

ACTAS

de coordinación SOCIOSANITARIA

COLABORAN

Nick Goodwin, Lourdes Ferrer, Pilar Rodríguez Rodríguez, Penélope Castejón Villarejo, Ana García Mendoza, Ana Vicente Cintero, Cristina Labrador Toribio, Nerea Eguren Adrián, María Concepción Saavedra Rielo, Kataysa Cabrera, Johanna Rantanen, Teia Fábrega Pairó

CALIDAD
ASISTENCIAL

CALIDAD
DE VIDA

OPTIMIZACION
DE RECURSOS

Diseño: Los Ángeles D.C.
Depósito Legal: M-9549-2011
ISSN: 2529-8240

Esta publicación no podrá reproducirse ni total ni parcialmente
sin expresa autorización de la Fundación Caser.

Queridos lectores:

Les presento el último número de la revista Actas de Coordinación Sociosanitaria de 2017, que, como los números previos, viene rico en reflexión, innovación y visiones transformadoras.

Se inicia con un artículo de Nick Goodwin, Director de la International Foundation of Integrated Care (IFIC), en el que nos presenta la necesidad de diálogo entre la salud pública y la atención integrada, que, sin embargo, para muchos, son perspectivas contrapuestas.

Sigue un artículo sobre la “Red de Buenas Prácticas Modelo y Ambiente” de la Fundación Pilares para la Autonomía Personal. La Red recopila, sistematiza y divulga experiencias relacionadas con el Modelo de Atención Integral y Centrada en la Persona, cuando estas experimentan situaciones de fragilidad, discapacidad o dependencia.

Uno de los temas clave para la correcta prestación de una atención integrada refiere a los perfiles profesionales sociosanitarios que deben concurrir y desde qué competencias, actitudes y valores. En este número, la Asociación Profesional Española de Terapia Ocupacional (APETO) explica que el terapeuta ocupacional es instrumental en la mejora del desempeño ocupacional satisfactorio en personas que presentan riesgo o disfunción ocupacional, en cualquier etapa de su ciclo de vida.

En el apartado de políticas regionales de este número de Actas, el Principado de Asturias nos presenta las líneas de trabajo puestas en marcha desde la publicación del Decreto 70/2016, que reguló la creación de estructuras de planificación y coordinación e impulsó la formulación de un Plan de Coordinación Sociosanitaria así como con la puesta en marcha de diferentes procesos, actuaciones y dispositivos, con el foco en una serie de colectivos diana.

Este número de noviembre 2017 contiene además dos experiencias muy interesantes. La primera se refiere a una tecnología innovadora, Inter RAI CA, para la valoración integral de las necesidades de las personas, la elaboración de un plan de tratamiento y la activación de recursos. La segunda describe el trabajo de coordinación social y sanitaria en la comarca de la Garrotxa (Gerona), en el marco del Plan Interdepartamental de Atención e Interacción Social y Sanitaria de Cataluña (PIAISS).



Al ser éste el último número de 2017, permítanme repasar con ustedes las aportaciones de la revista Actas de Coordinación Sociosanitaria durante este año para hacer avanzar la atención integrada en España. Hemos intentado contribuir a la discusión desde tres ámbitos hasta ahora poco explorados, pero que son, sin embargo, esenciales. Uno atañe a la evaluación de la atención integrada: en el número de julio (núm. 20) recogíamos el marco de evaluación

de Cataluña, compartido entre servicios sociales y de salud. El segundo ámbito se refiere al papel de las corporaciones locales y cómo su evolución y transformación afecta al modelo de gestión y prestación de servicios: en ese mismo número de julio recogíamos una contribución desde la disciplina de la Ciencia de la Administración sobre la administración local en España y Alemania. Y por último, en este número de noviembre, Nick Goodwin nos introduce a la reflexión sobre la relación de las agendas de salud pública y atención integrada.

En 2017, además, la revista ha invitado a diversas organizaciones y asociaciones profesionales a compartir su posición sobre la coordinación sociosanitaria: el Consejo General de Trabajo Social, la Sociedad Española de Farmacia Familiar y Comunitaria, la Federación de Asociaciones de Enfermería Comunitaria y Atención Primaria y, en este número, APETO.

A nivel de experiencias regionales, junto con los avances en el Principado de Asturias que se nos presentan en este número, hemos contado con la visión de la comunidad autónoma de las Islas Baleares (núm. 20 de julio). Y hemos mostrado prácticas locales innovadoras (como el modelo “Humanización en Salud” del Centro Asistencial San Camilo; el trabajo de RAIS Fundación atendiendo a personas sin hogar; o las experiencias colaborativas de Vilanova i la Geltrú y de la Comarca de La Garrotxa, ambas en el marco del PIAISS) o las nuevas aportaciones tecnológicas (como el modelo innovador de teleasistencia del País Vasco; la propuesta de teleasistencia proactiva de VictrixSocSan; y la herramienta de valoración integral de necesidades sociales y sanitarias Inter RAI CA).

Concluyo deseándoles que disfruten de la lectura de este número 21 de Actas de Coordinación Sociosanitaria e invitándoles a que se acerquen a los dos números previos. Tenemos ciertamente un rico arsenal conceptual, los elementos del modelo identificados, una serie de estrategias posibles y un volumen considerable de experiencias implantadas, que nos permiten aprender, construir y seguir avanzando.

Emilio Herrera Molina

CONSEJO DE REDACCIÓN

Juan Sitges Breiter
 Ángel Expósito Mora
 Amando de Miguel Rodríguez
 Julio Sánchez Fierro
 Gregorio Rodríguez Cabrero
 Antonio Jiménez Lara
 Pablo Cobo Gálvez
 Emilio Herrera Molina

DIRECCIÓN DE LA REVISTA

Emilio Herrera Molina

SECRETARÍA DE LA REVISTA

Ana Artacho Larrauri

/07 INCORPORACIÓN DE LA SALUD PÚBLICA COMO PARTE DE TODOS LOS PLANES DE INTEGRACIÓN.

NICK GOODWIN

Director ejecutivo de la International Foundation for Integrated Care.

LOURDES FERRER

Directora de Programas de la International Foundation for Integrated Care.

/21 RED DE BUENAS PRÁCTICAS DE LA FUNDACIÓN PILARES PARA LA AUTONOMÍA PERSONAL RELACIONADAS CON EL MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL Y CENTRADA EN LA PERSONA.

PILAR RODRÍGUEZ RODRÍGUEZ

Presidenta de Fundación Pilares.

PENÉLOPE CASTEJÓN VILLAREJO

Directora Técnica de Fundación Pilares.

ANA GARCÍA MENDOZA

Responsable de la Red de Buenas Prácticas. Fundación Pilares.

/33 ROLES DEL TERAPEUTA OCUPACIONAL EN LA ATENCIÓN SOCIOSANITARIA.

ANA VICENTE CINTERO

CRISTINA LABRADOR TORIBIO

Asociación Profesional Española de Terapia Ocupacional (APETO).

/45 AVANCES EN ATENCIÓN SOCIOSANITARIA EN EL PRINCIPADO DE ASTURIAS.

NEREA EGUREN ADRIÁN

Directora General de Planificación, Ordenación e Innovación Social. Consejería de Servicios y Derechos Sociales. Gobierno del Principado de Asturias.

MARÍA CONCEPCIÓN SAAVEDRA RIELO

Directora General de Planificación Sanitaria. Consejería de Sanidad. Gobierno del Principado de Asturias.

/55 LA IMPORTANCIA DE LA VALORACIÓN SOCIOSANITARIA: EL INSTRUMENTO INTER RAI CA.

KATAYSA CABRERA

Asistente de Ventas. Raisoft.

JOHANNA RANTANEN

Encargada de Comunicación. Raisoft.

/69 EXPERIENCIA DE INTEGRACIÓN SOCIAL Y SANITARIA EN LA COMARCA DE LA GARROTXA.

TEIA FÁBREGA PAIRÓ

Directora. Consorcio de Acción Social de la Garrotxa.

/85 ACTUALIDAD.

INCORPORACIÓN DE LA SALUD PÚBLICA COMO PARTE DE TODOS LOS PLANES DE INTEGRACIÓN.

NICK GOODWIN

Director ejecutivo de la International Foundation for Integrated Care.

LOURDES FERRER

Directora de Programas de la International Foundation for Integrated Care.

SUMARIO

1. INTRODUCCIÓN.

2. IMPORTANCIA DE LA SALUD PÚBLICA EN LOS PROGRAMAS DE ATENCIÓN INTEGRADA.

3. LA «QUINTA OLA» DE LA SALUD PÚBLICA: HACIA UNA GESTIÓN DE LA SALUD POBLACIONAL.

4. TRES EJEMPLOS DE CASOS INTERNACIONALES.

4.1 El Sistema Sanitario NUKA, Alaska, EEUU.

4.2 Gesundes Kinzigtal, Alemania.

4.3 Canterbury, Nueva Zelanda.

5. CONCLUSIONES.

6. BIBLIOGRAFÍA.

PALABRAS CLAVE

Atención responsable; Promoción de la salud; Atención integrada; Salud poblacional; Prevención; Salud pública.

RESUMEN

La noción de atención integrada ha evolucionado a lo largo de los años y ha empezado a reconocer la necesidad de adoptar un modelo más orientado a la población para promover la salud pública, prevenir la mala salud y garantizar el bienestar de las poblaciones. Sin embargo, la salud pública ha permanecido en general algo apartada de la planificación y la adquisición de servicios de atención sociosanitaria y, como consecuencia de ello, las intervenciones de la salud pública han tendido con frecuencia a trabajar de forma independiente en la prestación de cuidados médicos tradicionales. El presente artículo avala la necesidad de una «quinta ola» en la evolución de la salud pública para abordar la salud poblacional y concienciar sobre el valor social de la buena salud, reconociendo la importancia de las redes sociales y el beneficio de prestar atención tanto a la salud como al bienestar. Tras analizar tres estudios de casos internacionales, el artículo llega a la conclusión de que es necesario avanzar hacia unos sistemas de atención responsable con un enfoque de carácter más local para hacer posible la transformación necesaria para responder adecuadamente a los desafíos a los que se enfrentan los sistemas sanitarios en la actualidad.

KEYWORDS

Accountable care; Health promotion; Integrated care; Population health; Prevention; Public health.

ABSTRACT

The notion of integrated care has evolved over the years and has begun to recognise the need to take a more population-oriented approach to promote public health, prevent ill-health and secure wellbeing for populations. Yet, for the most part, public health has remained somewhat separate to the planning and purchasing of health and social care services and, as a result, public health interventions have often tended to operate in separate silos to traditional care provision. This article supports the case for a ‘fifth wave’ in the evolution of public health to address population health and raise awareness of the societal value of good health, recognising the importance of social networks and the benefit of focusing on both health and wellbeing. By examining three international case studies, the paper concludes that the move towards more place-based accountable care systems is required to enable the transformational change necessary to adequately respond to today’s health system challenges.

1. INTRODUCCIÓN.

La agenda de integración se ha convertido en un elemento básico de la reforma del sistema sanitario en todo el mundo. La finalidad común ha sido rediseñar los sistemas de atención para que estén más «centrados en las personas» y ofrezcan una mejor coordinación de la atención y los servicios en torno a las necesidades integrales de las personas. Habida cuenta de los cambios demográficos de la sociedad, las prioridades de las políticas de integración han venido motivadas por la necesidad de ofrecer asistencia a las personas mayores con necesidades de atención a largo plazo, centrándose en desarrollar sistemas sanitarios más coordinados que hagan frente a las enfermedades crónicas y en abordar las necesidades de las personas con comorbilidad.

Hacer frente a estos problemas es realmente importante, pero la agenda de atención integrada tiene el propósito más amplio de hacer llegar sus beneficios a todas las personas en aquellos casos en los que la atención y los servicios se mantienen fragmentados. Para mejorar la atención y los resultados en grupos de población tales como niños y jóvenes, adultos con problemas de salud mental o personas que viven en comunidades de difícil acceso se necesitan estrategias que promuevan la salud y/o faciliten la adopción de medidas preventivas.

Nuestro concepto de los componentes de la atención integrada ha evolucionado a lo largo del tiempo hasta reconocer que estos grupos de población no deberían ser

objeto de intervenciones específicas para el control de enfermedades, sino que se debe intentar capacitar y comprometer a las personas y a las comunidades para que se conviertan en copartícipes de la atención (Ferrer, 2015; OMS, 2016). De manera más general, la noción de la atención integrada ha ido más allá de los límites del sistema sanitario para pensar más estratégicamente acerca de cómo abarcar los determinantes sociales de la mala salud (Goodwin et al., 2017); por ejemplo, en la necesidad de adoptar un modelo más basado en las capacidades y los recursos para promover la salud pública, prevenir la mala salud y garantizar el bienestar de las poblaciones.

2. IMPORTANCIA DE LA SALUD PÚBLICA EN LOS PROGRAMAS DE ATENCIÓN INTEGRADA.

La salud pública y la atención integrada comparten objetivos comunes, entre los que se encuentran:

- la promoción de la salud y de los entornos saludables;
- la prevención de las enfermedades;
- el tratamiento y la gestión de las enfermedades;
- la mejora de la calidad de vida.

Sin embargo, la salud pública ha permanecido en general algo apartada de la planificación y la adquisición de servicios de atención sociosanitaria y, como consecuencia de ello, sus intervenciones han tendido con frecuencia a trabajar de forma independiente en la prestación de la atención sociosanitaria. Una respuesta menos habitual ha sido pensar de forma más amplia en los beneficios positivos que podrían

derivarse de la integración de la atención de la salud pública y modelos de atención sanitaria más centrados en la persona.

La importancia de hacer llegar estrategias de promoción y prevención de la salud a los pacientes que reciben una atención integrada es particularmente importante, ya que son precisamente las personas más vulnerables dentro de las sociedades quienes mayor necesidad tienen de unos servicios integrados adecuados, constituyendo sin embargo el grupo con menos probabilidades de recibirlos (Ovretveit, 2011). Las personas que viven en comunidades apartadas o desfavorecidas, por ejemplo, tienen más probabilidades de desarrollar problemas de salud complejos a largo plazo (en especial problemas de salud mental) de manera mucho más prematura de lo que se reconocía anteriormente. Así, en el estudio de referencia de la población de Glasgow (Escocia) se comprobó que las personas que vivían en comunidades más desfavorecidas acudían a la atención primaria con un mayor número de problemas de comorbilidad y de forma mucho más prematura (Barnett et al., 2012).

El desarrollo de sistemas de atención integrada debe reconocer que la patología de la multimorbilidad empieza en la infancia y está condicionada por los determinantes socioeconómicos de la mala salud, tales como menores ingresos, peores viviendas, niveles educativos más bajos, aislamiento social y niveles más altos de consumo de alcohol y tabaco. Cualquier estrategia de atención integrada que intente coordinar mejor la atención en torno a las necesidades de las personas debe combinarse con un enfoque hacia la prevención primaria y la

promoción de la salud.

Para tratar de manera eficaz estos problemas se debe desarrollar un conjunto más amplio de asociaciones intersectoriales. La incorporación de la perspectiva de la salud pública es, por tanto, esencial para hacer posible que los programas de atención integrada alcancen sus objetivos, ya que:

- La salud pública subraya la idea de que la salud es una responsabilidad colectiva. Recalca la necesidad de establecer asociaciones eficaces entre todos los que contribuyen a obtener resultados en salud poblacional para maximizar el beneficio global y ampliarlo al mayor número posible de personas;
- La prestación de atención sanitaria queda apuntalada por un modelo de atención sanitaria de la población y por el desarrollo de soluciones de atención integrada que hagan frente a necesidades de atención complejas. Por tanto, se debe prestar la debida consideración a la forma en que el «sistema completo» interactúa dentro de las redes de atención, permitiendo de ese modo el desarrollo de planes asistenciales más eficaces que en otro caso podrían quedar limitados al tratamiento aislado de problemas particulares de forma; y
- La práctica de la salud pública tiene como finalidades ser equitativa, capacitante y eficaz, estar basada en la evidencia y ser imparcial e inclusiva, unos objetivos que resultan realizables por medio de una integración eficaz.

La implicación de este argumento es que

los equipos de la salud pública y el papel del sector del voluntariado y la comunidad deberían ser imprescindibles en la agenda de integración, ya que permiten conocer mejor las necesidades de las comunidades locales y pueden prestar servicios específicos y especializados que resulten proactivos a la hora de promover la salud y el bienestar y que ayuden a mejorar los resultados de la atención. La implicación de la salud pública subraya también la idea de que la salud es una responsabilidad colectiva.

Sin embargo, la salud pública ha permanecido en general algo apartada de la planificación y la adquisición de servicios de atención sociosanitaria y, como consecuencia de ello, las intervenciones de la salud pública han tendido con frecuencia a trabajar de forma independiente en la prestación de la atención sociosanitaria. En Inglaterra, por ejemplo, la Visión a 5 Años del Servicio Nacional de Salud (NHS) marca la necesidad de una «prevención y una agenda de la salud pública de carácter más activista», dando a entender que la salud pública debería ocupar un lugar central en la agenda de integración (NHS, 2014, p. 36). Para mejorar verdaderamente los resultados en las personas, el documento de política argumentaba que la integración debe atender a la salud del mismo modo que a la atención sanitaria y debe centrarse en la prevención, la intervención precoz y la promoción del bienestar y la resiliencia. Sin embargo, las estrategias descritas para aumentar los servicios de la salud pública se han mantenido apartadas de los modelos organizativos presentados para conseguir sistemas sanitarios más integrados, tales como proveedores para comunidades de

especialidades múltiples (MCP, del inglés *multispecialty community providers*) y sistemas primarios y agudos (PAC, del inglés *primary and acute systems*).

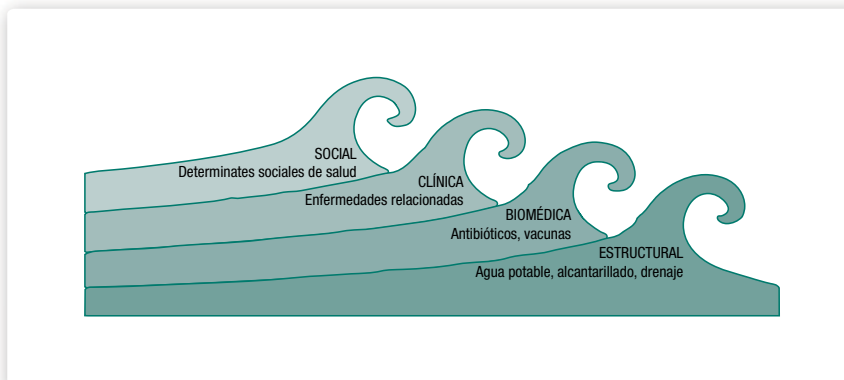
3. LA «QUINTA OLA» DE LA SALUD PÚBLICA: HACIA UNA GESTIÓN DE LA SALUD POBLACIONAL.

El papel de la salud pública en los sistemas sanitarios ha evolucionado en una serie de «olas» desde el origen del movimiento de la salud pública en el Reino Unido, que tuvo lugar en la década de 1830 (Hanlon et al., 2011). En el siguiente diagrama se presenta la teoría de las cuatro olas de la salud pública (véase la Figura 1):

- Ola 1: durante la ola estructural se consiguió una mejora de las condiciones sanitarias. Esta mejora estableció las bases para reforzar la protección de la salud mediante la separación del alcantarillado de las residencias y tuvo un papel fundamental en la notable mejora de la salud poblacional.
- Ola 2: la ola biomédica trajo consigo avances médicos que tuvieron un enorme impacto en la reducción de la mortalidad infantil, gracias a la eliminación de la viruela y la difteria por medio de vacunas.
- Ola 3: durante la ola clínica se logró un mayor conocimiento de los factores de riesgo relacionados con el estilo de vida. El enlace causal entre el tabaco y el cáncer de pulmón y entre el consumo de altas cantidades de grasas animales y las enfermedades coronarias condujo a la realización de actividades de promoción de la salud, como campañas de marketing.

- Ola 4: la ola social supuso un mayor conocimiento de las desigualdades sociales y los determinantes que pueden influir en los resultados.

Gráfico 1: Las cuatro 'olas' de evolución en la salud pública.



Hanlon et al. (2011) abogan encarecidamente por una quinta ola que haga que los responsables de las políticas sanitarias aborden la salud poblacional e incremente la concienciación sobre el valor social de la buena salud, reconociendo la importancia de las redes sociales y el beneficio de prestar atención tanto a la salud como al bienestar. En términos prácticos, esta agenda tiene dos características clave: en primer lugar, la necesidad de adoptar un modelo de atención basado en la salud poblacional; en segundo lugar, el enfoque en la promoción de la salud y la prevención de la mala salud.

