51	X-V	CONCEPCIÓN
SANTA MARTA	923 13 01 80	M	MORENO MACARRO
PEDROSILLO	923 35 40 38	1 vez al mes	
SAN BERNARDO	923 29 09 70	L-J	
PIZARRALES	923 23 26 30	M	GRACIA
CALZADA	923 31 02 78	2º X mes	ALBA
LEDESMA	923 57 00 29	3º X mes	GONZÁLEZ
VILLORIA	923 35 66 77	4º X mes	
CAPUCHINOS	923 20 50 90	V	
CIUDAD RODRIGO	923 48 14 14	L-J	
FUENTES OÑORO	923 48 77 23	L-J	
LA FUENTE S.E.	923 44 10 01	L-J	M^a JESÚS
ROBLEDA	923 48 62 51	L-J	MELCHOR APARICIO
FUENTEGUINALDO	923 47 14 78	L-J	
PERIURB. NORTE	923 12 22 80	V	
VITIGUDINO	923 50 05 64	M-J	
LUMBRALES	923 51 25 99	M-J	
ALDEADAVILA	923 50 51 61	M-J	CARMEN
SANCTI-SPIRITUS	923 21 12 46	X y V	RUIZ MARTIN
UNIVERSIDAD	923 21 99 11	X y V	
PEÑARANDA	923 54 16 00	L	

ZONA BASICA DE SALUD (cont.)	TELÉFONO	DIAS	TRABAJADORA SOCIAL
BEJAR	923 40 20 75	L-M,X,V	Mª LUISA
GUIJUELO	923 58 10 82	1º J mes	VOZMEDIANO GIL
TAMAMES	923 44 94 74	3º J mes	(Mª DEL CARMEN
MIRANDA	923 43 21 00	2º J	VICENTE GARCÍA
LA ALBERCA	923 41 51 36	2º J mes	-SUSTITUTA)
4º j del mes a demanda y asuntos pendientes.			
SAN JOSE	923 21 39 66	L-X-V/ L-V	
TEJARES	923 19 24 17	J	Mª TERESA
PERIURB. SUR	923 12 22 80	J	MAROTO
ALBA DE TORMES	923 30 06 42	3er. M mes	SANTAMARÍA
MATILLA	923 38 23 80	A demanda	

Profesionales del trabajo social. CEAS Ayuntamiento de Salamanca

CEAS / PROFESIONALES DEL TRABAJO SOCIAL / E- MAIL	DIRECCIÓN	TELEFONO / FAX
CEAS CENTRO		
Caridad Fuentes Fernández	C/ Juan de la Fuente, s/n	Teléfono: 923 21 40 12 923 21 39 99
E-mail: ceascentro@aytosalamanca.es	37001 Salamanca	Fax: 923 21 40 78
CEAS BUENOS AIRES		
Cristina Gómez Frutos	Plaza de Extremadura, s/n	Teléfono: 923 19 24 88 Cita Previa: 923 21 29 17
E-mail: ceasbuenosaires@aytosalamanca.es	37008 Salamanca	Fax: 923 19 24 88
CEAS SAN JOSE		
Assia Agop Fendian	Plaza Santa Cecilia, s/n	Teléfono: 923 21 29 17
Agustín Martín Hernández	37008 Salamanca	Fax: 923 27 02 93
E-mail: ceassanjose@aytosalamanca.es		
CEAS ROLLO		
Mª José Sánchez Conde	C/. Lugo, 9	Teléfono: 923 18 25 13
Mª Isabel San Nazario	37003 Salamanca	Cita Previa: 923 18 25 13
Vanesa Bravo Hernández (C/ Java)		Fax: 923 18 25 13
E-mail: ceasrollo@aytosalamanca.es		
CEAS GARRIDO NORTE		
Mª. Sonia Carretero Martín	C/ Corregidor Caballero	Teléfono: 923 23 22 08 923 23 20 46
Cristina Cuadrado Andrés	Llanes, 15 Bajo	Cita Previa: 923 23 22 08
E-mail: ceasgarridonorte@aytosalamanca.es	37005 Salamanca	Fax: 923 23 20 46
CEAS GARRIDO SUR		
Consuelo Vicente Matos	C/ Corregidor Caballero	Teléfono: 923 23 22 08 923 23 20 46
Isabel Sánchez Martín	Llanes, 15 Bajo	Cita Previa: 923 23 22 08
E-mail: ceasgarridosur@aytosalamanca.es	37005 Salamanca	Fax: 923 23 20 46
CEAS SAN BERNARDO		
Rafael Colorado Valle	Avd. Villamayor, 55-57	Teléfono: 923 22 41 72
Mª. Teresa Martín Sentenac	Bajo.	Cita Previa: 923 12 04 26
E-mail: ceassanbernardo@aytosalamanca.es	37006 Salamanca	Fax: 923 22 41 72
CEAS PIZARRALES		
Julia Sánchez García	C/. Ruiz Zorrilla, 32	Teléfono: 923 12 09 00
Raquel Caamaño Flores	37006 Salamanca	Cita Previa: 923 12 04 26
E-mail: ceaspizarrales@aytosalamanca.es		Fax: 923 12 09 00