La salud poblacional representa un modelo de atención sanitaria que busca mejorar los resultados en la salud de un grupo de individuos, incluyendo la distribución de esos resultados en el grupo. Por tanto, la salud poblacional no se refiere a poblaciones nacionales, sino a comunidades específicas y poblaciones locales en las que la atención sanitaria se puede planificar y

efectuar de forma que queden reflejadas realmente las circunstancias y necesidades locales. Así, un modelo de salud poblacional busca centrarse en las prioridades clave para mejorar la salud y el bienestar con un enfoque específico hacia la superación de las desigualdades en la atención, abordando la prestación de servicios a grupos de difícil acceso y promoviendo la justicia social.

Las pruebas obtenidas en diversos planes de coordinación llevados a cabo con gran éxito a nivel internacional sugieren que la gestión de la salud poblacional es un elemento de diseño fundamental para obtener una atención integrada eficaz (Goodwin et al., 2013, 2014). Es esencial contar con un conocimiento explícito de las necesidades sanitarias de las comunidades, apoyándose cuando sea posible en datos que puedan proporcionar información sobre las prioridades que deberían ser atendidas o sobre los individuos y las localidades en riesgo específico. Sin ese

conocimiento, los programas de atención integrada corren el riesgo de errar el objetivo de sus intervenciones. Esto es algo que puede ocurrir con frecuencia en los planes de gestión de la atención que incluyan a muchas personas «en riesgo» no detectadas, por ejemplo.

También existe una tendencia a nivel internacional a desarrollar modelos de atención integrada con un mayor «enfoque local» centrados en la prestación de una «atención responsable» a poblaciones específicas. Por ejemplo, y volviendo a la experiencia de Inglaterra, su conjunto más reciente de reformas (conocido como Sostenibilidad y Planes de Transformación

[del inglés *Sustainability and Transformation Plans*]) ha fomentado un nuevo impulso para iniciativas significativamente más ambiciosas basadas en la población que introducen nuevos modelos de atención sociosanitaria integrada con el objetivo de mejorar la salud y el bienestar, así como la eficacia de los servicios (Alderwick et al., 2016).

La consecución de mejoras sustanciales y duraderas requerirá, por tanto, de un esfuerzo coordinado. Una forma en la que se puede fomentar es con el desarrollo de un conjunto de principios rectores que resulten viables (véase el Cuadro 1).

Cuadro 1: Marco de principios viables para integrar la salud pública en la prestación y planificación de atención integrada (adaptado del Institute of Medicine, 2012).

Promoción de la salud y prevención de la mala salud en individuos, familias y comunidades locales.

Compartición del objetivo de mejora de la salud poblacional.

Implicación de la comunidad en la definición y la satisfacción de las necesidades sanitarias de la población.

Alineación del liderazgo con el gobierno colectivo.

Sostenibilidad mediante el establecimiento de una infraestructura compartida.

Compromiso con la creación de una relación de valor e impacto duraderos.

Compartición de datos y colaboración en el análisis de los mismos.

4. TRES EJEMPLOS DE CASOS INTERNACIONALES.

4.1. El Sistema Sanitario NUKA, Alaska (EE UU).

Uno de los ejemplos internacionales de mayor éxito que ha demostrado mejoras-

significativas y sostenidas en la salud poblacional es el Sistema Sanitario NUKA implantado en Alaska. A mediados de la década de 1990, la población local determinó que su sistema sanitario debía ser propiedad y estar regido directamente por ellos, aunque desarrollando al mismo tiempo una

«responsabilidad compartida» entre la comunidad local y los proveedores de atención sanitaria en la promoción del bienestar físico, mental y espiritual. La prevención y la promoción constituyen una parte fundamental de los servicios prestados, habiéndose desarrollado un espíritu de «caminar con las comunidades» en cuanto a la forma en que los servicios de atención deberían diseñarse y prestarse. El sistema funciona con la población local actuando como «consumidores-propietarios», en el sentido de que el sistema sanitario está regido por dicha población y es su responsabilidad (Gottlieb, 2013).

Se realizaron inversiones para establecer diversos centros de atención primaria que ofrecieran un conjunto interdisciplinar de servicios, como atención primaria, odontología, optometría, fisioterapia, salud conductual, servicios ambulatorios y tratamiento residencial para adolescentes y mujeres. Se prestó especial atención a la inclusión de las prácticas curativas tradicionales y de la medicina complementaria valoradas por la población local, así como a la atención médica domiciliaria, la educación sanitaria y los programas específicos de apoyo a mayores y niños.

Entre los resultados clave obtenidos desde 1997 se encuentran los siguientes:

- mayor número de inscripciones en la atención primaria, pasando del 35% al 95% de la población;
- acceso en el mismo día para consultas rutinarias, cuando antes se necesitaban 4 semanas;
- eliminación de las listas de espera para consultas de salud conductual;
- incremento de la satisfacción de los pacientes y del personal con un mayor respeto por la cultura y las tradiciones;
- reducción de la rotación del personal en un 75%;
- reducción significativa del uso innecesario de asistencia y tratamientos especializados, incluyendo una reducción del 36% en los días de hospitalización; una reducción del 42% en las visitas al servicio de urgencias; y una reducción del 58% en el tratamiento en clínicas especializadas; y
- mejora en los resultados de la atención en personas con cáncer, obesidad, diabetes y caries dental, además de reducción en los niveles de abuso infantil, abandono infantil, violencia doméstica, consumo de drogas y suicidios (Gottlieb, 2013).

4.2. **Gesundes Kinzigtal, Alemania.**

Otro importante ejemplo internacional de cómo se ha conseguido este objetivo con un éxito significativo es el modelo adoptado en Kinzigtal (Alemania). Para esta comunidad, se ha formado una coalición orientadora integrada por más de cien socios para promover la salud poblacional en una comunidad de 35.000 personas. Las actividades de prevención y promoción apuntalan el objetivo de conseguir un «Kinzigtal saludable» en todo el espectro de proveedores y de compartir la responsabilidad por los resultados de salud poblacional mediante un contrato de «mejora de salud compartida». Con este modelo de «sistema completo» no solo se han visto mejoras demostrables en la calidad de vida de la población, sino que también se han reducido significativamente los costes (Groene y Hildebrandt, 2017).

El sistema funciona como una unión de empresas de una compañía regional de gestión sanitaria (Optimedis AG) en cooperación con una red de médicos (Red de Calidad Médica-Iniciativa de Médicos de Kinzigal). Desde enero de 2006, Gesundes Kinzigal ha sido responsable contractual de la atención sanitaria de la población y colabora con casi 100 proveedores, entre los que se incluyen médicos de familia, especialistas, hospitales, psicoterapeutas, residencias para mayores, agencias de atención ambulatoria en el hogar (atención social) y fisioterapeutas. Más recientemente se han incluido acuerdos con farmacias, clubes de salud y deportivos, empresas con programas de promoción de la salud en el lugar de trabajo, centros educativos para adultos, grupos de autoayuda y gobiernos locales.

Una de las características fundamentales de Gesundes Kinzigal es el desarrollo de un modelo de «mejora de salud compartida» por medio de un contrato de ahorro compartido. Alcanzar este objetivo implica el ahorro de dinero en la región de Kinzigal con respecto a los costes normalizados alemanes (costes medios y ajustados al riesgo en todas las cajas de seguros de enfermedad) y con respecto a un periodo de referencia antes de la intervención. El presupuesto es «virtual», de modo que los proveedores siguen recibiendo el pago directo de las cajas de seguros de enfermedad (no se realiza a través de Gesundes Kinzigal), pero si las cajas de seguros de enfermedad gastan menos de la media nacional en la población asegurada de Kinzigal, los «ahorros» son compartidos entre las cajas de seguros de enfermedad y Gesundes Kinzigal.

Los sistemas de atención integrada han permitido desarrollar estrategias clave que unen a los socios para proporcionar servicios de una manera diferente; por ejemplo, mediante planes de tratamiento individuales y acuerdos de fijación de objetivos entre médicos y pacientes, mediante un modelo de autogestión de los pacientes y toma de decisiones compartida, y con una atención de seguimiento y una gestión de casos apoyada por un registro electrónico de pacientes a nivel de todo el sistema. Las actividades de prevención y promoción desempeñan un papel clave; por ejemplo, con programas escolares, con la salud en el lugar del trabajo, con campañas de aumento de la concienciación y con festivales promovidos por la comunidad que celebran la salud y el bienestar.

Entre los resultados clave desde 2006 se encuentran los siguientes:

- Mayor nivel de satisfacción de los pacientes y cambios positivos en el comportamiento con respecto a la salud y en la calidad de vida de acuerdo con sus propios informes;
- Reducción comparativa de la mortalidad en un 50% en 2,5 años de participación en Gesundes Kinzigal (tasa de mortalidad del 1,76% en comparación con 3,74% en el grupo de comparación);
- Estancias más cortas y menor número total de días en cama en hospitales, aun cuando ha aumentado el número total de admisiones;
- Mejora del margen de contribución de 151€ por persona al año en los tres primeros años de funcionamiento en la población con atención integrada;

- Reducción de los costes totales para la aseguradora, con una mejora en la eficiencia ajustada a la morbilidad entre 2007-2010 de más del 16% de los costes totales (incluidos los costes farmacéuticos, hospitalarios, de enfermería, de urgencias, de fisioterapeutas y de bajas por enfermedad) (Groene y Hildebrandt, 2017).

4.3. Canterbury, Nueva Zelanda.

El sistema sanitario de Canterbury, Nueva Zelanda, ha emprendido una considerable transformación para adoptar un modelo de «atención responsable» mediante la formación de alianzas entre diferentes socios en la atención, que incluyen a la comunidad y grupos de voluntarios. Como consecuencia de los cambios realizados a lo largo de un periodo de más de diez años, el sistema sanitario ha permitido prestar una mayor atención y apoyo en los hogares y las comunidades de las personas con una moderación de la demanda de atención hospitalaria, especialmente entre las personas de más edad (Charles, 2017).

La experiencia de Canterbury empezó con el reconocimiento de que era una economía sanitaria de bajo rendimiento con servicios de atención altamente fragmentados y un índice de hospitalizaciones creciente y descontrolado. Después de una serie de talleres celebrados con pacientes, médicos clínicos y gerentes surgió una nueva visión unificada de «un sistema, un presupuesto» que pretendía conectar de nuevo a los proveedores de atención sanitaria. Esto se consiguió inicialmente con el desarrollo de planes asistenciales mejorados para los pa-

cientes (la iniciativa Rutas de Salud [Health Pathways]) y con el apoyo de una alianza formal entre líderes, profesionales y proveedores sanitarios de todo el sistema sanitario (la Red Clínica de Canterbury [Canterbury Clinical Network]) (Dolan et al., 2017).

En 2010, este modelo basado en la comunidad y centrado en la salud poblacional se plasmó en tres principios rectores para su sistema sanitario: prestar apoyo a las personas para que asuman una mayor responsabilidad con respecto a su propia salud; prestar apoyo a las personas para que se mantengan en buen estado de salud en sus propios hogares y comunidades; y hacer posible que las personas reciban una atención apropiada y oportuna en caso de tener necesidades complejas. En febrero de 2011, el sistema sanitario transformado se puso a prueba después de un grave terremoto, aunque a largo plazo esta situación se tradujo en una aceleración de la reflexión y las iniciativas sobre atención basada en la comunidad (Gullery y Hamilton, 2015).

Hoy en día, el sistema sanitario de Canterbury presta apoyo a más personas en sus hogares y comunidades y tiene una demanda moderada de atención hospitalaria, en especial entre las personas de más edad. En comparación con el resto de Nueva Zelanda, Canterbury tiene unos índices de ingresos médicos por trastornos agudos más bajos; unos índices de reingresos por trastornos agudos más bajos; unas estancias medias más cortas; un menor uso de los servicios de urgencias; unos gastos superiores en servicios basados en la comunidad; y unos gastos inferiores en atención hospitalaria de urgencias. La mejora de la

interconexión entre la atención primaria y la secundaria ha dado lugar a derivaciones de pacientes de mayor calidad, a la reducción de los tiempos de espera y a un menor gasto en pruebas patológicas y de obtención de diagnóstico por imágenes (Charles, 2017).

Entre las enseñanzas clave obtenidas de la experiencia de Canterbury se encuentran las siguientes (de acuerdo con Dolan et al., 2017):

- Centrarse en la persona y crear un potente sentimiento de identidad;
- Crear una visión y unos principios clave que den forma a los comportamientos y las acciones;
- Encender la pasión y el compromiso;
- Fomentar una mejora continua;
- Desarrollar redes integradas de atención que permitan y faculten el cambio;
- Capacitar y confiar en las personas para que proporcionen soluciones.

5. CONCLUSIONES.

Aunque se está llevando a cabo un gran trabajo a nivel internacional para demostrar cómo se puede entretelar la salud pública de una forma proactiva con estrategias de atención integrada, sigue siendo difícil para muchos poderes adjudicadores invertir en actividades de prevención y promoción. Con frecuencia, la oportunidad de invertir en estrategias de prevención y de promoción de la salud a largo plazo se ve contrarrestada por los factores siguientes: la necesidad de actuar rápidamente; las incertidumbres sobre cómo implementar de forma eficaz esas estrategias; y la falta

de convicción asociada de que se pueda obtener un «retorno de la inversión» suficientemente bueno dada la realidad de las limitaciones financieras y las demandas rápidamente crecientes de atención.

Aunque son tiempos de austeridad financiera en los que se estiran los presupuestos y en los que el plan subyacente es entregar más por menos, no ha habido nunca argumentos más sólidos para invertir en atención sanitaria primaria y en otros servicios de una forma que pueda ayudar a mantener a las personas en buen estado de salud y prestarles así apoyo para que tengan una vida más saludable, cuiden de sí mismas y sigan siendo independientes y estando activas para que, en última instancia, permanezcan fuera del hospital y de las instalaciones de atención a largo plazo. El reto está en conseguir que este planteamiento funcione a gran escala, de forma que pueda introducirse un cambio real en la forma en que se prestan los servicios sanitarios y de atención. Sin embargo, dentro de ese reto, parece que conseguir un impacto sostenido y sustancial requiere un trabajo duro e incesante a nivel local en el que hace su aparición un cambio fundamental a través de la combinación de ganancias marginales a lo largo del tiempo (Bohmer, 2016).

Lo que nos dicen las evidencias obtenidas es que los sistemas de atención que han creado de forma eficaz un modelo basado en la salud poblacional proporcionando atención integrada basada en la comunidad son tal vez los que posean un mayor potencial para el cambio transformacional para cumplir la «triple finalidad» de mejorar las experiencias de atención y los resultados

de la atención, reduciendo al mismo tiempo los costes de dicha atención. Esto requerirá el desarrollo continuo de sistemas de atención responsable en los que trabajen juntos múltiples proveedores de atención socio-sanitaria bajo nuevas formas de organizaciones de gobierno colectivo y marcos de compartición de riesgos que trabajen con y junto a las comunidades locales. A día de hoy, el desarrollo de estos sistemas es algo raro, ya que se enfrentan a retos continuos y significativos que requieren un liderazgo comprometido y sostenido, y que necesitan un tiempo considerable para desarrollarse y madurar.

Agradecimientos.

Este artículo se basa en un documento de posición no publicado elaborado por la International Foundation of Integrated Care (Fundación Internacional de Atención Integrada, IFIC) con financiación de Public Health England. Los puntos de vista expresados en el artículo son exclusivamente los de sus autores.

6. BIBLIOGRAFÍA.

Alderwick, H., Dunn, P., McKenna, H., Walsh, N. y Ham, C. (2016) Sustainability and Transformation Plans in the NHS In: How are they being developed in practice? (Sostenibilidad y planes de transformación en el Servicio Nacional de Salud [NHS] de Inglaterra: ¿cómo se están desarrollando en la práctica?) Londres: The King's Fund.

Barnett, K., Mercer, S., Norbury, M., Watt, G., Wyke, S., Guthrie, B. (2012) Epidemiology of multimorbidity and implications for health care, research, and medical education: a cross-sectional study (Epidemiología de la multimorbilidad e implicaciones para la atención sanitaria, la investigación y la educación médica: un estudio transversal). *The Lancet*, 308, 37-43.

Bohmer, R. (2016) The hard work of care transformation (El duro trabajo de la transformación de la atención). *New England Journal of Medicine*, 375(8), 709-710.

Charles, A. (2017) Developing accountable care systems – lessons from Canterbury, New Zealand (Desarrollo de sistemas de atención responsable: enseñanzas de Canterbury, Nueva Zelanda). The King's Fund, Londres, agosto de 2017.

Dolan, B., Gullery, C., Hamilton, G., Mates, D. (2017) New Zealand: Canterbury Tales, in 573-585 (Nueva Zelanda: Cuentos de Canterbury, en 573-585).

Ferrer, L. (2015) Engaging patients, carers and communities in the provision of coordinated/integrated health services: strategies and tools (Implicación de pacientes, cuidadores y comunidades en la provisión de servicios de salud coordinados/integrados). Oficina Regional de la OMS para Europa, Copenhague.

Goodwin, N., Amelung, V., Stein, V. (2017) What is integrated care? (¿Qué es la atención integral?) En Amelung V, Stein V, Goodwin N, Balicer R, Nolte E, Suter E (eds.) (2017) *Handbook Integrated Care (Manual de atención integral)*. Springer International Publishing, 3-24.

Goodwin, N., Dixon, A., Anderson, G., Wodchis, W. (2014) Providing integrated care for older people with complex needs. Lessons from seven international case studies (Prestación de una atención integral para las personas mayores con necesidades complejas. Enseñanzas de siete estudios de casos internacionales). (Sostenibilidad y planes de transformación en el Servicio Nacional de Salud [NHS] de Inglaterra: ¿cómo se están desarrollando en la práctica?) Londres: The King's Fund.

Goodwin, N., Sonola, L., Thiel, V., Kodner, D. (2013) Co-ordinated care for people with complex chronic conditions. Key lessons and markers for success (Atención coordinada para personas con problemas de salud crónicos complejos. Enseñanzas y marcadores clave para el éxito). (Sostenibilidad y planes de transformación en el Servicio Nacional de Salud [NHS] de Inglaterra: ¿cómo se están desarrollando en la práctica?) Londres: The King's Fund.

Gottlieb, K. (2013) The Nuka System of Care: Improving Health through Ownership and Relationships (El Sistema Sanitario Nuka: mejora de la salud a través de la participación y las relaciones). *Int J Circumpolar Health*, 72, 21118.

Groene, O., Hildebrandt, H. (2017) Germany: Evolution and Scaling-Up of the Population-Based Integrated Health Care System "Gesundes Kinzigtal" (Alemania: evolución y ampliación del sistema de atención sanitaria integral centrado en la población, en Amelung, V., Stein, V., Goodwin, N., Balicer, R., Nolte, E., Suter E (eds.) (2017) *Handbook Integrated Care (Manual de atención integral)*. Springer International Publishing, 511-524.

Gullery, C., Hamilton, G. (2015) Toward integrated person-centred health care – the Canterbury journey (Hacia una atención sanitaria integral centrada en la persona: el viaje de Canterbury). *Future Hospital Journal*, 2, 111-116.

Hanlon, P., Carlisle, S., Hannah, M., Reilly, D., Lyon, A. (2011) Making the case for the 'fifth wave' in public health (En apoyo de la «quinta ola» en la salud pública). *Public Health*, 125 (1) 30-36.

Institute of Medicine (2012) For the Public's Health: Investing in a Healthier Future (Instituto de Medicina (2012) para la salud pública: inversión en un futuro más saludable). Institute of Medicine of the National Academies, EE. UU.

NHS (2014) Five Year Forward View. NHS England (Visión a Cinco Años. Sistema Nacional de Salud [NHS] de Inglaterra), disponible en:

Ovretveit, J. (2011) Does clinical coordination improve quality and save money? (¿Sirve la coordinación clínica para mejorar la calidad y ahorrar dinero?) The Health Foundation, Londres, junio de 2011.

Convenio marco de la OMS (2016) para los servicios sanitarios integrales centrados en la persona. Informe de la Secretaría, 69.a Asamblea Mundial de la Salud, Organización Mundial de la Salud, Ginebra.

RED DE BUENAS PRÁCTICAS DE LA FUNDACIÓN PILARES PARA LA AUTONOMÍA PERSONAL RELACIONADAS CON EL MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL Y CENTRADA EN LA PERSONA.

PILAR RODRÍGUEZ RODRÍGUEZ

Presidenta de Fundación Pilares.

PENÉLOPE CASTEJÓN VILLAREJO

Directora Técnica de Fundación Pilares.

ANA GARCÍA MENDOZA

Responsable de la Red de Buenas Prácticas. Fundación Pilares.

SUMARIO

1. JUSTIFICACIÓN.

2. DESCRIPCIÓN DE LA INICIATIVA.

3. MÉTODO.

4. OBJETIVOS.

5. RESULTADOS.

6. BIBLIOGRAFÍA.

PALABRAS CLAVE

Calidad de vida; Cuidados de larga duración; Conocimiento; Cooperación e Innovación.

RESUMEN

La Red de Buenas Prácticas Modelo y Ambiente es un proyecto de la Fundación Pilares para la Autonomía Personal consistente en recopilar, sistematizar y divulgar Buenas Prácticas (BBPP), coherentes con alguna de las dimensiones relacionadas con el Modelo de Atención Integral y Centrada en la Persona (MAICP), dirigidas a incrementar la calidad de vida de personas en situación de fragilidad, discapacidad o dependencia. Al mismo tiempo, alberga un repositorio de documentación relacionada con el MAICP (antecedentes, bases científicas, resultados de investigación, monográficos, manuales teóricos y conceptuales, guías de aplicación, etc.).

KEYWORDS

Quality of life; Long-term care (LTC); Knowledge; Cooperation and Innovation.

ABSTRACT

“Model and Ambient” Best Practices´ Network is a project by the Pilares Foundation for Personal Autonomy consisting of compiling, systematizing and disseminating Good Practices (GP), in line with some of the dimensions related to the Integrated and Person-Centred Care Model (IPCCM), aimed at increasing the quality of life for people in situations of fragility, disability or dependency. At the same time, it contains a repository of documentation related to IPCCM (background, scientific basis, research results, monographs, theoretical and conceptual manuals, application guides, etc.).

1. JUSTIFICACIÓN.

La Encuesta sobre Discapacidad, Autonomía personal y situaciones de Dependencia (EDAD), elaborada por el INE en el 2008, es la última de las macro-encuestas desarrolladas para dar respuesta a la demanda de esta información sobre los fenómenos de la discapacidad, y la dependencia de la población residente en España. Dicha encuesta cifra en 3.847.854 el número total de personas con alguna discapacidad o limitación, lo que supone un 8,5% de la población; de ellos, 2.148.548 son personas en situación de dependencia (55,8%), es decir, precisan la ayuda de una tercera persona, pues no pueden valerse por sí mismas. Sigue existiendo una clara correlación entre discapacidad y edad, pues una gran parte de las personas con discapacidad (el 58%, 2.227.086 personas extrapolándolo a números absolutos) tienen 65 o más años. Esa misma fuente cifraba en 1.400.293 las personas mayores en situación de dependencia. Por lo tanto, en aquel momento, la prevalencia de discapacidad entre la población mayor era de un 30%, y del 19% si hablamos de dependencia.

Desde organismos internacionales, como la OCDE y la OMS, se advierte de la importancia de reconocer que los servicios existentes en materia de Dependencia y, por tanto, de Cuidados de Larga Duración (CLD), “son anticuados, están fragmentados y no responden a las necesidades reales de las personas y de sus familias”. Por ello, desde su Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud (2015), la OMS reclama la “obligatoriedad” de mantener una agenda “revolucionaria” que avance con

propuestas innovadoras hacia la atención integrada y centrada en las personas. Para ello se precisa -advierte la OMS- una profunda transformación de los sistemas de salud y de servicios sociales. Por su parte, la OCDE (2011, 2013), en coincidencia con la comunidad científica, también viene insistiendo en la necesidad de llevar a cabo políticas transversales que puedan responder a las necesidades de una atención integral y centrada en las personas que precisan CLD, que apoye mejor a las familias cuidadoras y que sea sostenible económicamente.

El cambio de modelo en la línea señalada es un proceso que, forzosamente y tal como se recoge en la literatura y en los resultados de proyectos piloto de implementación, ha de ser largo y difícil al tratarse, nada menos, que de un cambio de paradigma que requiere de una amplia base de conocimiento, formación y cambios organizativos, así como del apoyo de las Administraciones competentes.

La Red de Buenas Prácticas (BBPP) Modelo y Ambiente de la Fundación Pilares para la Autonomía Personal precisamente se puso en marcha para contribuir al apoyo de este proceso de cambio a través de la visibilización y el intercambio de experiencias innovadoras. Se daba así respuesta a la demanda de diferentes Administraciones Públicas, de muchos y muchas profesionales de toda España, así como del resto de agentes del sector de los CLD que están interesados o trabajan en la Atención Integral y Centrada en la Persona (AICP), modelo sobre el que lleva trabajando nuestra Fundación desde que ésta inició su andadura, en el año 2010.

Se define la Atención Integral y Centrada en la Persona (AICP) como aquella que “promueve las condiciones necesarias para la consecución de mejoras en todos los ámbitos de la calidad de vida y el bienestar de la persona, partiendo del respeto pleno a su dignidad y derechos, de sus intereses y preferencias y contando con su participación efectiva” (Rodríguez, 2014).

Se identifican dos grandes dimensiones en la conceptualización teórica y aplicada de la AICP:

- Por una parte, la que se corresponde con la atención integral (es decir, completa), que debe contemplar los aspectos biomédicos, psicológicos, sociales y medioambientales que nos constituyen como personas y que, cuando alguien se encuentra en situación de dependencia, han de tenerse en cuenta en su conjunto para promover su calidad de vida. Consecuentemente con ello, resulta exigible cambiar el eje de la orientación de las normativas, recursos, programas e intervenciones profesionales, de tal manera que dejen de girar en torno a los propios servicios y se organicen de forma que sean capaces de responder, de manera integrada, a las necesidades multidimensionales de las personas que precisan apoyos, incluyendo la formación y el empoderamiento a las personas para su propio autocuidado y a las personas cuidadoras para el buen cuidado (cuidador/a experto).
- La otra dimensión del MAICP es el enfoque de atención centrada en la persona (ACP), reconocido internacionalmente desde hace ya varias décadas como uno

de los ejes clave para mejorar la calidad de los servicios de salud y de cuidados de larga duración.

La necesidad de contar con apoyos como los que suministra esta Red se sustenta, como se ha dicho, en la demanda de los diferentes agentes del sector de la dependencia y, en especial, de sus profesionales, que, en su mayoría, trabajan dentro de un modelo de carácter asistencialista en el que predominan, por encima de los deseos y los derechos de las personas que precisan CLD, las necesidades de las organizaciones y las decisiones profesionales. Cambiar el modelo significa que han de contar con conocimiento teórico y aplicado sobre algunos aspectos inherentes a la AICP, que vienen a subsanar muchas de las necesidades que los actuales modos de intervención originan. Entre ellos:

- Evitar que existan tantas dificultades para que las personas que requieren apoyos puedan conocer, acceder y beneficiarse de los diversos, dispersos y descoordinados recursos y servicios públicos y privados existentes en su comunidad, situación que provoca en ocasiones que las personas no puedan vivir de acuerdo a sus preferencias y que se lesione así su autoestima, autonomía e independencia.
- Disminuir la sobrecarga y la claudicación de las familias cuidadoras, promoviendo que aprendan a cuidar bien, pero también a autocuidarse. Para ello, han de recibir formación, no solo sobre los cuidados relacionados con la dependencia, sino también sobre aspectos éticos que resultan en el aprendizaje de habilidades

y estrategias para favorecer el respeto por las decisiones de las personas a las que cuidan (promoción de la autonomía) y, asimismo, sobre cómo compatibilizar el buen cuidado con la realización de su propio proyecto de vida.

- Procurar que desde los servicios sociales y sanitarios y las organizaciones del sector se conozca la evidencia científica y se aprecien los beneficios del trabajo comunitario: la existencia de vínculo con las redes de la comunidad beneficia a las personas (calidad de vida y salud), a la propia comunidad (inclusión social, voluntariado) y a los propios servicios de protección social (eficiencia en costes al producir sinergias entre los servicios públicos y los privados y los provenientes del sector informal).
- Mejorar los servicios de atención domiciliaria para que éstos resulten más atractivos a las familias, aprovechando los resultados de investigación realizados en Europa y en España, promover las mejoras oportunas para el mejor uso de la figura del asistente personal y dar a conocer cómo mejorar la vivienda y las ayudas para la adaptación del propio domicilio y para el uso de los productos de apoyo y la tecnología.
- Evitar el desconocimiento y/o confusión existente en muchos ámbitos sobre el modelo (en ocasiones se habla de él sin la suficiente profundidad y se simplifica y banaliza la envergadura de los cambios a desarrollar para lograr su implementación). Para ello, difundir experiencias aplicadas, ofrecer jornadas y otras activida-

des formativas, disseminar conocimiento a través de guías y otros materiales técnicos que acompañen al cambio, tanto en la dimensión de integralidad e integración de servicios y de sus metodologías (gestión de casos, integración sociosanitaria y con otros sectores...), como de atención centrada en la persona (historia de vida, planes personalizados de atención y de apoyo al proyecto de vida, profesional de referencia, cambio de roles profesionales y de las organizaciones, actividades terapéuticas con sentido para las personas, cambios ambientales...) se considera muy conveniente.

- Contribuir al mejor y mayor conocimiento de las nuevas propuestas que se están produciendo para mejorar la atención en centros. En los ya existentes se precisa contar con conocimiento sobre cómo trabajar desde el desarrollo organizacional y el liderazgo transformacional la aplicación del modelo; recibir formación y acompañamiento in situ al cambio trabajando los elementos esenciales del modelo ya mencionados, pero contextualizados en cada realidad concreta (porque siempre son diferentes las características de los centros y de los lugares en los que se ubican). En este proceso de formar y acompañar debe incluirse la transformación del ambiente físico del centro (decoración modelo hogar), la creación de unidades de convivencia, si procede, etc. Y también estudiar nuevas fórmulas de alojamiento y dar a conocer sus resultados de evaluación (viviendas colaborativas, tipo cohousing; viviendas y apartamentos con servicios, alojamientos intergeneracionales, etc.).

2. DESCRIPCIÓN DE LA INICIATIVA.

La Red Modelo y Ambiente es un proyecto de la Fundación Pilares para la Autonomía Personal mediante el que se recopilan, sistematizan y divulgan Buenas Prácticas (BBPP), coherentes con alguna de las dimensiones relacionadas con el MAICP y dirigidas a incrementar la calidad de vida y el bienestar de personas en situación de fragilidad, discapacidad o dependencia, sus familias cuidadoras y los y las profesionales que actúan en los diversos procesos: planificación, normativa, gestión o intervención.

Para alojar la Red creamos un sitio web específico para ella (www.modeloyambiente.net), si bien puede accederse al mismo, bien directamente en esa dirección, bien a través del portal de la Fundación (<http://www.fundacionpilares.org/modeloyambiente/index.php>).

Catálogo de Buenas Prácticas.

El catálogo de Buenas Prácticas es el espacio virtual donde se recogen experiencias de todo el territorio español, a través de entidades y profesionales que socializan diferentes experiencias con el fin de generar una comunidad de aprendizaje mediante la cooperación y la innovación

Ámbitos de actuación.

El Catálogo de Buenas Prácticas se divide en diferentes ámbitos:

- Experiencias aplicadas de atención o de intervención que favorezcan la autonomía personal, la independencia funcional, el

bienestar y la participación de las personas que tienen necesidad de apoyos.

- Desarrollo de diseños arquitectónicos innovadores y actuaciones ambientales que favorezcan la accesibilidad, la amigabilidad, el bienestar, la personalización, en diferentes ambientes (unidades de convivencia en residencias, viviendas y apartamentos con apoyos, viviendas colaborativas –cohousing–, centros, espacios públicos, etc.).
- Diseño e/o implementación de tecnologías, productos de apoyo y TIC para favorecer la autonomía, la independencia, el bienestar y la seguridad, tanto de las personas que tienen necesidad de apoyos como de las personas que les atienden o cuidan.
- Innovaciones organizativas, metodológicas o normativas que medien o favorezcan la puesta en marcha o el avance del modelo.
- Programas de investigación, modelos de evaluación, programas de formación y/o de acompañamiento que validen y/o ayuden a generar conocimiento y avances en su desarrollo.
- Acciones de comunicación dirigidas a romper los estereotipos e imágenes erróneas sobre la vejez, la discapacidad, la enfermedad, etc. y que propongan una visión holística y ajustada de las personas, poniendo en valor sus logros y capacidades.

Ámbitos de actuación.



Modalidades de participación.

Existen dos modalidades de participación en la RED:

- Amigas y amigos de la RED. Para quienes están en el inicio del proceso o, sin haberlo iniciado aún, están interesados en conocer más sobre el modelo: sus posibles aplicaciones, avances, documentación generada al respecto, recomendaciones, jornadas formativas y técnicas, y otro tipo de eventos. A tal efecto, los amigos/as de la RED van recibiendo información sobre estos aspectos a través de correo-e.
- Miembros de la RED. Son aquellas entidades que, además de recibir información, la facilitan, y socializan sus iniciativas y experiencias concretas, enriqueciendo así el catálogo de BBPP en cualquiera de los 6 ámbitos de actuación establecidos.

Materiales Útiles.

Además del Catálogo de Buenas Prácticas, la RED cuenta con un repositorio de documentación técnica al respecto, bajo el nombre de Materiales Útiles, de libre acceso y en el que pueden hallarse todo tipo de documentos (artículos científicos, libros, informes, guías, vídeos, etc.) sobre los desarrollos, avances e innovaciones más punteras en la provisión de atención y cuidados, que pueden servir de soporte necesario para la implantación y extensión del Modelo AICP.

La sección de Materiales Útiles está ordenada y clasificada en diferentes temáticas (http://www.fundacionpilares.org/modelo-yambiente/materiales_utiles.php):

- Informes generales sobre envejecimiento y discapacidad.
- Promulgación de derechos y buen trato

hacia personas mayores, con discapacidad y/o en situación de dependencia.

- Conceptualización y aplicación del modelo de atención integral y centrada en la persona.
- Guías prácticas para la aplicación del modelo (ACP en gerontología, PCP en discapacidad, familias cuidadoras, atención en domicilios y comunidad, atención en residencias y centros de día...)
- Participación Social e Intervención Comunitaria.
- Arquitectura, accesibilidad y TIC.

En esta línea de impulso al conocimiento y generalización del modelo, elaboramos propuestas para su conceptualización en sus dos dimensiones (atención integral e integrada, y atención centrada en la persona); editamos desde nuestra línea editorial publicaciones sobre la teoría y la práctica de implementación del modelo, que se ofrecen en abierto y pueden descargarse gratuitamente; desarrollamos programas formativos y de acompañamiento al cambio con Administraciones Públicas, proveedores de servicios, Universidades y otras entidades de carácter científico... También organizamos permanentemente actividades formativas. Entre ellas, organizamos, conjuntamente con la Universidad de Vic/ Universidad Central de Cataluña el Máster de Atención Integral y Centrada en la Persona, dirigido por nuestra presidenta.

Premios Fundación Pilares.

Por último, y persiguiendo dos objetivos: impulsar el intercambio y trabajo conjunto, por un lado, y el reconocimiento de los avances de aplicación del Modelo, por otro,

en el marco de la RED organizamos de forma bienal un encuentro de ámbito estatal consistente en una jornada técnica y en la celebración de los PREMIOS FUNDACIÓN PILARES, que reconoce los mejores proyectos de experiencias innovadoras alojados en la Red. En la Jornada se favorece que profesionales y otros agentes del sector pueden, por un día, sustituir el espacio virtual por el cara a cara, conocer y trabajar avances teóricos y técnicos, y compartir y celebrar experiencias de éxito.

A quién va dirigida esta RED.

Nos dirigimos especialmente a los siguientes agentes:

- Instituciones públicas/privadas de atención personal, sociosanitaria, vivienda, transporte, tecnología, comunicación, urbanismo, etc.
- Profesionales del ámbito de la intervención social, sanitaria, arquitectura, vivienda, tecnología, comunicación, investigación...
- Universidades y otras entidades científicas.
- Organizaciones representativas de personas mayores y de personas con discapacidad.
- Organizaciones de voluntariado.
- Proveedores de servicios.
- Medios de comunicación.

Qué ventajas tiene pertenecer a la RED.

Ser miembro de la Red tiene como ventaja principal sumarse a un movimiento que pretende la excelencia de las respuestas que la sociedad ofrece hoy a las personas que precisan apoyos por su situación de

discapacidad, fragilidad o dependencia. Esta Red plantea que ese avance puede realizarse mediante la participación en el desarrollo del modelo de atención integral y centrada en la persona.

- Ser miembro de la Red permite la incorporación y participación en una comunidad de aprendizaje.
- Ser miembro de la Red permite ofrecer y beneficiarse del conocimiento acumulado entre todos sus componentes.
- Ser miembro de la Red da derecho a participar en el concurso bienal que convocaremos para premiar las mejores BBPP desarrolladas.
- Ser miembro o amigo de la Red da derecho a recibir información y facilidades para participar en las reuniones técnicas, jornadas, encuentros, simposios, etc. que organicemos.
- Siendo miembro o amigo de la Red también puedes participar enviándonos información, documentos, informes, resultados de estudios, propuestas, o sugerencias que se relacionen con los objetivos de la Red o sumándote a los foros que pongamos en marcha.
- Ser miembro de la Red permite recibir, si la entidad así lo solicita, un informe de valor por escrito de la práctica, tanto en lo que tiene de puntos fuertes como de ámbitos de mejora, para que la entidad lo aplique en la medida en que lo considere oportuno.

3. MÉTODO.

La adhesión a la RED requiere del cumplimiento de una serie de criterios:

Criterios básicos.

- **Pertinencia.** Se consideran buenas prácticas aquellas iniciativas congruentes con los principios del modelo de Atención Integral y Centrada en la Persona. Para ello, tienen que cumplir con los principios del modelo.
- **Innovación.** La iniciativa presentada plantea cambios o cuestiona enfoques tradicionales relacionados con la imagen de las personas o con el modo de desarrollar intervenciones o actuaciones.
- **Transferibilidad.** Las iniciativas deben posibilitar su generalización, replicabilidad o adaptación a otros contextos.

Criterios complementarios.

- **Diseño o resultados de evaluación.** La iniciativa debe demostrar la consecución de sus objetivos, bien mediante el diseño de la evaluación (para iniciativas no evaluadas), bien mediante la documentación de los resultados de la misma.
- **Sostenibilidad.** Se valorará que las iniciativas se sostengan en el tiempo, para ello deben contar con los recursos humanos, técnicos y económicos necesarios; o que los cambios generados se mantengan una vez finalizada la experiencia.
- **Trabajo en red.** Se valorarán aquellas iniciativas que construyan y mantengan relaciones de cooperación y coordinación entre diferentes agentes/entidades, con el fin de optimizar recursos y ofrecer

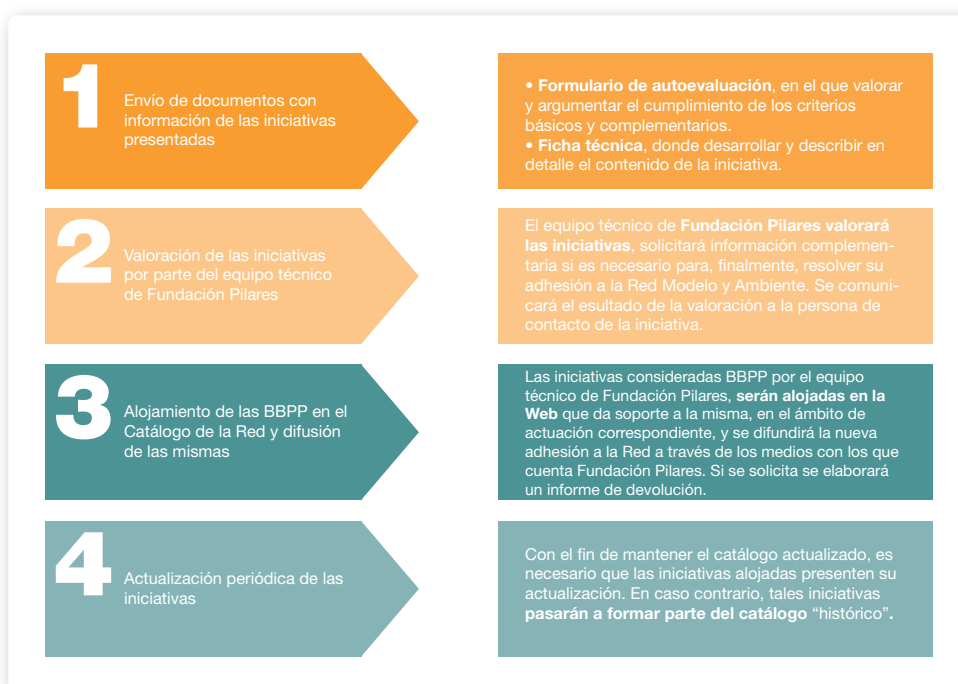
respuestas integrales.