Profesionales del trabajo social. CEAS Diputación y unidades de trabajo social (UTS) Ayuntamientos

CEAS / UTS TRABAJADORAS SOCIALES/ E- MAIL	DIRECCIÓN	TELEFONO / FAX
ALBA DE TORMES	Plaza Sta. Teresa, 1.	Teléfono: 923 30 09 04
Paloma Jiménez Jurado p.jimenez@lasalina.es	37800 Alba de Tormes	Fax: 923 30 09 05
Bernarda Santos Prieto bernarda.santos@lasalina.es	(Salamanca)	
BEJAR	C/ Colón, 36.	Teléfono: 923 40 81 40
Julia Frias Corsino juliafrias@lasalina.es	37700. Béjar (Salamanca)	Fax: 923 40 81 45
Ana Belén García Parra anab.garcia@lasalina.es	Centro Municipal	
Gema Asunción Sánchez (Ayto. Béjar) trabajadorasocial@aytobejar.com	San Francisco. Ronda de Navarra s/n.	Teléfono: 923 41 14 93
Elena Cela Sánchez asociales@aytobejar.com	37700. Béjar (Salamanca)	Fax: 923 41 14 93
CIUDAD RODRIGO I		
Amparo Hernández Muñoz amparo.hernandez@lasalina.es	C/ Rúa del Sol, 13 Bajo.	Teléfono: 923 49 83 40
Argeme Izquierdo Galán aigalan@lasalina.es	37500. Ciudad Rodrigo (Salamanca)	923 49 81 20 923 49 81 29 923 49 84 62
Elena Corral De La Cruz (Ayto. Ciudad Rodrigo) servicios.sociales@aytociudadrodrigo.es	Plaza Mayor, 27.	Fax: 923 49 81 25 Teléfono: 923 49 84 00
Lourdes Martín García (Ayto. Ciudad Rodrigo) trabajo.social@aytociudadrodrigo.es	37500. Ciudad Rodrigo	
CIUDAD RODRIGO II	C/ Rúa del Sol, 13 Bajo.	Teléfono: 923 49 83 40
M ^a . Pureza Cruz Rubio p.cruz@lasalina.es	37500. Ciudad Rodrigo	923 49 81 28
M ^a . Dolores González López loly.gonzalez@lasalina.es	(Salamanca)	923 49 81 31 Fax: 923 49 81 25
GUIJUELO	C/ Chinarral, 6.	Teléfono: 923 54 14 36
María Diego Elvira maria.diego@lasalina.es	37770. Guijuelo	Fax: 923 58 14 36
Elena Guzmán Martín elena.guzman@lasalina.es	(Salamanca)	
LEDESMA	C/ Policarpo Cuevas Trilla, 1.	Teléfono: 923 57 01 04
Petronila Barrado Holgado pbarrado@lasalina.es	37100. Ledesma	Fax: 923 57 07 04
Eladio José Ruano Sánchez eladio.ruano@lasalina.es	(Salamanca)	
LINARES	C/ Humilladero, 2 E.	Teléfono: 923 41 62 29
M ^a . Esther Martín Cuadrado esther.martin@lasalina.es	37760. Linares.	Fax: 923 41 62 29
Almudena Simón Dominguez almudena.simon@lasalina.es	(Salamanca)	
LUMBRALES	C/ San Roque, 17.	Teléfono: 923 50 08 81
Beatriz Carballo Sánchez bcarballo@lasalina.es	37210. Vitigudino	923 50 03 61
M ^a . Del Rosario Vaquero Santos r.vaquero@lasalina.es	(Salamanca)	923 52 81 64 Fax: 923 50 03 33