- **Impacto social.** Aquellas iniciativas que muestren incidencia beneficiosa sobre la propia comunidad, más allá de sus resultados esperados: generación y mejora de empleo, incremento de conocimiento, generación de capital social, etc.
- **Impacto de género.** Debido a la alta feminización del sector de la atención a las situaciones de dependencia, tanto si se atiende a la demanda (personas que requieren apoyos) como si se mira hacia la oferta (profesionales y personas cuidadoras del ámbito familiar), las iniciativas que contemplen el enfoque de género ampliarán su valor.
- **Liderazgo y trabajo en equipo.** Con el fin de dar consistencia y estabilidad, las iniciativas aumentan su valor si están respaldadas y/o lideradas por los equipos

directivos de las entidades que las ponen en marcha.

La metodología que se sigue para la aplicación de los mencionados criterios consiste en que la propia entidad, o profesionales responsables de la iniciativa, apliquen un formulario de autoevaluación inicial en el que se contienen dichos criterios, con el fin de que sirva como herramienta y guía de utilidad para su identificación y facilitar, así, la autoevaluación de las propuestas que, más tarde, son valoradas por el equipo técnico de la Red de Fundación Pilares y aquellas que son consideradas buenas prácticas, se cuelgan en la Web que aloja la RED, socializando así la experiencias de forma pública.

Gráfico 2. Procesos de Adhesión a la Red Modelo y Ambiente.



Se consideran Buenas Prácticas, desde el planteamiento de esta RED, aquellas experiencias y actuaciones innovadoras, sistematizadas y documentadas que, aplicando formas de intervención coherentes con el modelo, se orientan a la consecución de mejoras en todos los ámbitos de la calidad de vida y el bienestar de las personas que requieren apoyos, salvaguardando su dignidad, derechos, intereses y preferencias y contando con su participación efectiva. Es decir, iniciativas encaminadas a la implantación y/o perfeccionamiento del MAICP, que puedan constituirse como referentes para servir de orientación o replicarse en otros contextos.

4. OBJETIVOS.

Objetivo General.

Contribuir a la mejora continua de la calidad de vida de personas con necesidad de apoyos y/o cuidados de larga duración, por su situación de discapacidad o dependencia, desde la aplicación y extensión del Modelo de Atención Integral y Centrada en la Persona (MAICP).

Objetivos específicos.

- Generar, apoyar y dinamizar una comunidad de aprendizaje sobre el MAICP mediante el contacto, intercambio, evaluación y cooperación entre entidades públicas y privadas, profesionales, asociaciones y resto de agentes que intervienen en el sector de la dependencia y la discapacidad.
- Reconocer, poner en valor y difundir las

mejores experiencias relacionadas con cualquiera de las dimensiones del MAICP de las que se alojen en la Red.

- Elaborar y difundir informes, que se ofrecerá desarrollar en colaboración con las Entidades colaboradoras de la Red y de la Administración General del Estado, con propuestas de mejora de las políticas sociales de atención a la dependencia y de su normativa, acordes al MAICP.
- Entramar una verdadera red transnacional sobre cuidados de larga duración basados en la AICP que promuevan la calidad de vida de las personas que precisan de apoyos, de las personas que los procuran, de profesionales y organizaciones.

5. RESULTADOS.

Hoy podemos afirmar que la RED de BBPP es una realidad con más de cinco años de funcionamiento que cuenta con 135 BBPP, alrededor de 1.000 amigas y amigos de la Red y más de 300 materiales útiles puestos a disposición general. En relación a los Premios Fundación Pilares, se han llevado a cabo dos ediciones (2014 y 2016) con gran acogida y repercusión.

El grado de penetración que estamos consiguiendo es, afortunadamente, muy amplio:

- Facebook: 10.300 seguidores/as.
- Twitter: 4.300 seguidores/as.
- Facebook de la presidenta: 5.000 seguidores/as.
- LinkedIn: 2.800 contactos.
- Otras redes: Pinterest e Instagram.

6. BIBLIOGRAFÍA.

- Instituto Nacional de Estadística (INE) (2008) Encuesta sobre discapacidades, autonomía personal y situaciones de dependencia (EDAD).
http://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736176782&menu=resultados&secc=1254736194716&idp=1254735573175
- Organización para la cooperación y el desarrollo económico (OCDE) (2011) Help Wanted? Providing and Paying for Long-Term Care, París.
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (2015) Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud.
- Rodríguez, P. (2013) La Atención Integral y Centrada en la Persona. Madrid. Fundación Pílares para la autonomía personal.

ROLES DEL TERAPEUTA OCUPACIONAL EN LA ATENCIÓN SOCIOSANITARIA.

ANA VICENTE CINTERO

CRISTINA LABRADOR TORIBIO

Asociación Profesional Española de Terapia Ocupacional (APETO).

SUMARIO

1. LA TERAPIA OCUPACIONAL ES UNA PROFESIÓN SOCIOSANITARIA.

2. LA NECESARIA COORDINACIÓN SOCIOSANITARIA.

3. TERAPIA OCUPACIONAL Y GESTIÓN DE CASOS.

4. A MODO DE CONCLUSIÓN.

5. BIBLIOGRAFÍA.

PALABRAS CLAVE

Terapeuta ocupacional; Atención sociosanitaria; Gestión de casos; Autocuidado; Actividades de la vida diaria.

RESUMEN

La Terapia Ocupacional es una profesión sociosanitaria cuyo propósito es facilitar el desempeño ocupacional satisfactorio en personas que presentan riesgo o disfunción ocupacional, en cualquier etapa de su ciclo de vida. Desde el manejo y gestión de casos, los terapeutas ocupacionales realizan evaluaciones funcionales, análisis de tareas, evaluaciones ambientales, la adaptación, la compensación y la mejora o el mantenimiento de la funcionalidad de las personas. Por tanto el terapeuta ocupacional es un profesional preparado y formado para desempeñar roles clave en los equipos de atención sociosanitaria.

KEYWORDS

Occupational therapist; Health and Social Care; Case management; Self-care; Activities of everyday life.

ABSTRACT

Occupational Therapy is a client-centred health profession whose purpose is to facilitate satisfactory occupational performance in people who display a risk or occupational dysfunction at any stage of their life cycle. From case use and management, occupational therapists perform functional evaluations, task analysis, environmental assessments, adaptation, compensation and improvement or maintenance of people's functionality. Therefore, the occupational therapist is a well prepared and trained professional to develop key roles within the health and social care teams.

Durante casi un siglo, los terapeutas ocupacionales han desarrollado planes de intervención que promueven el desempeño ocupacional óptimo de los clientes en las actividades de la vida a pesar de cualquier barrera física, mental, ambiental o actitudinal.

Estas intervenciones incluyen estrategias de bienestar y prevención, promoción de la autosuficiencia y entrenamiento en habilidades para lograr la independencia (AOTA, 2014). Los profesionales de la terapia ocupacional se forman para ayudar a las personas a alcanzar la salud, el bienestar y la participación en la vida a través del compromiso en la ocupación. Una premisa de la terapia ocupacional es que los individuos deben participar en su propio cuidado de la salud, lo que fomenta la participación y promueve la calidad de vida. Desde la perspectiva de la terapia ocupacional, las ocupaciones son varios tipos de actividades de la vida diaria en las que individuos, grupos o poblaciones participan (Robinson et al., 2016).

1. LA TERAPIA OCUPACIONAL ES UNA PROFESIÓN SOCIOSANITARIA.

En este contexto, la Terapia Ocupacional es una profesión sociosanitaria cuyo propósito es facilitar el desempeño ocupacional satisfactorio en personas que presentan riesgo o disfunción ocupacional, en cualquier etapa de su ciclo de vida. Se entiende por desempeño ocupacional, a las distintas maneras en que los seres humanos abordan su quehacer diario en los ámbitos del: autocuidado, de las actividades de la vida diaria, instrumentales, actividades productivas, de ocio y participación.

El terapeuta ocupacional trabaja con individuos que se encuentran limitados por una lesión o discapacidad física, disfunción psicosocial, trastornos del desarrollo o del aprendizaje, pobreza o diferencias culturales o por el proceso de envejecimiento, con el fin de maximizar, la independencia, prevenir la discapacidad y mantener la salud. Su objetivo principal es conseguir la mayor independencia de la persona a tratar, y su instrumento, la ocupación.

Los profesionales de la terapia ocupacional son proveedores de educación y promoción de la salud, así como gestores y coordinadores de aquellos individuos con enfermedades crónicas. La educación sobre estos temas es requerida a través del desarrollo de las competencias integradas en la formación universitaria de la Terapia Ocupacional. Con sus múltiples conocimientos sobre las actividades del ser humano, la discapacidad, la progresión de la enfermedad, riesgos de salud, las interacciones psicosociales, y los hábitos y rutinas de la vida diaria, etc., los profesionales de la terapia ocupacional están bien preparados para reconocer oportunidades de aplicación en este campo (Robinson et al., 2016).

La especializada educación de estos profesionales en discapacidades físicas o del desarrollo y patología, salud mental y psicopatología, evaluación ambiental, tecnología de asistencia, gestión, educación específica sobre las necesidades de salud y bienestar prevalentes de las poblaciones con o en riesgo de discapacidades y condiciones crónicas de salud, manejo de casos y servicios de transición en todos los entornos de práctica, los prepara para ser

gestores de casos.

La investigación respalda la afirmación de que la intervención de terapia ocupacional y las actividades que promueve ayudan a los clientes a lograr una mejor salud mental y física y a mejorar los resultados de costos (Clark et al., 2001; Hay, 2002).

2. LA NECESARIA COORDINACIÓN SOCIOSANITARIA.

Una administración pública moderna tiene el deber de ofertar servicios fundamentados en tres pilares básicos: eficacia (resolver los problemas de los ciudadanos con habilidad y con un nivel de éxito razonable), eficiencia (resolver los problemas y demandas sin malgastar el presupuesto público) y calidad (funcionamiento óptimo de todos los elementos del sistema que ofrece el servicio, tanto los directos como los indirectos, para que el índice de satisfacción de los ciudadanos que consumen el producto sea el máximo posible) (Villalobos, 2008).

Las sociedades modernas occidentales disponen de mayores recursos económicos y sociales, y poseen un amplio abanico de recursos, medidas legales y servicios; pero también presentan una multiplicación de servicios y funciones, con cierto nivel de confusión social y descoordinación. La amplitud de la oferta no es sinónimo de garantía de acceso a los dispositivos sociales, ni de su disfrute. Tampoco garantiza la participación de los ciudadanos afectados en los recursos sociales o sanitarios, ni la adecuación de estos a sus necesidades y características (Villalobos, 2008).

Tanto en el ámbito sanitario como en el de los servicios sociales, cada nivel (atención primaria, atención especializada, atención institucional) y cada escala territorial (local, autonómica y estatal) se rige por sus propias normas, que, la mayoría de las veces, no tienen en cuenta la coordinación con el resto. Cada nivel asistencial es concebido como un mundo en sí mismo. Así, una de las quejas habituales que plantean las personas con necesidades y condiciones especiales o personas con dependencia es la fragmentación de las intervenciones, que no tienen en cuenta que la persona es sólo una, que sus circunstancias son cambiantes, así como que la tipología e intensidad de las intervenciones han de variar de forma tan fluida como lo hace la vida del ser humano (Sarabia, 2007).

Podemos definir la atención sociosanitaria (ASS) como la respuesta social e institucional a las diferentes situaciones de dependencia en las que se encuentren las personas, lo que sería un conjunto integrado de servicios y/o prestaciones sociales y sanitarias destinadas a la rehabilitación y cuidados de las personas que se encuentran en diferentes situaciones de dependencia y que les impiden realizar las actividades de la vida diaria (AVD) y/o las instrumentales (AVDI).

Por sociosanitario entendemos la actuación simultánea del sistema de salud y del sistema social para atender a estas personas que necesitan de ambos sistemas y por tanto que la respuesta a su situación sea significativa.

Esta respuesta pasaría por integrar el

proceso de atención de la persona con perfil sociosanitario más que por integrar los dos sistemas, sanidad y servicios sociales.

En España llevamos más de una década tratando de elaborar un modelo científico profesional de amplio consenso, sin embargo ninguno de los borradores sobre los que se ha trabajado llegó a término, quizás por la complejidad del consenso entre administraciones, sindicatos, profesionales, etc.

Es evidente que existe un perfil de población sociosanitaria sobre todo en mayores con síndromes geriátricos, personas en situación de dependencia o con cuidados médicos, de enfermería o rehabilitadores con una alta frecuencia y necesitan esta actuación integral con urgencia.

Los terapeutas ocupacionales somos conocedores de esta urgencia porque día a día vemos como pacientes que son dados de alta en un hospital al superar la fase aguda de su enfermedad llegan a su domicilio sin que le sean prestados los servicios y recursos necesarios para poder seguir siendo independiente en la medida de lo posible.

Estas personas no entran claramente en los parámetros de un solo servicio, recurso o grupo profesional, sino que se encuentran en muchas ocasiones derivadas de un departamento a otro, sin que ninguno asuma la oferta de los recursos que necesitan.

3. TERAPIA OCUPACIONAL Y GESTIÓN DE CASOS.

La atención integrada de pacientes/usuarios del sistema sanitario y de servicios

sociales, requiere una cooperación inter-sistemas para poder ofrecer servicios individualizados que cubran las necesidades y las preferencias de las personas, con un control de los costes. No obstante, encontramos obstáculos en la integración de los servicios en muchos Estados de la Unión Europea. Estos obstáculos afectan a las estructuras que ofrecen los servicios, que carecen de perfiles profesionales que asuman la responsabilidad sobre la atención al paciente y la coordinación de las actuaciones de diferentes servicios. Pero también a los procesos, con deficiencias en la transmisión de la información, falta de cooperación y de responsabilidades compartidas entre servicios hospitalarios y servicios de atención primaria, y entre la atención sanitaria y social (Villalobos, 2008).

Ante la situación descrita, los equipos de gestión de casos multidisciplinares pueden contribuir a mejorar la integración de los servicios y la gestión de procesos, en particular la atención tras un alta hospitalaria. La implementación de la metodología de la gestión de casos puede influir positivamente en la reducción del número de hospitalizaciones y readmisiones, contribuir a retrasar el ingreso en residencias, mejorar el grado de satisfacción del paciente con el sistema y reducir la carga de los cuidadores no profesionales (Garcés y Ródenas, 2015).

La expectativa en el siglo XXI es que el sistema de salud debe transformarse de uno que promueva el volumen de servicios, a uno que promueva el valor de la atención. Los cambios que suceden ahora y se anticipan para el futuro requerirán que los profesionales de la atención de la salud,

incluidos los profesionales de la terapia ocupacional, se centren en los resultados sostenibles para los usuarios a los que sirven. Estos resultados deben incluir una mejora en la salud y el estilo de vida del cliente, no solo la mitigación de enfermedades, lesiones o enfermedades. Se necesitan enfoques desde todas las partes interesadas para desarrollar comportamientos más saludables, métodos para aumentar el acceso a la atención y una mejor coordinación de la atención durante la vida del cliente (Robinson et al., 2016; Remington, 2015).

Estas partes interesadas deben ser flexibles y colaborativas, adoptar nuevos roles y pensar de manera diferente sobre la atención al cliente. Un grupo de proveedores que pueden ser más de lo que son ahora son los profesionales de la terapia ocupacional. Debido a que las circunstancias de cada cliente son distintas con respecto a la salud y el estado de la vida, los profesionales de la terapia ocupacional consideran el contexto y las situaciones de la vida cotidiana del cliente: la flexibilidad es básica para la profesión de la terapia ocupacional. La perspectiva, la educación y las habilidades de los profesionales de la terapia ocupacional se adaptan bien a la gestión de la atención para garantizar la recuperación completa de los clientes, la salud óptima y la máxima participación (Robinson et al., 2016).

Los administradores o gestores de casos se describen como el conducto para facilitar las transiciones de atención para personas con condiciones complejas y disminuir la posibilidad de que éstos se pierdan en el sistema. Los equipos deben ser coordina-

dos y colaborativos, ya sea una enfermera especializada, un trabajador social, un terapeuta ocupacional o un trabajador de atención directa (Robinson et al., 2016).

Los gestores de casos son colaboradores y la terapia ocupacional se fundó en la colaboración. Los fundadores de la terapia ocupacional provinieron de varias disciplinas, como la medicina, la enfermería, la arquitectura y el trabajo social, la terapia ocupacional agrega valiosas contribuciones a los resultados del equipo porque incluye “servicios para la promoción de la salud, incluida la gestión de autocuidado, evaluaciones cognitivas, programación basada en actividades y evaluación de seguridad en el hogar y modificación”.

Los profesionales de la terapia ocupacional pueden aportar un valor crítico a estos importantes procesos y enfoques en la gestión de casos, la planificación del alta así como las actividades de coordinación relacionadas.

Debe ser abordado de manera integral por los servicios sanitarios y los servicios sociales, ya que el objetivo fundamental es mejorar la calidad de vida de las personas dependientes mediante la promoción de hábitos y condiciones de vida saludables, asistencia integral al dependiente (intervención rehabilitadora, provisión y entrenamiento de ayudas técnicas, productos de apoyo, adaptación del hogar y del entorno, asesoramiento a familiares y /o cuidadores).

Se trata de un modelo de intervención holístico, centrado en el cliente como un todo integrado en un entorno, que poten-

cia la autonomía personal y la participación social y, sobre todo, que facilita el acceso a recursos coordinados que responden a las necesidades integrales de los clientes (Villalobos, 2008). Surge como componente fundamental del movimiento de desinstitucionalización, orientado hacia la normalización, que pretende la coordinación de los servicios destinados a aquellas personas que, viviendo en la comunidad, requieren intervenciones complejas de los sistemas de provisión comunitarios (Sarabia, 2007).

La gestión de casos puede mejorar la coordinación de los recursos sanitarios y sociales para la atención las personas dependientes y con necesidades de complejas, así como la continuidad asistencial. La gestión de casos puede contribuir al control de costes, como por ejemplo influyendo en la estancia media hospitalaria, al disponer de alternativas asistenciales reales (Garcés y Ródenas, 2015). La gestión de casos permitiría los siguientes aspectos (Remington, 2015):

- El cuidado adecuado.
- En el lugar adecuado.
- Por los profesionales adecuados.
- En el adecuado momento.
- En el nivel adecuado.
- De la forma adecuada.
- Con el coste adecuado.

En la definición de la atención a personas con dependencia se incluye la coordinación de servicios y la descripción de la gestión de casos como un proceso que tiene lugar tanto a escala del cliente como a la del sistema. Esta gestión no se debe confundirse con la ‘gestión de los cuidados’ (o “*care*

management” o “*managed care*”), que está diseñada para evitar o acortar al máximo la hospitalización y reducir sus costes, con un ‘trabajador de referencia’ (*key worker*), con un papel mucho más limitado, adscrito a un servicio concreto y por un tiempo limitado, mientras que la gestión de casos es obtener el tratamiento más apropiado para el usuario, mediante el uso eficiente de los recursos disponibles: por lo que, mientras que un cliente puede tener varios trabajadores de referencia, uno en cada uno de los servicios que utilice, sólo puede tener un gestor de caso (Sarabia, 2007).

La realización de estas tareas requiere una amplia preparación por parte del gestor de casos. Es preciso un conocimiento detallado del sistema local de provisión de servicios, de los proveedores, de los servicios, de los programas, de los requisitos de acceso a cada uno de ellos y de la gestión económica; exige habilidades de valoración y capacidad de planificación y resolución de problemas flexible y creativa (Sarabia, 2007).