Atención primaria. Relación de coordinadores y responsables de enfermería

CENTRO	Teléfono / fax / e-mail	Coordinador / a	Responsables enfermería
ALBA DE TORMES C/ CORRALES DE LA DEHESA S/N 37800	Teléfono: 923-300642 Fax: 923-300526 Buzsan.cs01@gapsa06.sacyl.es	José Jorge Martín Martín	Martín Benito Rodríguez
ALDEADÁVILA DE LA RIBERA LAS ERAS, 26 37250	Teléfono: 923-505161 Fax: 923-505423 Buzsan.cs02@gapsa06.sacyl.es	Begoña Sánchez Bazo	Carmen García Blanco
BÉJAR LAS JUSTAS S/N 37700	Teléfono: 923-403124 Fax: 923-403708 Buzsan.cs03@gapsa06.sacyl.es	Emilio Blanco Tarrío	Joaquín González Rico
CALZADA DE VALDUNCIEL LA LAGUNA S/N 37797	Teléfono: 923-310278 Fax: 923-310278 Buzsan.cs04@gapsa06.sacyl.es	Manuel Sánchez Robles	Felipe de Arriba Porras
CANTALAPIEDRA PLAZA RAMÓN LAPORTA, 25 37400	Teléfono: 923-530261 Fax: 923-530009 Buzsan.cs05@gapsa06.sacyl.es	Tomás González Vargas	Ángel F. Maza del Real
CIUDAD RODRIGO AVDA. DE SALAMANCA, 147-151. 37500	Teléfono: 923-481414 Fax: 923-480394 Buzsan.cs06@gapsa06.sacyl.es	Antonio Julián Martín	Oscar García Berrocal
FUENTEGUINALDO PLAZA DE LA CONSTITUCIÓN, S/N. 37540	Teléfono: 923-471478 Fax: 923-471012 Buzsan.cs09@gapsa06.sacyl.es	Isabel Esther Muñoz Martín	M ^a José Calderero Mateos
FUENTES DE OÑORO PEDRO MATEOS, 52 37480	Teléfono: 923-487723 Fax: 923-487638 Buzsan.cs10@gapsa06.sacyl.es	Mariano Pérez Alonso	Ana Isabel Antón Franco
FUENTE DE SAN ESTEBAN PLAZA DE ESPAÑA, S/N 37200	Teléfono: 923-441001 Fax: 923-440286 Buzsan.cs08@gapsa06.sacyl.es	Antonio Hernández Iglesias	Rosa Velasco Rodríguez
GUIJUELO TESO DE LA FERIA, S/N 37770	Teléfono: 923-581082 Fax: 923-581094 Buzsan.cs13@gapsa06.sacyl.es	Julia Castilla Corral	M ^a Dolores Martín Santos
LA ALBERCA LAS BATUECAS, S/N 37624	Teléfono: 923-415136 Fax: 923-415266 Buzsan.cs15@gapsa06.sacyl.es	José Manuel Polo García	María Isabel Casado Romo