A pesar de las diversas formas de implementación de los servicios de gestión de casos, existe consenso profesional sobre sus funciones fundamentales, que aparecen, de una u otra manera, en los programas de gestión de casos independientemente de su aplicación práctica específica. De hecho, la gestión de casos consiste en el desarrollo secuencial de las siguientes tareas orientadas en dos líneas (Sarabia, 2007):

- *A la persona:*

- **Definición del ámbito:** es necesario definir claramente la esfera de acción del programa concreto, con el fin de identificar y reclutar a los clientes más adecuados. Ello requiere una definición precisa de la población diana que asegure la adecuación de los perfiles de usuario y evite el uso inadecuado de los recursos.
- **Valoración integral:** se considera una de las tareas fundamentales del proceso de gestión de casos. Es un método para recoger información detallada sobre la situación social de una persona y su estado físico, mental y psicológico, lo cual permite identificar sus necesidades y el apoyo que precisa en las principales áreas funcionales.
- **Planificación del caso:** es el proceso mediante el cual la información recogida durante el proceso de valoración se toma como base para recomendar un 'paquete' de servicios. No se puede enfocar la planificación en función de los servicios disponibles, y no en función de las necesidades del individuo y su plan de atención adecuado.
- **Implementación del plan y concertación de servicios:** es el proceso mediante el cual se establece contacto con los servicios, tanto formales como informales, incluidos en el plan de atención, para la prestación efectiva de dichos servicios.
- **Seguimiento:** es una de las tareas fundamentales de la gestión de casos, que permite al gestor responder rápidamente

a los cambios en la situación del individuo y aumentar, disminuir o suprimir la prestación de los servicios según sea necesario.

- **Re-valoración:** puede estar prefijada o responder a cambios detectados durante el seguimiento. En ella se revisan la situación del individuo para identificar cambios producidos desde la anterior valoración.
- Las re-valoraciones prefijadas sirven también para verificar los avances de los clientes hacia las metas establecidas en el plan.

- *Al sistema:*

- Identificar carencias y fallos de servicios en la comunidad.
- Facilitar el desarrollo de más servicios no institucionales (residenciales).
- Promover la calidad y la eficiencia en la provisión de servicios.
- Mejorar la coordinación entre los proveedores de servicios.
- Prevenir institucionalizaciones inadecuadas mediante la detección de casos susceptibles de la gestión de casos como alternativa de la institucionalización.
- Controlar los costos mediante el control del acceso a los servicios, especialmente a los más caros, examinando su adecuación y la ausencia de alternativas más eficientes.

A partir de la identificación de problemas

de coordinación que disminuyen la efectividad de las intervenciones diagnósticas y/o terapéuticas, o que encarecen la atención, se implantan actividades regladas y muy controladas, basadas en el uso intensivo de guías clínicas y de tecnología de la información. La capacitación de los pacientes y de sus familiares forma parte clave de los programas de gestión de casos y de enfermedades. También es componente básico el seguimiento y la evaluación de lo realizado (Gérvás, 2008).

En el pasado, el estricto modelo médico de abordar solo la enfermedad aguda no proporcionaba un enfoque holístico para la atención al cliente. Se prestó poca o ninguna atención a los factores sociales y ambientales que influyen en la salud y el bienestar de los clientes. La terapia ocupacional ya detectó esta necesidad mucho antes de que se reconociera en general que el sistema de salud debía cambiar: la disciplina siempre ha identificado específicamente la importancia del medio ambiente y la participación social en el contexto de las ocupaciones (Robinson et al., 2016).

En algunos entornos, el gestor de casos no puede ser un proveedor directo de servicios de atención terapéutica. Ser un proveedor directo y hacer una gestión de casos para el mismo individuo impide la habilidad del profesional para ser objetivo y proporcionar un manejo de casos justo y equitativo. Esta división del trabajo no significa que el profesional del servicio directo no esté calificado para proporcionar la administración de casos; simplemente significa que el proveedor de servicios para un individuo en particular no puede ser el administra-

dor de casos de ese cliente. Un cambio en la actitud hacia el reconocimiento de que los profesionales de la terapia ocupacional, tradicionalmente suscritos al desarrollo de la atención directa y sin embargo están calificados para proporcionar la gestión de casos, allanaría el camino para que muchos más profesionales pasen ocupar a los roles de gestión de casos cuando no brindan servicios directos a los clientes (Robinson et al. 2016).

La capacitación de los terapeutas ocupacionales en las evaluaciones funcionales, el análisis de tareas, las evaluaciones ambientales, la adaptación, la compensación y la mejora o el mantenimiento de la funcionalidad, posicionan de manera única a los profesionales para asumir el reto del manejo de casos y los roles de coordinación de cuidados (Robinson et al., 2016).

Los profesionales de la terapia ocupacional pueden y deben asumir puestos y roles como administradores o gestores de casos porque comprenden la patología, la complejidad de los problemas médicos/sociales, así como su atención, y las formas en que las condiciones complejas interrumpen el funcionamiento cotidiano. Los profesionales de la terapia ocupacional pueden identificar los obstáculos que impiden el acceso a una atención efectiva, participar en esa atención y ayudar a los sujetos a mantener conductas saludables en el hogar.

Complementariamente, los terapeutas ocupacionales poseen las habilidades y el conocimiento en la coordinación de la atención, la gestión de equipos multidisciplina-

y la consecución de mejores procesos de transición asistencial, siendo éstos como se ha señalado, componentes de la educación en terapia ocupacional.

Otro aspecto clave de la administración de casos, y un elemento crítico, es este logro de transiciones exitosas en una variedad de momentos a lo largo del proceso de cuidados en los individuos con necesidades. Las transiciones en los procesos de atención, que incluyen los cambios a otros recursos asistenciales o de atención superiores o a los niveles y recursos de funcionamiento anteriores, deben ser efectivas, seguras, oportunas y completas. Los profesionales en la práctica diaria de terapia ocupacional identifican ocupaciones clave de importancia para los clientes y sus cuidadores, además son conscientes de la variedad de dificultades que afectan la recuperación de la independencia. Esta habilidad es inherente a los profesionales de la terapia ocupacional, que son educados en la coordinación de las transiciones y en las derivaciones cuando es necesario.

Los fundamentos de la profesión de la terapia ocupacional incluyen la comprensión de las etapas del cambio: exploración, preparación, acción y mantenimiento. El auto-cambio eficiente depende de hacer las cosas correctas (procesos) en el momento adecuado (etapa de cambio). El conocimiento de los profesionales de la terapia ocupacional sobre el cambio humano facilita de manera única el autocontrol de los individuos, tanto en su entorno natural (escuela, hogar, comunidad), como en el entorno de tratamiento en todas las etapas de atención a lo largo del continuo de atención

médica o social (Robinson et al., 2016).

Nuestra comprensión de la ocupación, el desempeño ocupacional y los factores del sujeto nos permite usar ese conocimiento para identificar la correcta ubicación de los recursos en esta transición y los apoyos necesarios que con mayor probabilidad serán exitosos. Los terapeutas ocupacionales conocen qué servicios están disponibles en diferentes comunidades y entornos de tratamiento e identificar los servicios específicos que apoyarán al cliente que está listo y motivado para el siguiente nivel de tratamiento con el objetivo de acercar al sujeto a su independencia.

Dentro de los roles como gestor desde la terapia ocupacional, el trabajo con cuidadores incluye educación, apoyo emocional, resolución de problemas, derivación a recursos comunitarios útiles y capacitación en estrategias para enfrentar mejor los problemas relacionados con el cliente, como la fatiga relacionada con el cáncer o el mantenimiento de la sobriedad. Los profesionales de la terapia ocupacional saben que una combinación de estrategias de apoyo y educación parece ser más útil para los cuidadores (Robinson et al., 2016).

Es por todo ello que los terapeutas ocupacionales son considerados en muchos otros países (Estados Unidos, Canadá, Inglaterra, Irlanda,...) como legítimos gestores de casos porque son inclusivos y holísticos en su enfoque de la cronicidad o condiciones complejas, y se encaminan hacia la función, la independencia, la productividad y la participación.

Estos principios holísticos y la filosofía de la terapia ocupacional están estrechamente alineados con los conceptos fundamentales de la gestión de casos. Los profesionales de la terapia ocupacional trabajan con sujetos usando una amplia visión para comprender, identificar su desempeño funcional o disfunción en sus entornos; abordar su patología o problemática; capacidades y necesidades psicosociales y utilizar las herramientas del enfoque centrado en el cliente y el uso terapéutico de uno mismo para comprender mejor las necesidades no cubiertas de los sujetos (Robinson et al., 2016).

Los profesionales de la terapia ocupacional tienen un valor distintivo que puede contribuir en la gestión de casos, mediante su educación formal integral y el compromiso de la profesión de dirigirse a la persona en su contexto, considerando sus capacidades y fortalezas individuales y no simplemente su enfermedad, lesión u otras condiciones. Esta base nos diferencia del gestor de casos del modelo médico o social tradicional. Estos profesionales observan todos los aspectos de la vida de un cliente, incluidas las ocupaciones, roles, entornos, apoyos sociales, objetivos y opciones y apoyos de la comunidad. Este enfoque es la mejor práctica en el manejo de casos y la coordinación de la atención (Robinson et al., 2016).

El terapeuta ocupacional se reúne con el cliente individual, los miembros de la familia y los proveedores de servicios de salud y recopila información a través de los informes médicos disponibles para evaluar sus necesidades y la terapia y los servicios más

apropiados; determina los profesionales más adecuados según el tipo de lesión y la experiencia, y facilita las derivaciones, incluida la provisión de toda la información necesaria a los médicos; mantiene la comunicación con los médicos tratantes, los profesionales de rehabilitación, las aseguradoras e inclusive el abogado para asegurar que estén actualizados con respecto a las lesiones y el pronóstico de las personas; facilita la comunicación regular entre los miembros del equipo de terapia o asistencia y garantizar el establecimiento de objetivos de rehabilitación; y supervisa la progresión de la rehabilitación y abordar los problemas a medida que surgen para garantizar la recuperación más oportuna y óptima posible (Robinson et al., 2016).

La gestión especializada de casos garantiza que las diferentes intervenciones estén dirigidas a los objetivos, sea rentable, individualizada y centrada en el cliente.

Los profesionales de la terapia ocupacional aportan un valor y experiencia distintos a la gestión de casos y la coordinación de la atención actual. Tienen conocimientos de desarrollo médico, psicosocial y humano, así como experiencia práctica en el análisis del desempeño humano y ocupacional que permite la identificación hábil de las barreras y los apoyos necesarios para ayudar a los clientes a retomar la más alta calidad de vida.

4. A MODO DE CONCLUSIÓN.

Ninguna otra profesión aborda de manera integral las preocupaciones tales como las actividades de la vida diaria, los problemas

de independencia, las elecciones de estilo de vida, las actividades sociales, la gestión del tiempo, el transporte público y la reintegración comunitaria, incluida la conducción, la participación social, el trabajo y la educación. El conocimiento del desempeño ocupacional (función) y la consideración de los factores de los individuos en el contexto de sus roles y los entornos en los que viven, trabajan y juegan son distintos de la terapia ocupacional. Ahora, con los cambios en el sistema de atención médica y social que reconocen la importancia de los resultados que reflejan una alta calidad de vida en lugar de simplemente la ausencia de enfermedades, la industria del cuidado de la salud se ha puesto al corriente de lo que los terapeutas ocupacionales han sabido que son importantes desde la creación de la profesión (Robinson et al., 2016).

5. BIBLIOGRAFÍA.

- American Occupational Therapy Association (AOTA) (2014) Occupational therapy practice framework: Domain and process (3 ed.). *American Journal of Occupational Therapy*, 68(Suppl. 1), S1–S48. [http:// dx.doi.org/10.5014/ajot.2014.682006](http://dx.doi.org/10.5014/ajot.2014.682006)
- Clark, F. , LaBree, L., Hay, J., Lipson, L. (2001) Embedding health-promoting changes into the daily lives of independent-living older adults: Long-term follow-up of occupational therapy intervention. *Journals of Gerontology, Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 56, 60–63. <http://dx.doi.org/10.1093/geronb/56.1.P60>
- Garcés J., Ródenas F. (2015) La gestión de casos como metodología para la conexión de los sistemas sanitario y social en España. *Atención Primaria*, vol. 47, núm. 8, pp. 482-489.
- Gérvás, J. (2008) La gestión de casos y de enfermedades, y la mejora de la coordinación de la atención sanitaria en España. *Informe SESPAS*. Equipo CESCA.
- Hay, J. (2002) Cost-effectiveness of preventive occupational therapy for independent-living older adults. *Journal of the American Geriatrics Society*, 50, 1381–1388. <http://dx.doi.org/10.1046/j.1532-5415.2002.50359.x>
- Remington, L. (2015) Scorecard on Medicare payment reform tied to value. *Remington Report*, vol. 23, núm. 4, pp. 11–12.
- Robinson, M., Fisher T.F., Broussard K. (2016) Role of Occupational therapy in Case Management and Care Coordination for Clients with Complex Conditions. *The American Journal of Occupational Therapy*.
- Sarabia Sánchez, A. (2007) La gestión de casos como nueva forma de abordaje de la atención a la dependencia funcional. ABENDUA.
- Villalobos Courtin, A. (2008) Gestor de Caso del Adulto Mayor, en *Riesgo de Dependencia Programa de Salud del Adulto Mayor*. Indd - Minsal.

AVANCES EN ATENCIÓN SOCIOSANITARIA EN EL PRINCIPADO DE ASTURIAS.

NEREA EGUREN ADRIÁN

Directora General de Planificación, Ordenación e Innovación Social. Consejería de Servicios y Derechos Sociales. Gobierno del Principado de Asturias.

MARÍA CONCEPCIÓN SAAVEDRA RIELO

Directora General de Planificación Sanitaria. Consejería de Sanidad. Gobierno del Principado de Asturias.

PALABRAS CLAVE

Asturias; Órganos de Coordinación; Equipos de Coordinación Sociosanitaria; Gestión de casos; Unidades de Convalecencia.

RESUMEN

En Noviembre de 2016, el Gobierno del Principado de Asturias colocó la coordinación y complementariedad entre el sistema de servicios sociales y el sistema sanitario como una prioridad de su agenda política. La publicación del Decreto 70/2016 ha supuesto la creación de estructuras de planificación y coordinación, la formulación de un Plan de Coordinación Sociosanitaria así como la puesta en marcha de diferentes procesos, actuaciones y dispositivos, con el foco en una serie de colectivos diana.

KEYWORDS

Asturias; Coordination Bodies; Health and Social Care Coordination Teams; Case management; Convalescence Units.

ABSTRACT

In November 2016, the Government of the Principality of Asturias made coordination and complementarity between the social services system and the health system a priority of its political agenda. The publication of Decree 70/2016 has involved the creation of planning and coordination structures, the formulation of a Health and Social Care Coordination Plan and the implementation of different processes, actions and devices, focussing on a series of target groups.

Tradicionalmente, la organización de la atención a las necesidades de las personas llevadas a cabo desde la Administración, se ha realizado sobre la especialización de dichas necesidades, véase el sistema educativo, el sistema sanitario, el sistema de protección económica (la seguridad social), el sistema de atención social (los servicios sociales). Esta división ha provocado dificultades de coordinación entre los sistemas, lo que lleva en muchas ocasiones a realizar intervenciones fragmentadas que no satisfacen las necesidades integrales de las personas.

Como señala Fernando Fantova en su artículo sobre “Atención integrada, intervención integral e inclusión social” (Fantova, 2017) “la persona es una e indivisible y por eso, en última instancia, la intervención ha de ser integral y centrada en la persona” y para ello, es fundamental **establecer un estrecha colaboración intersectorial** con los departamentos “especializados” en las necesidades de educación, sanidad, cultura, vivienda, garantía de ingresos, urbanismo, justicia, empleo, ocio u otros.

Los sistemas sanitarios y de servicios sociales se han venido desarrollando históricamente en paralelo, de acuerdo con sus regulaciones específicas, resultando escasas y limitadas, tanto en el tiempo como en los recursos, las experiencias de coordinación implementadas al efecto. Sin embargo, las características específicas de la atención sociosanitaria y la búsqueda de la eficiencia de los recursos existentes y los de nueva creación, hacen necesario la creación de estructuras interadministrativas para el desarrollo, seguimiento y evaluación que posibilite la coordinación entre

ambos sistemas.

En este sentido, el Gobierno del Principado de Asturias, tras varios años de trabajos en materia de planificación y con la experiencia aportada por proyectos puntuales, ha puesto en marcha distintos dispositivos de coordinación, tanto en el ámbito de la dirección y planificación como en el de la atención directa a las personas usuarias, a través de la aprobación del **Decreto 70/2016, de 23 de noviembre, por el que se establecen órganos de planificación y apoyo para la mejora de la atención y coordinación sociosanitaria en el Principado de Asturias** (Consejería de Presidencia y Participación Ciudadana, 2016). Una norma que traslada el mensaje de que las actuaciones técnicas, además de estar diseñadas desde el conocimiento científico y el acuerdo profesional, deben contar con el aval político así como con la normativa e instrucciones pertinentes que proporcionen la estabilidad y la cobertura legal necesaria y las hagan posibles.

Los departamentos y administraciones implicadas en este proyecto son la Consejería de Sanidad, la Consejería de Servicios y Derechos Sociales y los ayuntamientos como responsables de los Servicios Sociales municipales. Destacar que el ámbito de actuación administrativa se basa en la coordinación de las estructuras y de los servicios asistenciales ya existentes, y que cuentan con la participación de las redes formales e informales de apoyo a través de los órganos de participación creados a tal efecto, como los Consejos de Salud Locales y de Área, y otros cauces estables de cooperación.

El citado decreto crea tres órganos de coordinación. El primero de ellos, el **Consejo Interdepartamental de coordinación sociosanitaria**, es un órgano directivo, compuesto por Consejeros y Directores Generales de ambos sistemas. Entre sus funciones destacan: establecer los criterios generales de creación, ordenación y coordinación de los recursos sanitarios y sociales orientados a desarrollar una red de asistencia sociosanitaria; aprobar e impulsar las acciones generales necesarias para el desarrollo, seguimiento y evaluación del Plan de Coordinación Sociosanitaria y, finalmente, proponer un modelo de financiación de la atención sociosanitaria que garantice la equidad y solidaridad.

El segundo de los órganos, la **Comisión Técnica para la coordinación sociosanitaria**, compuesta por técnicos de ambos sistemas, se ocupa de las siguientes funciones: estudiar las necesidades y proponer acciones y medidas para la mejora de la atención y coordinación sociosanitaria que serán elevadas al Consejo Interdepartamental; proponer la formulación, desarrollo, seguimiento y evaluación del Plan de Coordinación Sociosanitaria; diseñar y proponer protocolos de coordinación y atención sociosanitaria; analizar los casos especialmente complejos, que no hayan podido ser resueltos por los cauces establecidos y, finalmente, desarrollar estrategias de formación, información y evaluación acerca de la coordinación sociosanitaria entre profesionales.

El tercer nivel de la estructura lo componen los **Equipos de Coordinación Sociosanitaria**, que son los dispositivos de

proximidad que garantizan una atención integral a través de una metodología de gestión de caso. Existe un Equipo por cada una de las áreas sociosanitarias, ocho en total, y están compuestos por profesionales multidisciplinares del ámbito social y sanitario, incluida la administración local, cuyo perfil profesional es detallado en la citada norma. Estos equipos se constituyen y desarrollan materializando lo que Fantova señala como *“la integración intersectorial, que en buena medida, tiene que tener base territorial y apoyarse en el encuentro presencial”*.

Sus funciones son varias y comienzan por abordar los casos que por su complejidad precisan de una respuesta conjunta, simultánea o sucesiva por parte de los servicios sociales y sanitarios, para analizarlos en común y adoptar soluciones coordinadas en su ámbito de actuación profesional, con una metodología de trabajo compartida.

En este sentido, hay que destacar que el Decreto, en su artículo 3 referido a Metodologías de Trabajo, señala que *“la atención integral y de continuidad a los distintos perfiles poblacionales que requieren atención coordinada por parte de los ámbitos social y sanitario, se llevará a cabo a través de metodologías de trabajo que permitan garantizar un abordaje integral, multidisciplinar, preventivo y rehabilitador de la persona usuaria y de su entorno tales como la metodología de gestión por procesos y de gestión de casos. A efectos de este decreto, la gestión de caso es una metodología que implica la evaluación de la situación individual de la persona usuaria desde una perspectiva multidisciplinar y la intervención mediadora del profesional para que*

aquella disponga en cada momento de los recursos más adecuados; puede suponer la implicación de diferentes profesionales de distintos sistemas o niveles de atención coordinada por una figura profesional que es la gestora de caso. A los citados efectos, la gestión de caso es una metodología que busca dar respuesta a las necesidades de la persona mediante su inclusión en los recursos y programas adecuados a su situación en el momento que es sujeto de atención socio sanitaria”.

Otras funciones de los Equipos son: detectar las necesidades de mejora tanto de procesos como de servicios o recursos en el territorio y elevarlas a la Comisión Técnica; intercambiar conocimientos relativos a los recursos y normas técnicas de ambos sistemas especialmente en relación con las personas en situación de dependencia y/o vulnerabilidad social o en riesgo de padecerla; garantizar una efectiva participación e información de los Consejos de Salud y los Consejos de Servicios Sociales así como con los programas comunitarios de apoyo a las familias de las personas usuarias, a fin de incluirlos en la medida de lo posible en los procesos de coordinación y, finalmente, informar a la Comisión Técnica sobre el desarrollo de sus actividades de coordinación territorial.

Hay que destacar que la presidencia de todas las estructuras es anualmente rotatoria entre el ámbito social y sanitario y en este año 2017 los servicios sociales están liderando la puesta en marcha del proyecto cuya continuación, en el próximo año 2018, corresponderá al servicio sanitario.

Las actuaciones desarrolladas durante este primer año de funcionamiento comenzaron durante el primer trimestre de 2017, con la constitución de los órganos de dirección y planificación así como la puesta en marcha de los ocho Equipos de Coordinación territorial. En abril tuvo lugar un encuentro con los profesionales que integran estas estructuras, cerca de 80, con el fin de establecer estrategias comunes para su desarrollo y durante el mes de noviembre se desarrollarán acciones formativas vinculadas a la gestión de casos socio sanitarios.

El trabajo desarrollado hasta el momento por estos Equipos, que se han dotado de un Reglamento de Funcionamiento Interno, ha partido del conocimiento mutuo de estructuras y actuaciones, identificando, en cada territorio, aquellas cuestiones más urgente y/o significativas de atender, al tiempo que se ha ido precisando un modelo común de intervención y seguimiento de casos.

En definitiva, estas estructuras persiguen ordenar y automatizar, en lo posible, la integración de la atención con el fin de asegurar la continuidad de la misma, a través de *“construir escenarios de atención integrada intersectorial, pues sólo desde un cierto grado de conocimiento y conexión entre profesionales y sistemas es posible detectar y gestionar las trayectorias y necesidades vitales de las personas”.*

En la actualidad, se está trabajando en la elaboración del **Plan de Coordinación Socio sanitaria** y en el diseño de las Unidades de Convalecencia en residencias de personas mayores iniciando un proyecto piloto en el área socio sanitaria V, que incluye

los municipios de Gijón, Oviedo y Carreño, dentro del Centro Polivalente de Recursos para personas mayores, conocido como “La Mixta” de Gijón, en coordinación con el Hospital del Cabueñes de la misma ciudad, y está previsto que pueda iniciar su andadura en los primeros meses de 2018.

Las Unidades de Convalecencia son dispositivos asistenciales temporales, ubicados en el medio residencial, para la atención de personas mayores que tras ingreso hospitalario precisan de un tiempo adicional de recuperación como consecuencia del deterioro asociado a su enfermedad de base. Sus necesidades estarán centradas en los cuidados sanitarios, sobre todo de enfermería, y cuidados personales por su falta de autonomía, con el fin de regresar al entorno habitual en las mejores condiciones. La Unidad contará con 24 camas y la previsión es, una vez validado el modelo, ampliarlo al conjunto de la Comunidad Autónoma.

En lo referido al Plan de Coordinación Sociosanitaria, integra un conjunto de programas, actuaciones y procedimientos técnicos, ordenados en el tiempo, y persigue los siguientes objetivos:

1. Conseguir una atención integral, de calidad, orientada a cada persona sobre la base de procesos continuados y efectivos.
2. Mejorar la eficiencia del sistema de servicios, sobre la base de compartir recursos, coordinación profesional y colaboración interinstitucional.

3. Fomentar la sensibilización, la cualificación profesional y la experiencia en actuaciones de colaboración de los profesionales de las redes públicas social y sanitaria.

4. Establecer un Sistema de Información compartido que facilite el manejo y seguimiento de los usuarios en ambas redes.

El Plan señala las actuaciones necesarias para una adecuada coordinación y complementariedad entre el sistema de servicios sociales y el sistema sanitario, evitando que se produzcan situaciones de desamparo temporal y garantizando la continuidad de los cuidados. Su esencia es abordar las necesidades sociosanitarias cuando las demandas de prevención, atención o, en general, intervención correspondientes a los servicios sociales y las correspondientes a los servicios sanitarios se presentan simultáneamente en las mismas personas y entornos, de forma duradera o intensa y próxima o conectada.

En cuanto a la población objeto de actuación del modelo de atención sociosanitaria, el Plan se enmarca en una situación socio-demográfica caracterizada por el envejecimiento de la población, con un 24,4% de la población de Asturias que supera los 65 años y un 8,7% que tiene más de 80 años. Las perspectivas para los próximos años señalan un agravamiento de la situación, con una disminución de la población y un envejecimiento progresivo de la misma.

Dentro de este contexto general, sin ánimo de excluir otros posibles colectivos diana de actuación, el plan se centra en:

1. Personas con enfermedades crónicas con alta dependencia y necesidad de cuidados sociales y sanitarios.
2. Personas con discapacidad asociada a enfermedad mental.
3. Personas con diversidad funcional.
4. Personas en situación de convalecencia de un proceso agudo con discapacidad potencialmente reversible que requieran atención social y sanitaria.
5. Personas con atención de cuidados paliativos con necesidad de cuidados sociales y sanitarios.
6. Personas en situación de riesgo de exclusión social.
7. Menores con necesidades de atención temprana y menores en situación de riesgo o desamparo.
8. Menores con problemas de conducta, comportamiento y trastorno mental.

Así pues, puede decirse que el denominador común entre las diferentes poblaciones o perfiles destinatarios de la atención sociosanitaria es que la necesidad simultánea e intensa de protección y promoción de la salud y la necesidad de ajuste dinámico entre autonomía funcional e integración relacional.

Son cinco las líneas estratégicas que señala el plan y que se describen, brevemente, a continuación:

Línea 1: Actuaciones en colectivos diána, ya citados anteriormente, y sobre los que se establecen objetivos en aquellas cuestiones principales como el envejecimiento activo y saludable, la prevención de la dependencia, el establecimiento de protocolos adaptados a personas en riesgo o

situación de exclusión, la atención a personas en final de la vida, favoreciendo la permanencia y la participación de las personas con trastorno mental grave/severo en la vida social, potenciando al máximo su autonomía y la atención a menores tutelados y con problemas de conducta, entre otros.

Línea 2: Sistema de Información y Comunicación Sociosanitario.

Un elemento fundamental para el desarrollo de la coordinación sociosanitaria, es contar con un registro compartido de la información entre ambos sistemas de atención, que permita un trabajo en red. La falta de comunicación entre los servicios sociales y de salud incrementa la descoordinación, duplicar informaciones y gestiones, y alarga los periodos de espera para acceder a los recursos.

Las nuevas tecnologías, constituyen un marco eficaz en el diseño de los sistemas de información sociosanitaria, pues proporcionan una ayuda en funciones tales como la atención, la investigación y la gestión.

En este sentido hay que reconocer el diferente estado evolutivo de la Historia Clínica y la Historia Social. No obstante, el momento de incipiente de esta última permite introducir dentro de su desarrollo un enfoque integrado de ambos sistemas.

Línea 3: Actuaciones de Apoyo Interinstitucional entre Servicios Sociales y Sanitarios.

La evolución que la atención sanitaria y

social está experimentado en los últimos años, exige a todos los protagonistas un indudable esfuerzo de adaptación e integración, a la vez que un apoyo interinstitucional. La complejidad del proceso de atención hace que la necesidad de apoyo cada vez sea mayor en aspectos concretos de la atención tales como:

- atención farmacéutica en centros residenciales públicos de personas dependientes,
- sistemas comunes de aprovisionamiento de materia sanitario y de hostelería,
- sistemas comunes de servicios analíticos y otros dispositivos clínicos.

Línea 4: Sensibilización Profesional, Formación y Transferencia de Conocimiento entre Servicios Sociales y Sanitarios.

La elaboración del Plan Sociosanitario para Asturias incluye entre sus líneas de actuación la de sensibilizar sobre su existencia y su difusión. Es necesario que los profesionales y el conjunto de la sociedad conozcan la existencia del Plan así como mantener una permanente actualización de la formación y favorecer la gestión del conocimiento de la propia organización. La participación conjunta de profesionales de ambos sistemas, favorece el desarrollo de una cultura organizativa común, al tiempo que permite compartir enfoques y metodologías de trabajo.

Línea 5: Estructuras de Apoyo al Plan.

Ya descritas al inicio de este artículo pues corresponden a las creadas a través del

Decreto por el que se crean los órganos de planificación y apoyo para la mejora de la atención y coordinación sociosanitaria en el Principado de Asturias.

En definitiva, y como síntesis de este proyecto, destacar que Asturias está trabajando sobre las siguientes premisas:

- **Liderazgo político:** el Gobierno del Principado de Asturias ha colocado la asistencia sociosanitaria en las prioridades de la agenda política.
- Avanzar sobre la base de las **organizaciones existentes:** no se trata de crear nuevas estructuras administrativas, sino coordinar y potenciar las ya existentes.
- Analizar las necesidades de la población y definir y establecer **actuaciones concretas.**
- Articular **procesos y dispositivos innovadores** que respondan al modelo de Atención Sociosanitaria.
- **Formar a los profesionales** de ambos sistemas en elementos y culturas comunes de trabajo e intervención.
- **Crear redes** para implantar y extender buenas prácticas existentes.

REFERENCIAS

Consejería de Presidencia y Participación Ciudadana. Gobierno del Principado de Asturias (2016) *Decreto 70/2016, de 23 de noviembre, por el que se establecen órganos de planificación y apoyo para la mejora de la atención y coordinación sociosanitaria en el Principado de Asturias*. Boletín Oficial del Principado de Asturias, núm. 279 de 1-XII-2016, <https://sede.asturias.es/bopa/2016/12/01/2016-12800.pdf>

Fantova F. (2017) *Atención integrada, intervención integral e inclusión social*, <http://fantova.net/?p=1744>

LA IMPORTANCIA DE LA VALORACIÓN SOCIOSANITARIA: EL INSTRUMENTO INTER RAI CA.

KATAYSA CABRERA

Asistente de Ventas. Raisoft.

JOHANNA RANTANEN

Encargada de Comunicación. Raisoft.

SUMARIO

1. IMPORTANCIA Y DIMENSIONES DE LA VALORACIÓN SOCIOSANITARIA.

2. BÚSQUEDA DE UNA HERRAMIENTA COMÚN. LA FAMILIA DE INSTRUMENTOS INTER RAI.

3. INTER RAI CA.

4. CASOS DE ÉXITO DE LA HERRAMIENTA INTER RAI EN FINLANDIA.

5. INTER RAI CA EN ESPAÑA.

6. INTER RAI CA, PALANCA DE TRANSFORMACIÓN DEL PARADIGMA DE LA ATENCIÓN.

7. BIBLIOGRAFÍA.

PALABRAS CLAVE

Valoración sociosanitaria; evaluación geriátrica integral; RAI; Inter RAI CA; RAISOFT; Finlandia; País Vasco; Navarra.

RESUMEN

La valoración integral de las necesidades (clínicas, funcionales, mentales, afectivas y sociales) de las personas es un elemento fundamental del paradigma de la atención integrada. Se trata de un ejercicio multidisciplinar que permite elaborar un plan exhaustivo para el tratamiento y seguimiento a largo plazo, y escoger y activar los necesarios recursos. Inter RAI CA, como parte de la familia de instrumentos RAI, es una solución de base tecnológica que proporciona una valoración inicial estandarizada, completa y reproducible de cada paciente, y con ello, facilita un lenguaje compartido entre los profesionales del ámbito social y sanitario, mediante el que estructurar y articular el proceso de atención. Usándose con éxito en varios países (Finlandia, Suiza, Singapur y Australia), en España ha sido recientemente implantada en el País Vasco y Navarra.

KEYWORDS

Health and Social Care assessment; comprehensive geriatric assessment; RAI; Inter RAI CA; RAISOFT; Finland; Basque Country; Navarre.

ABSTRACT

A comprehensive assessment of the needs (clinical, functional, mental, emotional and social) of people is a basic element of the integrated care paradigm. It is a multidisciplinary exercise that allows us to elaborate a comprehensive plan for long-term treatment and follow-up, and to choose and activate the necessary resources of both systems. Inter RAI CA, as part of the RAI instrument family, is a technology-based solution that provides a standardized, complete and reproducible initial assessment of each patient, and thereby facilitates a shared language among professionals in the health and social care sectors, through which it is possible to structure and coordinate the care process. Used successfully in several countries (Finland, Switzerland, Singapore and Australia), in Spain it has recently been established in the Basque Country and Navarre.

1. IMPORTANCIA Y DIMENSIONES DE LA VALORACIÓN SOCIOSANITARIA.

Los diferentes modelos que quedan englobados dentro del paradigma de la atención integrada coinciden en identificar una serie de elementos claves, como son la existencia de una única puerta de entrada (o varias puertas que confluyen), de un plan de intervención personalizado o de un profesional de referencia. Junto a estos, la valoración integral de las necesidades sociales y sanitarias se revela también como un elemento fundamental de dicho paradigma (Goodwin et al., 2014; OMIS, 2017).

Generalizando desde la definición de “valoración geriátrica global” a cualquier persona con necesidades sociosanitarias complejas, definimos la valoración integral como “un proceso multidimensional e interdisciplinar que pretende cuantificar las capacidades y problemas médicos (físicos y mentales), funcionales y sociales (de la persona) con la intención de elaborar un plan exhaustivo para el tratamiento y seguimiento a largo plazo” (Formiga et al., 2005). Esta rica definición apunta a tres elementos que reflejan la dificultad intrínseca de elaborar una valoración sociosanitaria:

1) La multidimensionalidad y complejidad de lo que se busca valorar: necesidades clínicas, funcionales, mentales, afectivas y sociales. Cuando hablamos de valoración sociosanitaria, hablamos desde un modelo bio-psico-social, con referencia al enfoque que atiende la salud de las personas a partir de la integración de los factores biológicos, psicológicos y sociales. Se entiende que el bienestar de la

persona depende de los tres factores, y que no es suficiente que la persona esté sana físicamente.

2) La necesaria interdisciplinariedad del ejercicio. La evaluación de un paciente puede ser realizada tanto por profesionales de la sanidad (personal del servicio de enfermería, médicos, psicólogos...), como del ámbito social (trabajadores sociales, cuidadores, etc.). También se suelen tener en cuenta valoraciones procedentes de los familiares a cargo de la persona dependiente o, incluso, del propio interesado. La importancia de hacer una valoración conjunta reside en la calidad de la información, en la combinación de información, puntos de vista y experiencia de los diversos profesionales que han atendido a un paciente.

3) La permanente evolución de las necesidades de las personas a lo largo del ciclo de vida, de enfermedad y/o dependencia: lo que conlleva el requerimiento de realizar evaluaciones de forma continuada, acompañando tal evolución. Una primera evaluación de contacto no sustituye a los otros sistemas de evaluación. La información básica recabada en el primer contacto puede llevar a evaluaciones más exhaustivas y necesita ser actualizada en sucesivas valoraciones.

En las últimas décadas, en España se ha avanzado en el uso de instrumentos de valoración estandarizados, como escalas para medir el estado funcional de la persona, el estado cognitivo, para la valoración de síntomas, la valoración social, la sobrecarga del cuidador, etc. Junto a esto, se

han venido constituyendo unidades interdisciplinarias de evaluación de necesidades sociosanitarias en diferentes comunidades autónomas, conocidas como, por ejemplo: Unidad Funcional Interdisciplinaria Sociosanitaria (UFISS) en Cataluña, Unidad de Valoración Sociosanitaria (UVSS) en Aragón o (UVASS) en Baleares, o el Equipo de Valoración y Soporte Sociosanitario (EVASS) en la Región de Murcia.

A pesar de estos avances, el Libro Blanco de la Coordinación Sociosanitaria en España, publicado por el Ministerio de Sanidad en 2011, seguía señalando la necesidad de “generalización del uso de instrumentos de valoración estandarizados, comunes a cualquier ámbito de actuación: atención primaria, especializada y servicios sociales” (Imsero y Agencia Calidad SNS, 2011). En general, las diferentes valoraciones siguen siendo realizadas de forma independiente en cada servicio y no están soportadas por aplicativos tecnológicos que permitan el uso compartido de un conjunto básico de datos en los diferentes sistemas asistenciales. De ahí que el borrador del Documento Base para una atención integral sociosanitaria elaborado por el IMSERSO en mayo de 2015, estableciera como “imprescindible contar con un sistema previo de valoración integral, social, clínica y funcional de la persona y su cuidador principal que aporte datos básicos para evaluar la necesidad de cuidados sanitarios y sociales”. Finalmente, el reciente Informe OMIS 2016 identificaba esto como un área de mejora, citaba la adopción de Inter RAI CA en el País Vasco e invitaba a la extensión y despliegue de experiencias que utilizaran este tipo de herramientas estandarizadas de valoración

sociosanitaria (OMIS, 2017b).

En este artículo se presenta una herramienta tecnológica para la valoración sociosanitaria que permite establecer un lenguaje compartido entre los profesionales del ámbito social y sanitario, mediante el que estructurar y articular el proceso de atención, y que ha sido ya implantada con éxito en varios países. Se describirá las experiencias de implantación en Finlandia y, en España, en el País Vasco y Navarra.

2. BÚSQUEDA DE UNA HERRAMIENTA COMÚN. LA FAMILIA DE INSTRUMENTOS INTER RAI.

En el ámbito geriátrico, se han desarrollado diversas herramientas estandarizadas de valoración (OCDE, 2013), como la escala francesa “Autonomie, Gérontologie, Groupe Iso-ressources” (AGGIR), el instrumento “Functional Independent Measure” (FIM), el “Functional Autonomy Measurement System” (SMAF) o el “Resident Assessment Instrument” (RAI). El objeto de este artículo es presentar esta última familia de instrumentos, RAI, en cuanto que ofrecen “un sistema de herramientas integradas que incorporan elementos básicos para el desarrollo de la gestión clínica, gestión de calidad y gestión de costes” (Ariño, 2001).

RAI proporciona una valoración estandarizada, completa y reproducible de cada paciente. Valora su capacidad para realizar las actividades de la vida diaria e identificar los problemas significativos de la habilidad funcional. Esencialmente gracias a la utilización del RAI de modo seguro con valoraciones periódicas, aquellos que prestan la asistencia tienen una visión veraz y coherentemente

registrada del paciente y pueden afrontar las necesidades del individuo teniendo a su disposición objetivos realistas.

La herramienta RAI está basada en 3 componentes principales como afirma Sergio Ariño (2001), Director del Servicio de Geriatría de la Fundación Hospital Asil de Granollers y miembro de Inter RAI: el conjunto mínimo de datos; las alarmas; y las guías de práctica clínica. Este instrumento fue adoptado en el año 1991 por la Administración norteamericana como una herramienta obligatoria en aquellos centros concertados de atención socio-sanitaria. Desde entonces se ha ido modificando y perfeccionando paulatinamente hasta conseguir una herramienta robusta y multiuso.