COMISIÓN DE COORDINACIÓN SOCIOSANITARIA DEL ÁREA DE SALUD DE SALAMANCA

CENTRO (cont.)	Teléfono / fax / e-mail	Coordinador / a	Responsables enfermería
LEDESMA PLAZA DEL MERCADO, S/N 37100	Teléfono: 923-570029 Fax: 923-570349 Buzsan.cs16@gapsa06.sacyl.es	Rosario Goenaga Andrés	Arturo Gómez García
LINARES DE RIOFRÍO CTRA. GUIJUELO, S/N 37760	Teléfono: 923-416287 Fax: 923-416170 Buzsan.cs17@gapsa06.sacyl.es	Fernando Mateos Arroyo	Purificación Muñoz Méndez
LUMBRALES POZO NUEVO, 23 37240	Teléfono: 923-512599 Fax: 923-512353 Buzsan.cs18@gapsa06.sacyl.es	Rosario Vaquero Pinto	Teresa Comerón López
MATILLA DE LOS CAÑOS CUARTEL, S/N 37450	Teléfono: 923-382380 Fax: 923-382170 Buzsan.cs19@gapsa06.sacyl.es	Juan Miguel Mateos Martín	José Luis Herrero Sánchez
MIRANDA DEL CASTAÑAR SALAS POMBO, S/N 37660	Teléfono: 923-432100 Fax: 923-432313 Buzsan.cs20@gapsa06.sacyl.es	José Manuel Hernández Hernández	M ^a Teresa Martín Nieto
PEDROSILLO SANTA MARÍA, S/N 37427	Teléfono: 923-354038 Fax: 923-354107 Buzsan.cs21@gapsa06.sacyl.es	Miguel A. Rodríguez García	Consuelo Hernández Sánchez
PEÑARANDA AVDA. LOS JARDINES, S/N 37300	Teléfono: 923-541600 Fax: 923-540011 Buzsan.cs24@gapsa06.sacyl.es	Alonso Sánchez Escudero	M ^a Teresa Valle Hidalgo
PERIURBANA SUR PADRE IGNACIO ELLACURÍA, S/N 37008	Teléfono: 923-194219 Fax: 923-265811 Buzsan.cs23@gapsa06.sacyl.es	Tomás García Santos	Fermín Benito Hernández Pescador
ROBLEDA CALZADA, S/N 37521	Teléfono: 923-486251 Fax: 923-486502 Buzsan.cs26@gapsa06.sacyl.es	Juan Luis Alonso Moro	M ^a Cruz López Elvira
STA. MARTA PADRE IGNACIO ELLACURÍA, S/N 37900	Teléfono: 923-130180 Fax: 923-486502 Buzsan.cs28@gapsa06.sacyl.es	Benito de Dios Martín	Juan Carlos Gamallo Sánchez
TAMAMES PLAZA DEL FERIAL, S/N 37600	Teléfono: 923-449474 Fax: 923-486502 Buzsan.cs30@gapsa06.sacyl.es	Pilar Villasco Crespo	Sebastián Matilla Tocino
VILLORIA CAÑADA, 2 37339	Teléfono: 923-356677 Fax: 923-356075 Buzsan.cs33@gapsa06.sacyl.es	Antonio Rodríguez Romo	Juan Carlos Herrero Sánchez
VITIGUDINO P ^o DEL SOCORRO, 2 37210	Teléfono: 923-501151 Fax: 923-500478 Buzsan.cs34@gapsa06.sacyl.es	José Manuel Guarido Mateos	María Nieves García Fernández

PROTOCOLO DE VALORACIÓN GLOBAL DE PACIENTES

CENTRO (cont.)	Teléfono / fax / e-mail	Coordinador / a	Responsables enfermería
CASTO PRIETO Mº TARREGA, 2-4 37008	Teléfono: 923-260330 Fax: 923-265811 Buzsan.cs27@gapsa06.sacyl.es	Luis Gallego de Dios	Mª Dolores Pérez Oliva
GARRIDO NORTE EL ROMERO, S/N 37004	Teléfono: 923-232150 Fax: 923-242445 Buzsan.cs11@gapsa06.sacyl.es	Santiago Perez González	Mª Rosario Domínguez Rodríguez
GARRIDO SUR AVDA. COMUNEROS 27-31 37003	Teléfono: 923-126593 Fax: 923-255548 Buzsan.cs12@gapsa06.sacyl.es	Juan Pedro Benítez Ortiz	Ángela de Cabo Laso
LA ALAMEDILLA 37003	Teléfono: 923-126591 Fax: 923-123644 Buzsan.cs14@gapsa06.sacyl.es	Pilar Moreno González	Carmen Ballesteros Rio
PIZARRALES-VIDAL ALFAREROS, S/N 37006	Teléfono: 923-232177 Fax: 923-242434 Buzsan.cs25@gapsa06.sacyl.es	Javier Polo Diez	Mª Isabel Martín Royo
SAN JUAN VALENCIA, 32 37005	Teléfono: 923-255994 Fax: 923-242462 Buzsan.cs36@gapsa06.sacyl.es	Tomás Hernández Corral	María Acera Rojo
SANCTI-SPIRITUS CANALEJAS Cta. Sancti-Spiritus 27 Esquina Ronda S. 47. 37001	Teléfono: 923-211246 Fax: 923-272007 Buzsan.cs29@gapsa06.sacyl.es	Amparo del Cañizo Álvarez	Mª Ángeles Torijano Pérez
TEJARES TOMÁS RODRÍGUEZ PINILLA, S/N 37008	Teléfono: 923-192417 Fax: 923-192572 Buzsan.cs31@gapsa06.sacyl.es	Auxiliadora Velasco Marcos	Alfredo Ernesto Mateos García
UNIVERSIDAD-CENTRO Cta. Sancti-Spiritus 27 Esquina Ronda S. 47. 37007	Teléfono: 923-219911 Fax: 923-262665 Buzsan.cs35@gapsa06.sacyl.es	Fernando Malmierca Sán- chez	Santiago Vicente de la Fuente
SAN BERNARDO ARAPILES, 25-33 37007	Teléfono: 923-290970 Fax: 923-290955 Buzsan.cs07@gapsa06.sacyl.es	Ángel Martín Ruano	Mª Rosario Vicente Castro
PERIURBANA NORTE C/ LA FUENTE 27-29 37184	Teléfono: 923-122280 Fax: 923-124985 Buzsan.cs22@gapsa06.sacyl.es	Manuel Angel Herrero Marteache	Raquel Andrés Luis
CAPUCHINOS C/VALLES MINEROS 49 37006	Teléfono: 923-205090 Fax: 923-134388 Buzsan.cs37@gapsa06.sacyl.es	Luis Jesús Cerón García	María Isabel Romo Sanz

Atención especializada. Relación de supervisoras de Unidad

Relación de unidades y supervisores / as Hospital «Virgen Vega»

UNIDAD	SUPERVISOR/A	TELEFONO
Nefrología 9ª	Eufemiano Pérez del Río	51184
Medicina Interna 9ª	Antonia Tamames Benito	51183
Medicina Interna 8ª	Antonia Tamames Benito	51185
Cirugía 7ª	Clara Cabrera Martín	51186
Cirugía 6ª	Clara Cabrera Martín	51187
Especialidades 5ª	Esther Martín Arroyo	51188
Quirófano 4ª	Josefina Pérez Martín	51478
Traumatología 4ª	Francisca Mercadal Santos	51189
Trauma - Neuro 3ª	Carmen Sánchez Blázquez	51190
Reanimación 2ª	Mª Ángeles Vicente Barahona	51192
Neurocirugía 2ª	Carmen Rubiralta Mele	51191
UC I 1ª	Mª Ángeles Esteban Montero	51194
RX 1ª	Mª Jesús de Castro Barco	51193
Urgencias Baja	Luz Mary Sánchez Ávila	51208
Bioquímica Baja	Emilia Recio Ruano	51217
Cons. Externas S.S.	Mª Teresa Mesonero Santos	51568
Ambulatorio SS	Ana García San Román	51577
Rehabilitación S 1	Miguel García Vicente	51567

Relación de unidades y supervisores / as Hospital «Los Montalvos»

UNIDAD	SUPERVISOR/A	Nº DE TELEFONO
Medicina Interna 1ª A y 1ª B	Teresa García Hernández	54298 - 54300
Cuidados Paliativos 2ª A	Teresa Chaforlé de Juan	54292
Unidad del Dolor 2ª B	Teresa Chaforlé de Juan	54290
Neumología 3ª A y 3ª B	Serafina Dios del Pozo	54280 - 54221
Neumología 4ª A y 4ª B	Josefa López López	54210
Cirugía / Oftalmología 3ª B	Serafina Dios del Pozo	54221
Psiquiatría	Josefa López López	54227

Relación de unidades y supervisores / as Hospital Clínico

UNIDAD	SUPERVISOR/A	TELEFONO
ORL / OFT 7ª Derecha	Mª Cruz Vicente Elvira	51101
Psiquiatría 7ª Izquierda	Ana Herrero del Río	51102
Medicina Interna 6ª Derecha	Mª Carmen Martín Sánchez	51103
Medicina Interna 6ª Izquierda	Celia Díez Sevillano	51104
Medicina Interna 5ª Derecha	Ana Mª Rodríguez Fernández	51105
Medicina Interna 5ª Izquierda	Juan Antonio Martín Hernández	51106
Hema - Onco 4ª	Angela Walias Sánchez	51108
Derma - Onco 4ª	Mª Isabel Rihuete Galve	51112
Ginecología 4ª	Rosa Pérez Gómez	51107
Obstetricia 4ª	Balbina González Vara	51109
Pediatría 3ª	Esperanza Fernández de Alba	51115
Neonatos 3ª	Casilda Pollo Bailes	51116
UVI Pediátrica 3ª	Nieves Barba Pérez	51530
Cardiología 3ª	Argelina Pérez Alonso	51111
Cardiaca - Torácica 3ª	Rosa Mª Casado Petisco	51129
Hemodinámica 2ª	Tomás Fernández Esteban	51369
Medicina Preventiva	Dalmacio Meléndez Marugan	51377
Urología 2ª	Julia Gorjón Hernández	51124
Paritorios 2ª	Mª del Rosario González Verdugo	51121
UVI 2ª	Dolores Hernández Díez	51122
Coronarias 2ª	Blanca Borrego Blanco	51118

PROTOCOLO DE VALORACIÓN GLOBAL DE PACIENTES

UNIDAD (cont.)	SUPERVISOR/A	TELEFONO
Nefrología 2ª	Eufemiano Pérez del Río	51363 - 51972
Microbiología 1ª	Carmen Losada Bueno	51376
Lab. Hematología 1ª	Lourdes Villoria López	51934
Lab. Bioquímica 1ª	Inés Nieto Benito	51611
Lab. Urgencias 1ª	Emilia Recio Ruano	51374
Traumatología 1ª	Mª Jesús Juez Ruano	51128
Reanimación 1ª	Brígida Sánchez Grande	51177
Quirófano 1ª	Ana Mª Mato Revila	51388
Quirófano 1ª	Inmaculada Delgado Gómez	51388
C. Externas Baja	Teresa Hernández Manzano	51402
Cirugía Bª Derecha	Ermita Vidal Calvo	51135
Cirugía Bª Izquierda	Ermita Vidal Calvo	51134
Urgencias Baja	Clara Arguello Fernández	51152
RX SS	Mª Jesús de Castro Barco	51436
M. Nuclear SS	Julián Petisco Vicente	514333
Farmacia SS	Puerto Sánchez Sánchez	51439
Banco Sangre SS	Jesús Pinto Sierra	51386
Hospital de Día SS	Carmen Suárez Sierra	51830
Anat. Patológica SS	Juan José Garrido Gallego	51454
Radioterapia S	Elvira Hernández Bullón	51659
Esterilización S	Rosa Sofía Zamora Cavero	51614

Atención especializada. Relación de profesionales del trabajo social

ANEXO VIII

Relacion de profesionales del trabajo social. Atencion especializada

Servicio / Unidad	Nombre y apellidos	Dirección	Teléfono / Fax	Correo electrónico
Servicio de Atención al Paciente	Teresa Cano Pérez	Hospital Clínico	Telf: 923. 29.11.37	atepac@husa.sacyl.es
	Manuela Hernández Ávila	Universitario. Servicio de Atención al Paciente.	Fax: 923. 29.12.64	
Servicio de Atención al Paciente	M ^a Trinidad Aybar Zurita	Hospital Virgen de la Vega.	Telf: 923. 29.12.02	atepac@husa.sacyl.es
		Servicio de Atención al Paciente.	Fax: 923. 33.01.65	
Servicio de Atención al Paciente	Mercedes García Pérez	Hospital Los Montalvos	Telf: 923. 33.01.63	mrds@yahoo.com
			Fax: 923. 29.60.25	
Equipo de Salud Mental nº 3	Raquel Gómez Marcos		Telf: 923. 29.67.67	
			Fax: 923. 29.60.25	
Gestor de Casos. Salud Mental	Lidia Santos Prieto		Telf: 619.227.358	atepac@husa.sacyl.es
			Fax: 923. 22.16.21	

**Este Protocolo se aplicará de forma generalizada
en el Área de Salud de Salamanca
a partir de la fecha que consta en la firma**

Salamanca, a 26 de junio de 2009

EL GERENTE DEL AREA DE SALUD DE SALAMANCA

Fdo. D. Ricardo García Juan

**EL DIPUTADO DELEGADO DEL AREA DE BIENESTAR SOCIAL
DE LA DIPUTACION DE SALAMANCA**

Fdo. D. Alfredo Martín Serna

**LA CONCEJALA DELEGADA DE FAMILIA E IGUALDAD DE OPORTUNIDADES
DEL AYUNTAMIENTO DE SALAMANCA**

Fdo. Dña. Cristina Klimowitz Waldmann