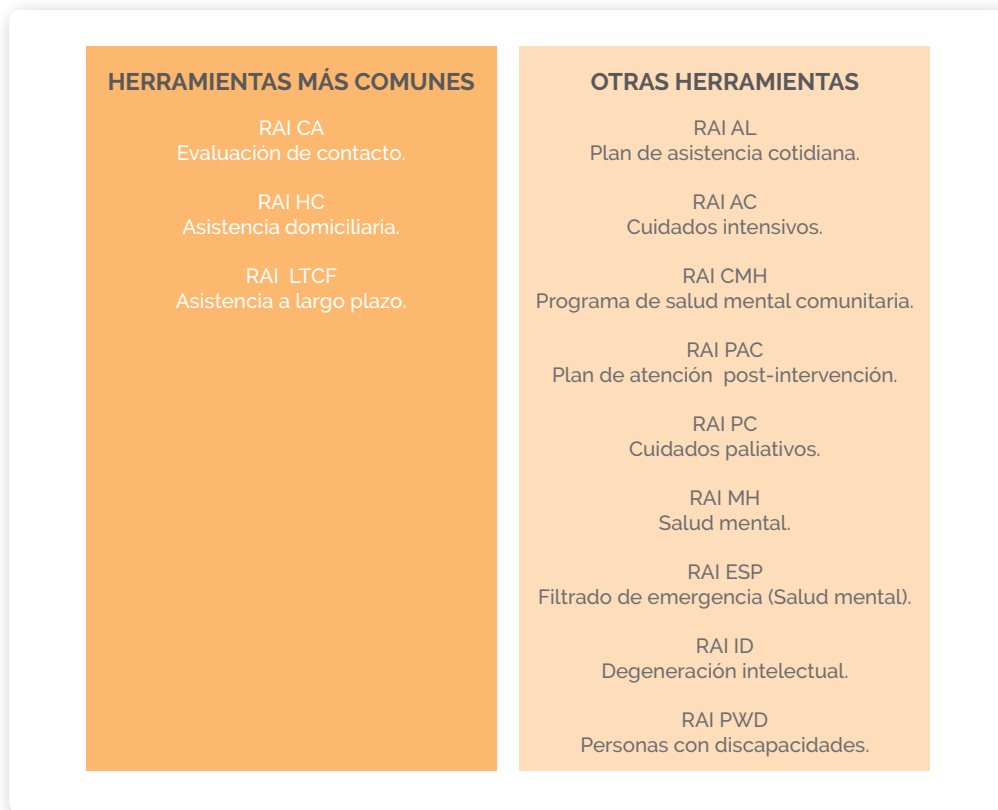
Inter RAI (<http://www.interrai.org/>) es producto del trabajo de una red de colaboración sin ánimo de lucro con investigadores en más de 30 países dedicados a mejorar los cuidados de las personas con discapacidad o complejidad médica. El consorcio que conforma la red se esfuerza por promover la práctica clínica y la toma de decisiones en materia de políticas mediante la recopilación e interpretación de datos de alta calidad sobre las características y los resultados de las personas atendidas en una variedad de servicios de salud y servicios sociales.

Como organización, Inter RAI pretende, mediante una investigación y colaboración rigurosa, promover la atención sanitaria y la toma de decisiones basadas en la evidencia científica, manteniendo los más altos estándares de calidad de las herramientas de mediciones que se utilizan en sus instrumentos.

Como afirma Sergio Ariño (2001), cada versión de un instrumento representa el resultado de un riguroso proceso de investigación y de pruebas para establecer siempre la mejor fiabilidad y validez de los ítems, de las escalas de medición de resultados, de los protocolos de valoración, de los algoritmos de “case mix” y de los indicadores de calidad.

Como resultado de la extensa colaboración de especialistas internacionales y el trabajo continuo en el desarrollo y mejoras de los instrumentos, RAI presenta una gama de herramientas que van desde el cribado inicial a la valoración integral, lo que permite el uso compartido de un conjunto básico de datos en los diferentes sistemas asistenciales, así como en los niveles básico y especializados de cada sistema. Los cuadros de abajo especifican algunas de las herramientas de la familia RAI:

Gráfico 1. Herramientas de la familia RAI.



Las herramientas RAI para evaluaciones con necesidades de atención (www.interRAI.org) generan información que puede ser utilizada para la práctica de la rutina clínica que puede aportar evidencias relevantes a preguntas clave a la hora de tomar decisiones para cuidados a largo plazo (Carpenter y Hirdes, 2013).

Una de las grandes ventajas de los instrumentos RAI es que ayudan al personal médico a tratar a los pacientes de una forma lógica, es decir como individuos para los que la calidad de vida y de asistencia son igual de importantes y necesarios. Ventajas como desarrollo en la alimentación, en el trabajo social, la fisioterapia, logoterapia, fármacos, actividades de ocio, una

aproximación más global entre la asistencia a los pacientes, pero sobre todo un refuerzo en la comunicación entre los miembros del equipo.

Según Elena Elósegui (2016), las herramientas RAI tienen como objetivos:

- **PREVENIR** para potenciar la autonomía. La finalidad del uso de herramientas Inter RAI es conseguir que las personas de avanzada edad puedan prolongar el tiempo de autonomía antes de ser ingresados en centros. La idea principal es otorgar a los mayores una mayor calidad de vida en sus hogares, y con la prevención y detección de posibles conflictos de salud o sociales, esto es posible para una inmediata

acción. Es por eso que las herramientas consiguen detectar de manera inmediata las posibles áreas que requieran una atención más específica.

- **VALORAR** integralmente a la persona. Todas las personas tienen que ser tratadas por igual, es por ello que la herramienta es lo que consigue, que cualquier persona en riesgo social o de salud pueda tener la opción de ser tratado al detectarse algún punto de riesgo. Al hacerse una evaluación de contacto en los centros médicos, hospitales etc., todos los pacientes tienen el mismo derecho a ser evaluados con la misma herramienta.

- **ORIENTAR** hacia el recurso más idóneo. Las herramientas consiguen localizar las deficiencias de una manera automática y así orientar al paciente y a los profesionales sobre el tratamiento médico o asistencia social necesaria.

- **UBICAR** elementos tales como discapacidad, dependencia, cronicidad, convalencia o situación terminal que, son fácilmente localizables tras hacer una evaluación, por lo que la toma de decisiones es inmediata, con la posibilidad de hacer consultas internas con profesionales de diferentes ámbitos para tomar la decisión correcta en el momento preciso.

Las herramientas están concebidas desde una perspectiva dinámica y funcional del individuo. De esta manera permiten valorar necesidades al igual que cargas de trabajo derivadas de la ayuda a la dependencia o de terapias relacionadas con ella. Esta construcción permitirá el desarrollo de

herramientas de clasificación del case-mix por consumo de recursos, agregando a los pacientes en grupos de sus necesidades y sus consumos y, por tanto, de costes.

Puntos que nos va a permitir seguir al paciente a lo largo del proceso asistencial en todas sus etapas: valoración al ingreso, cuando se producen cambios clínicos significativos, de forma periódica trimestral o anualmente y, por supuesto, al alta. Además de ayuda en la valoración, nos servirá en la planificación de los cuidados, monitorización de la ejecución y evaluación posterior. Este seguimiento permite análisis comparativos (por individuos, unidades o territorios) desde diversos ángulos: clínico, epidemiológico, administrativo, de gestión de los recursos y costes y desde la perspectiva de indicadores de calidad de procesos y resultados.

3. INTER RAI CA.

La herramienta Inter RAI CA, es decir, *Resident Assessment Instrument Contact Assessment*, se centra en la valoración de contacto. Fue presentada por la empresa finlandesa RAISOFT en el proyecto Inter RAI CA 2007-2009 en Helsinki, cuyo objetivo principal era desarrollar una herramienta de evaluación para priorizar las necesidades de los ancianos. RAISOFT propuso una herramienta de evaluación que pudiese ser utilizada tanto por los servicios sociales como los sanitarios.

Inter RAI CA es instrumento de cribado poblacional para adultos con necesidades sociosanitarias que mediante la realización de una evaluación de contacto permite

obtener un diagnóstico de la situación y necesidades sociosanitarias que presenta una persona en ese momento. El objetivo es llevar a cabo la evaluación de una persona con el propósito de mejorar su capacidad funcional y su calidad de vida, enfocándose en sus problemas de salud mentales o físicos y aumentar su nivel de independencia.

Dicho diagnóstico se basa en 4 algoritmos: *autonomía personal*, *necesidad de una valoración exhaustiva* (para profundizar en las áreas de mayor necesidad), *necesidad de servicios urgentes* (atendiendo a necesidades no cubiertas o que se intensifican y requieren una intervención urgente) y, *necesidad de iniciar o continuar con rehabilitación funcional*.

Inter RAI CA es un formulario de evaluación, con instrucciones precisas punto por punto y algoritmos para la toma de decisiones. El formulario de evaluación permite a los profesionales evaluar campos decisivos de la salud física, mental y funcional, de asistencia social y uso de servicios. Ciertos puntos permiten identificar también la necesidad de una evaluación más exhaustiva por problemas específicos y si la persona puede encontrarse en riesgo de sufrir deterioro funcional, de su salud o de su bienestar. El principal propósito es que esta información sirva para identificar las necesidades de cada individuo y seleccionar las medidas más oportunas.

La habilidad de Inter RAI CA, es que mediante la realización de una evaluación de contacto, permite identificar las necesidades sociosanitarias de una persona y elaborar un plan de atención conjunto entre los

profesionales del ámbito social y sanitario. Asimismo, la adaptación y mejora continua del instrumento ha permitido desarrollar un sistema de compartición de los casos sociosanitarios que posibilita “interoperar”, esto es, acceder, consultar y registrar información con independencia de la procedencia (social o sanitaria) de los profesionales implicados.

Para ello, se ha desarrollado un sistema de permisos y niveles de seguridad asociados a diferentes perfiles. Así, según el perfil de un usuario, es posible limitar el acceso a la información pudiendo verla exclusivamente el profesional responsable del caso o bien, otros usuarios del equipo sociosanitario.

Así, el instrumento Inter RAI CA pretende introducir un cambio de paradigma incorporando un nuevo modelo de valoración y compartición de los casos sociosanitarios que contribuyan al fortalecimiento de los equipos de atención y que mejore la comunicación y coordinación entre sistemas.

El siguiente cuadro presenta, de forma muy resumida, los puntos fuertes de la herramienta Inter RAI CA que han venido destacando distintos grupos de profesionales que la usan:

Cuadro 1. Puntos fuertes de Inter RAI CA.

- ES FÁCIL, RÁPIDA, SENCILLA.
- RECOGE LA OPINIÓN DEL USUARIO Y DEL CUIDADOR.
 - OFRECE UNA FOTO GLOBAL, INTEGRAL Y REAL.
- ES COMPARTIDO POR DIFERENTES PROFESIONALES.
 - PARTICIPAN TODOS.
 - AYUDA A LA COORDINACIÓN.
 - LENGUAJE COMÚN.
 - PRIORIZA NECESIDADES.
 - PRIORIZA LAS URGENCIAS.
- FACILITA LAS REEVALUACIONES LONGITUDINALMENTE.
 - ELIMINA (PUEDE) OTRAS HERRAMIENTAS.
- SITÚA A LOS DISTINTOS PROFESIONALES AL MISMO NIVEL.
- PROPORCIONA INFORMES Y EXPLOTACIONES ESTADÍSTICAS.
 - RESPONDE A UNA NECESIDAD DEL SECTOR.
 - PERMITE CREAR UN PLAN DE ATENCIÓN.

4. CASOS DE ÉXITO DE LA HERRAMIENTA INTER RAI EN FINLANDIA.

En Finlandia, la valoración sociosanitaria es obligatoria y hay ejemplos interesantes donde las organizaciones han incorporado el uso de instrumentos RAI para evaluar las necesidades sociosanitarias de las personas.

Así, el Distrito de Karelia del Sur comenzó en el año 2004 la implementación de los instrumentos RAI en los servicios sociosanitarios. En 2012, Inter RAI CA se estaba ya utilizando en centros de larga duración, asistencia y ayuda a domicilio en todo el

distrito. Los usuarios de la herramienta valoran entre otras cosas que les ha permitido el tratamiento centrado en el paciente, desde la individualidad, la mejora del status funcional, el mejor uso de recursos, y que la práctica esté basada en evidencias. Los usuarios valoran que la herramienta sea muy fácil de utilizar, estable y que la información se extraiga fácilmente desde los informes con diferentes objetivos. Entre los resultados más visibles, se apunta a mejoras significativas en áreas de uso de drogas, nutrición y control de infecciones.

Por su parte, la ciudad de Oulu (190.000 habitantes, la sexta mayor ciudad de Finlandia)

fue uno de los pioneros en el uso de RAI en Finlandia. Oulu se encuentra a la cabecera del uso de RAI para mejorar la calidad de los cuidados. Una de los casos más significativos fue en 2002: una de las residencias llamada Hirosenkoti, se percató de que el centro estaba consumiendo un uso excepcionalmente elevado de medicación entre sus pacientes. La introducción de la herramienta Inter RAI CA llevó a que los resultados mejoraran sustancialmente en un periodo de tiempo de tres años en que dio formación al personal sobre uso de medicamentos, haciendo partícipes a los psiquiatras en el proceso.

Las mejoras en la residencia de 35 camas de Hirosenkoti fueron notables. Se consiguió una mejora en la calidad de vida de los residentes que conllevó un sustancial impacto económico. En esta residencia redujeron costes por 16.000 euros menos al año. Si todas las residencias de Oulu obtuvieran el mismo resultado, la reducción económica anual sería de un total de 215.000 euros.

5. INTER RAI CA EN ESPAÑA.

En España, Inter RAI CA está ya en País Vasco y en Navarra, permitiendo a los profesionales de los ámbitos de salud y social compartir los casos sociosanitarios, con independencia de la procedencia y del profesional que haya realizado la evaluación de contacto. El instrumento se está orientando preferentemente al colectivo de personas frágiles en situación de dependencia, si bien es posible realizar una evaluación a cualquier adulto que presente necesidades sociosanitarias.

La Comunidad Autónoma del País Vasco (CAPV) ha sido pionera en la implantación de la herramienta. La CAPV buscó dotarse de un instrumento común que contribuyese a la confluencia de lenguaje entre el sector social y sanitario y a la construcción de un espacio compartido de comunicación para los/as profesionales de ambos sectores. De ahí que en el nuevo Plan de Salud de Euskadi (2013-2020) (Departamento de Salud 2013) se puso como objetivo la búsqueda de un instrumento multidisciplinar.

Tras varias sesiones de discusión con los grupos de expertos establecidos al efecto, el grupo de investigación determinó proponer la adaptación y utilización en la CAPV del Inter RAI Contact Assessment (Inter RAI CA) como instrumento básico de valoración sociosanitaria.

En estrecha colaboración con Inter RAI y RAISOFT, el Consejo Vasco de Atención Sociosanitaria junto al equipo técnico de Raisoft ha escuchado las propuestas y diferentes puntos de vista de los profesionales tanto del área de Salud como del área Social, para hacer que la herramienta refleje la realidad actual. Durante dos años se ha adaptado la herramienta a la realidad del País Vasco, con giros de lenguaje, expresiones, realidad social, recursos y servicios. La poca presencia de elementos sociales en la herramienta fueron motivos de discusión en el comienzo de ésta andadura, puesto que faltaban preguntas directamente relacionadas con el ámbito social, y el peso recaía casi exclusivamente en el área de Salud. De ahí que, gracias a la contribución de profesionales del ámbito social se ha ido modificando y agregando apartados que

los demandantes requerían, mejorándose así el resultado final. Otro de los inconvenientes que se encontraron en los comienzos fue la incompatibilidad de las bases de datos. Con el tiempo y la experiencia, se ha podido superar este problema, al lograr la completa integración de su sistema con el sistema informático de Osakidetza.

En el caso de Navarra, durante el 2017, Osasunbidea ha estado utilizando la misma herramienta que Osakidetza en País Vasco en modo piloto, ambos utilizando los servidores de Raisoft en Finlandia. Desde noviembre 2017, sin embargo, Navarra ha comenzado la instalación del sistema Inter RAI CA en los propios servidores de Osasunbidea.

En ambos casos, en el proceso de implantación de la solución Inter RAI CA, el hecho de que la empresa de software sociosanitario RAISOFT pudiera ofrecer soporte técnico y formación en español fue un elemento facilitador al hacer las comunicaciones y el trabajo mucho más sencillo sin necesidad de intermediarios. Como apunta Lucía Iñigo Regalado (2017), “en relación al ámbito tecnológico, la adaptación del instrumento a la realidad sociosanitaria vasca ha sido también un elemento clave para facilitar la adherencia de los/as profesionales al instrumento. El esfuerzo del equipo técnico de Raisoft y del equipo sociosanitario ha sofisticado el instrumento haciéndolo más versátil y manejable”.

6. INTER RAI CA, PALANCA DE TRANSFORMACIÓN DEL PARADIGMA DE LA ATENCIÓN.

La valoración sociosanitaria no es obliga-

toria aún en España (sí lo es, por el contrario, en Finlandia) pero está comprobado que sí es necesaria una herramienta de valoración conjunta que permita sacar informes a todos los niveles organizativos. Inter RAI CA es una propuesta tecnológica, compacta, fiable y validada, para obtener una información que de otra manera conllevaría la realización de diversos informes, estadísticas y herramientas de diversa índole. En una sola herramienta que se adapta a las necesidades de cada cliente, evitando duplicaciones de información y ahorrando tiempo, se ofrece una solución para cada perfil de usuario. Para los profesionales sanitarios, la herramienta es una ayuda para la toma de decisiones en la planificación de cuidados del paciente. Para los gestores, es una herramienta para la gestión de recursos y el control de calidad. Para los pagadores, Inter RAI CA es una herramienta para, entre otras tareas, el control de pagos y reembolsos.

Robert Åström, Director Ejecutivo de Raisoft afirma que la evaluación sociosanitaria permite la prevención de las consecuencias futuras. Realizando una primera evaluación se puede reaccionar ante una situación y a futuro se pueden evitar costes, tanto personales como económicos. Y combinando evaluaciones como el cuidado a domicilio (RAI HC) o salud mental (RAI MH) entre otras, las actuaciones preventivas podrían ser decisivas, invirtiendo el tiempo ahora en estas herramientas, estaremos ahorrando para el futuro.

En línea con la visión del País Vasco y Navarra, la propia interoperabilidad de todas estas herramientas permiten que se

constituyan como germen de la historia sociosanitaria compartida (OMIS 2017). Desde esta visión, Inter RAI CA y el resto de aplicativos de la familia de instrumentos RAI trascienden su naturaleza de herramienta tecnológica, para adquirir valor su capacidad de transformación del paradigma de la atención, desde un modelo reactivo, fragmentado centrado en las necesidades de los servicios hacia un modelo proactivo, integrado y centrado en las necesidades de las personas.

7. BIBLIOGRAFÍA.

Ariño, S. (2001) La tecnología RAI. Herramienta para gestión de calidad total en atención sociosanitaria, Revista Española de Geriatría y Gerontología, Vol. 36, núm. 3, pp. 135-139.

Carpenter, I. y Hirdes, P. (2013) Using Inter RAI assessment systems to measure and maintain quality of long-term care, en OCDE y Comisión Europea (eds.) A Good Life in Old Age? Monitoring and Improving Quality in Long-term Care, <http://www.interrai.org/assets/files/par-i-chapter-3-old-age.pdf>

Departamento de Salud/ Departamento de empleo y Políticas Sociales (2016) Atención sociosanitaria http://www.euskadi.eus/web01-a2zesosa/es/contenidos/informacion/inf_sosa_a1/es_def/index.shtml

Elosegui, E., Elizalde, B., Goñi, M.J., Díaz de Durana, O., Olascoaga, A., Zapiain, A. Zurbanobeaskoetxea, L., Albizua, O. (2014) Elección consensuada de una herramienta común de valoración sociosanitaria en la CAPV, Zerbitzuan 56, pp. 41-57.

Elósegui, E. et al. (2014) Interoperabilidad de los sistemas de información sociosanitarios. Selección de un instrumento consensuado de valoración sociosanitaria, Barakaldo, BIOEF-Fundación Vasca de Innovación e Investigación Sanitarias, <http://www.siiis.net/valoracionsociosanitaria.pdf>

Formiga, F., i Mascaró, J., Cabot, C., Ortega, C., Porrás, F., Vidaller, A., Pujol, R. (2005) Valoración geriátrica de un paciente ingresado en un hospital de agudos, Rev. Mult Gerontol., vol. 15 (1): pp. 8-11.

Gobierno Vasco (2013) Líneas Estratégicas de Atención Sociosanitaria para Euskadi 2013-2016. http://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/publicaciones_informes_estudio/es_pub/adjuntos/l_e_sociosanitarias_es.pdf

Gobierno Vasco (2017) Innovando en el modelo de atención sociosanitaria en Euskadi. Inter RAI CA como embrión de la H^a Sociosanitaria vasca. <http://www.euskadi.eus/gobierno-vasco/-/noticia/2017/innovando-en-el-modelo-de-atencion-sociosanitaria-en-euskadi-interrai-ca-como-embrión-de-la-h-sociosanitaria-vasca/>

IMSERSO y Agencia de Calidad del SNS (2011) Libro Blanco de la Coordinación Sociosanitaria en España, <http://www.imserso.es/InterPresent1/groups/imserso/documents/binario/asociosanitaria2011.pdf>

Iñigo Regalado, L. (2016) Implantación del Instrumento de Valoración Sociosanitaria: Inter RAI CA. VIII Congreso Nacional de Atención Sanitaria al Paciente Crónico. Madrid, 7-8 abril, https://ec.europa.eu/eip/ageing/sites/eipaha/files/results_attachments/interrai_cronicos_2016.pdf

OMIS. Observatorio de Modelos integrados en salud de New Health Foundation (2017) Innovando en el modelo de atención sociosanitaria en Euskadi a través del InterRAI CA, Sevilla: New Health Foundation.
<http://www.newhealthfoundation.org/web/wp-content/uploads/2017/03/InterRRAI-CA4.pdf>

OMIS. Observatorio de Modelos integrados en salud de New Health Foundation (2017b) Experiencias de Atención Integrada en España. Informe OMIS 2016, Sevilla: New Health Foundation.

Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE) (2013) Policy Brief A Good Life in Old Age, <https://www.oecd.org/els/health-systems/PolicyBrief-Good-Life-in-Old-Age.pdf>

EXPERIENCIA DE INTEGRACIÓN SOCIAL Y SANITARIA EN LA COMARCA DE LA GARROTXA.

TEIA FÁBREGA PAIRÓ

Directora. Consorcio de Acción Social de la Garrotxa.

SUMARIO

1. UNA LARGA TRAYECTORIA DE TRABAJO INTERSECTORIAL EN LA GARROTXA.

3. BIBLIOGRAFÍA.

2. HACIA DÓNDE NOS HEMOS ENFOCADO EN 2017.

2.1. Integración en la atención domiciliaria.

2.2. Integración social y sanitaria de la intervención a las personas con enfermedad mental.

PALABRAS CLAVE

Atención domiciliaria; Enfermedad Mental; Rutas; PIAISS; La Garrotxa.

RESUMEN

La Comarca de la Garrotxa (Gerona) tiene una larga experiencia de coordinación e integración de servicios sociales y sanitarios, concretándose en comisiones de trabajo, instrumentos comunes de planificación y gestión y en la compartición de recursos. En este artículo se presentan los esfuerzos recientes orientados a establecer procesos integrados de atención domiciliaria y a la formulación de una ruta de atención integrada de la Complejidad del Paciente complejo crónico de salud mental.

KEYWORDS

Home care; Mental Health; Pathways; PIAISS; La Garrotxa.

ABSTRACT

The region of La Garrotxa (Gerona) has a long experience of coordination and integration of public health and social services, taking the form of work committees, common instruments for planning and managing and the sharing of resources. In this article we present the recent lines of work aimed at establishing integrated home care processes and the formulation of an integrated care pathway for the complex process of managing mental health chronic patients.

1. UNA LARGA TRAYECTORIA DE TRABAJO INTERSECTORIAL EN LA GARROTXA.

La población de la comarca de la Garrotxa (Gerona, Cataluña) es de 55.999 habitantes, repartidos en 21 municipios, siendo Olot la capital. En la comarca de la Garrotxa existen 4 centros de salud, dos gestionados por el Instituto Catalán de la Salud (gestión pública) y dos gestionados por el Hospital Comarcal (gestión privada, Fundación Hospital de Olot y Comarcal de la Garrotxa). Por su parte, el Consorcio de Acción Social de la Garrotxa es un organismo público formado por el Ayuntamiento de Olot y el Consejo Comarcal de la Garrotxa, que tiene el encargo de gestionar los servicios sociales de la comarca de la Garrotxa.

El proceso de puesta en marcha de convenios de colaboración entre servicios sociales y sanitarios se inició en el año 1996 y desde esa fecha hemos podido:

1. Desarrollar un modelo de integración de la atención primaria de salud y social.

Se han establecido convenios entre el Consorcio de Acción Social de la Garrotxa y los Centros de Salud gestionados por el Instituto Catalán de Asistencia Sanitaria y el Hospital Comarcal para que las trabajadoras sociales del Consorcio sean los profesionales integrados en el centro de salud. Con ello, conseguimos que:

- haya una única puerta de entrada para todas la personas,
- el diagnóstico y plan de mejora sean realizados conjuntamente,
- haya una valoración e intervención social

y sanitario conjunta,

- estén disponibles las dos carteras de servicios.

2. Disponer de instrumentos conjuntos de planificación y gestión de las listas de espera.

Hemos creado en la comarca distintas comisiones de trabajo entre los agentes sociales y sanitarios, para gestionar conjuntamente las listas de espera de las personas que han de acceder a una residencia de personas mayores y también a los distintos recursos sanitarios (hospital de día, centro sociosanitario) así como la gestión de la lista de espera de personas con discapacidad psíquica y enfermedad mental. Las comisiones ya en marcha son:

a. La Comisión para personas mayores dependientes. Creada en 1997, está integrada por un representante de cada una de las residencias de la comarca (8 residencias, 520 plazas residenciales), los centros de día para personas mayores (son los mismos representantes de las residencias, 241 plazas) y los representantes de los recursos sanitarios (trabajadora social, médico de geriatría, enfermera) que gestionan los recursos de residencia sanitaria, hospital de día y convalecencia.

Esta Comisión se reúne mensualmente y tiene como objetivo: la gestión de las listas de espera de los distintos servicios sociales y sanitarios, así como la detección de posibles dificultades en los circuitos. También en ella se detectan necesidades de la comarca para atender las personas en situación de dependencia, ya que se dispone de una visión global.

b. La comisión para personas adultas con discapacidad psíquica y enfermedad mental. Creada en el año 2000, está integrada por un representante de los dos centros ocupacionales, del centro especial de empleo, del servicio de integración a la empresa, profesionales de la red de salud mental de la comarca y un representante del consorcio, quien coordina la comisión. Esta comisión se reúne mensualmente, y su objetivo principal, es gestionar la lista de espera para poder adecuar los recursos a las necesidades de las personas. También se detectan necesidades o dificultades entre los servicios. En algunos momentos se han creado subcomisiones para poder trabajar en proyectos conjuntos. Inicialmente era una comisión que integraba los servicios de atención infantil y juvenil y de adultos, pero se decidió separar en dos comisiones. La comisión infantil y juvenil está formada por el centro de estimulación precoz, la escuela de educación especial, el técnico municipal de educación, director del equipo psicopedagógico de educación, responsable del servicio de salud mental infantil y juvenil, el médico pediatra y el consorcio. En esta comisión se trabajan circuitos de intervención, protocolos, se elaboran proyectos de actuación, etc.

c. Adaptar recursos sociales, para que el sistema sanitario disponga de algunos recursos domiciliarios de la cartera de servicios sociales.

2. HACIA DÓNDE NOS HEMOS ENFOCADO EN 2017.

Hemos continuado avanzando en el trabajo de integración social y sanitaria y durante

este año nos hemos focalizado en dos de los proyectos planteados en el modelo.

2.1. Integración en la atención domiciliaria.

En estos momentos, enmarcados dentro del Plan Interdepartamental de Atención e Interacción Social y Sanitaria de Cataluña (PIAISS), estamos trabajando en la integración de servicios domiciliarios. El PIAISS es un instrumento del Gobierno de Cataluña creado el año 2014 que asume como misión “promover y participar en la transformación del modelo de atención social y sanitaria para poder garantizar una atención integrada y centrada en las personas, capaz de dar respuesta a sus necesidades” (Ledesma, 2016).

En este marco, la permanencia de la persona en su domicilio y en su entorno, facilita el desarrollo de un sistema de salud y servicios sociales, basado en procesos de atención centrada en la persona y la comunidad, para mejorar y favorecer su proyecto vital, así como la capacidad del entorno relacional y comunitario de dar apoyo cuando sea necesario. Es pues necesario desarrollar el modelo, concretando sus principios y actuaciones.

Hemos desarrollado el trabajo con la colaboración de la Fundación Avedis Donabedian- Instituto universitario UAB, con una metodología colaborativa, basada en la participación y implicación de los profesionales, organizaciones y personas usuarias de los servicios y familiares (30 personas) desde la fase inicial de planificación y rediseño de los procesos. Se pretende así facilitar una futura implementación de un sistema integrado de salud y servicios sociales, basado en procesos de atención centrada en la persona

para mejorar y favorecer su proyecto vital, así como la capacidad de su entorno relacional y comunitario para darle soporte.

¿Qué quiere ofrecer este proceso integrado de atención domiciliaria a la comunidad de la Garrotxa, que aporte valor? Quiere ofrecer una atención integral y integrada social y sanitaria a domicilio basada en las necesidades de las personas, teniendo en cuenta sus potenciales, valores y preferencias, de tal manera que la persona pueda estar en condiciones dignas en el domicilio.

Se centrará la atención a todas las personas y a lo largo de toda su vida, (incluyendo situaciones prenatales y situaciones de duelo, para poder cuidar a los familiares que quedan) que requieran atención domiciliaria, preferentemente a aquellas personas con concurrencia de complejidad social y sanitaria o en riesgo de tenerla.

Este 2017 hemos conseguido:

a. consensuar el marco de referencia (véase gráfico 1) en el cual queremos definir el programa de atención integrada.

b. identificar las voces significativas de las personas usuarias y del entorno cuidador (véase cuadro 1 que recoge una selección de necesidades verbalizadas de las personas usuarias y de sus cuidadores).

c. Identificar los principales problemas, objetivos y prioridades del programa integrado.

d. realizar el diagrama causa-efecto para poder identificar los factores implicados.

e. identificar y analizar los servicios de atención domiciliaria sanitaria y social.

Seguidamente se desarrollarán los aspectos más relevantes trabajados, que definen nuestro programa de atención integrada.

Cuadro 1. Algunas de las necesidades significativas de las personas usuarias o de su entorno familiar.

“Me siento cansada... no puedo más. Necesito ayuda”.

“Ayúdame. Tengo dolor pero quiero estar con mi familia. Es donde debo estar”.

“Quiero sentir que me escuchan y quiero sentirme atendido y no dando vueltas de un lugar a otro, explicando mil veces las mismas cosas y con tantas personas distintas”.

“Cuando voy al médico de familia todo va bien, pero cuando voy a otros servicios no me conocen, no saben nada de mí, parece que no se hablen entre ellos”.

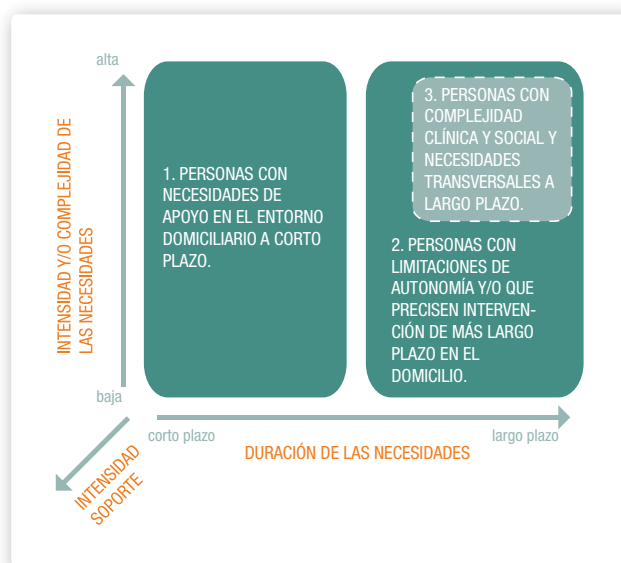
2.1.1. Marco de referencia/estratégico consensuado.

- Orientación centrada en la persona y en su proceso de mejora y confort para conseguir el nivel máximo de autonomía personal en la comunidad, de acuerdo con su proyecto de vida.
- Procesos de apoderamiento de las personas y unidades de convivencia y formas para conseguirlo.
- Trabajo comunitario para poder contribuir a desarrollar la máxima autonomía y

desarrollo.

- Orientación de las intervenciones a resultados, al funcionamiento y hacia la satisfacción de la vida de la persona y de su entorno relacional significativo.
- Trabajo de colaboración interdisciplinar con sistemas autocríticos y de aprendizaje continuo entre servicios sociales y salud y otros recursos de la comunidad.
- Evaluación del impacto y de las intervenciones y su orientación.

Gráfico 1. Marco de referencia.



Misión: ser un servicio integrado social y sanitario de la comarca de la Garrotxa, que preste la mejor atención domiciliaria integrada de excelente calidad y que promueva la máxima autonomía y dé respuesta a las necesidades y preferencias de las personas y familias del territorio que pueda necesitarlo.

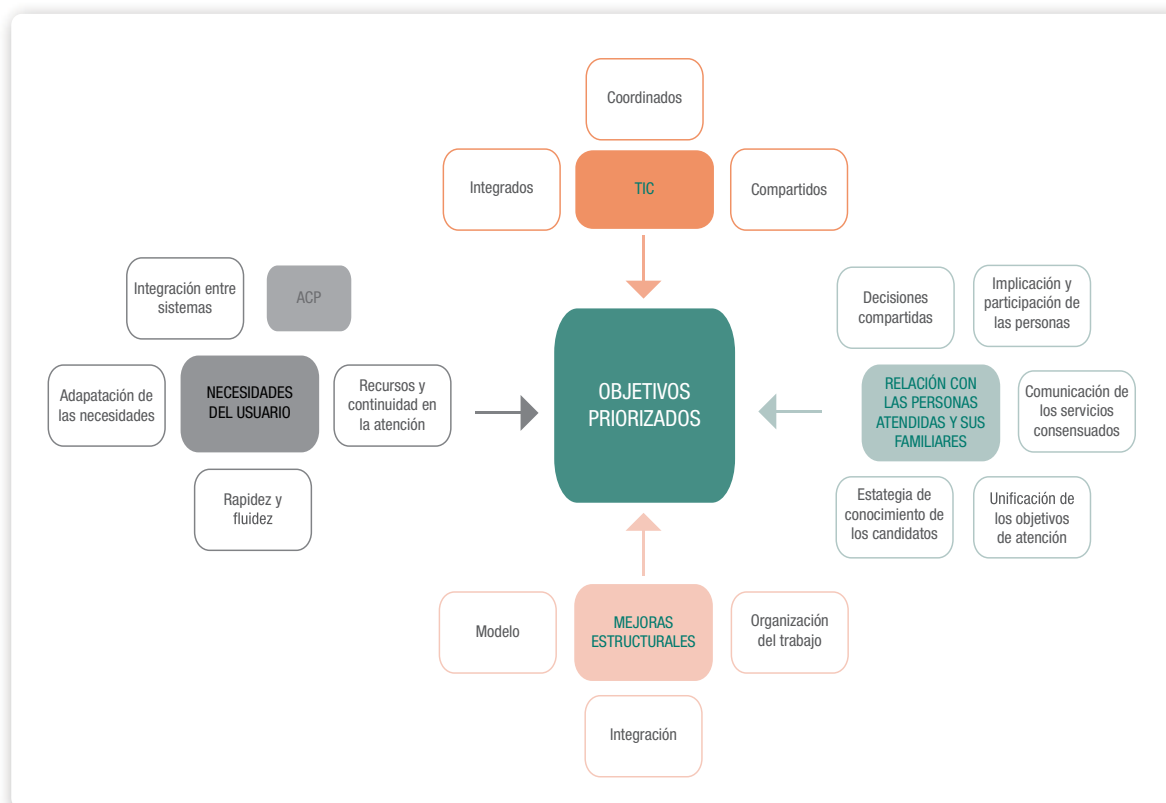
Visión: ser un servicio de referencia y un modelo para la comarca, para Cataluña y a nivel europeo en integración de servicios sociales y sanitarios centrados en la atención de las personas en el entorno domiciliario y en el ámbito comunitario.

Valores que acompañaran el proceso: un equipo de trabajo interdisciplinar, comprometido y responsable que genere confianza a todos los implicados. El trabajo se realizará de forma respetuosa y centrada en las personas y la comunidad, de forma flexible,

velando por la equidad en la prestación de servicios con continuidad de la atención y con los estándares máximos de calidad en la atención.

2.1.2. Objetivos planteados y su interrelación.

Gráfico 2. Objetivos y su interrelación.



2.1.3. Perfiles de las personas que serán usuarias del servicio.

1. Personas identificadas como Paciente Crónico Complejo (PCC) o con Enfermedad Avanzada Crónica (MACA) afectados por su condición o enfermedad o complejidad social y que requiera apoyo en su domicilio.

- Personas con dependencia que requieren apoyo en las Actividades de la Vida Diaria básicas y instrumentales.
- Personas con síndromas geriátricos: desnutrición, fragilidad, úlceras, caídas y fracturas en un proceso de cronicidad.
- Personas con deterioro cognitivo, demencias, alteraciones neurológicas,...
- Personas con problemas de salud que

requieren atención domiciliaria: insuficiencia cardiaca, EPOC, neoplasias,...

- Personas con enfermedades avanzadas, des de situaciones iniciales de transición, donde se requiere orientación y atención paliativa progresiva, hasta las situaciones de final de vida.
- Personas que requieren control de medicación en el domicilio.
- Personas que precisan de apoyo para la realización de actividades preventivas.

2. Personas en situaciones de dependencia y fragilidad, tanto si son transitorias o permanentes, que requieran apoyo en el domicilio.

- Personas con dependencia transitoria o permanente que requieren de apoyo en las actividades de la vida diaria AVD básicas y instrumentales.
- Persona con fracturas que requieren un apoyo puntual.
- Personas que precisan control de medicación que implica revisión y mejora de la adherencia terapéutica.
- Personas con sospecha de maltrato, negligencia o abuso y que requiere apoyo y seguimiento en el domicilio.

3. Infancia y adolescentes en situación de riesgo que requieran intervención en el domicilio.

- Niños, niñas, adolescentes o padres sin red familiar y de apoyo.
- Niños, niñas, adolescentes que tenemos sospecha de abusos y/o maltratos, que requieren de apoyo y seguimiento en el domicilio.

4. Personas con enfermedad mental que precisen de actividades de recuperación funcional en el domicilio u otras actividades de apoyo.

- Personas que precisan control de medicación.
- Personas que requieren volver a vincularse en los servicios de atención en la enfermedad mental y que precisan intervención en el domicilio.
- Personas de riesgo que precisan actividades preventiva a nivel comunitario.

5. Otras situaciones complejas des de la perspectiva social que requiera de una intervención integrada social y sanitaria en el domicilio.

- Personas y unidades familiares en situaciones de estrés importante asociado a condiciones de vida (violencia intrafamiliar, desahucios...).
- Mujeres embarazadas con factores de riesgo.
- Padres sin habilidades parentales suficientes.
- Situaciones complejas que precisan actividades preventivas.

6. Proyectos comunitarios de promoción y protección de la salud y de integración social, en la que la estrategia de intervención sea en el domicilio.

- Personas atendidas en el proyecto de atención al duelo.
- Personas solas, sin red social ni familiar.
- Unidades familiares que requieren de actividades preventivas.

2.1.4. Consideraciones iniciales para la redefinición de la cartera de servicios en el domicilio para poder implementar el programa.

1. Cada ámbito asistencial dispondrá de una atención domiciliaria con suficiente cobertura, intensidad y capacidad de respuesta.
2. Es necesario disponer de una atención continuada 7x24 con suficiente capacidad de respuesta.
3. Disponer de un servicio de terapia ocupacional y de ayudas técnicas y de adaptaciones en el domicilio.
4. Facilitar una intervención integral en las situaciones de enfermedad mental para poder dar respuesta a las problemáticas de bienestar emocional en el entorno domiciliario.
5. Ofrecer servicios de rehabilitación funcional en el domicilio en las situaciones que se requiera.
6. Ofrecer un programa comunitario participado por servicios sanitarios y sociales de “cuidados a la persona cuidadora”.
7. Ofrecer “servicios de respiro”.
8. Coordinar la acción del voluntariado en el domicilio y entornos comunitarios.
9. Ofrecer servicios de centro de día y de noche, teleasistencia, y otros servicios telemáticos en el domicilio con suficiente cobertura, accesibilidad.

10. Mejorar la accesibilidad en los servicios.

11. Coordinar servicios en las situaciones de emergencia/urgencia que requiera una intervención inmediata.

2.1.5. Qué entendemos por domicilio. Entorno y espacio de la prestación del servicio.

- Dentro de la vivienda esté o no empadronado.
- Pisos de protección tutelar, de apoyo,...
- Donde duerme la persona, independientemente que sea su domicilio habitual o “ocupas “, pensiones, sin hogar,...
- Cualquier actividad fuera de la vivienda, dentro de la comunidad: pasear, comprar,...
- Persona que está atendida en un centro de día / de noche que precise apoyo en el domicilio, combinando los dos servicios.
- Situaciones muy excepcionales y de alta complejidad que precisen el servicio fuera del domicilio como por ejemplo, parvularios, hospitales,...

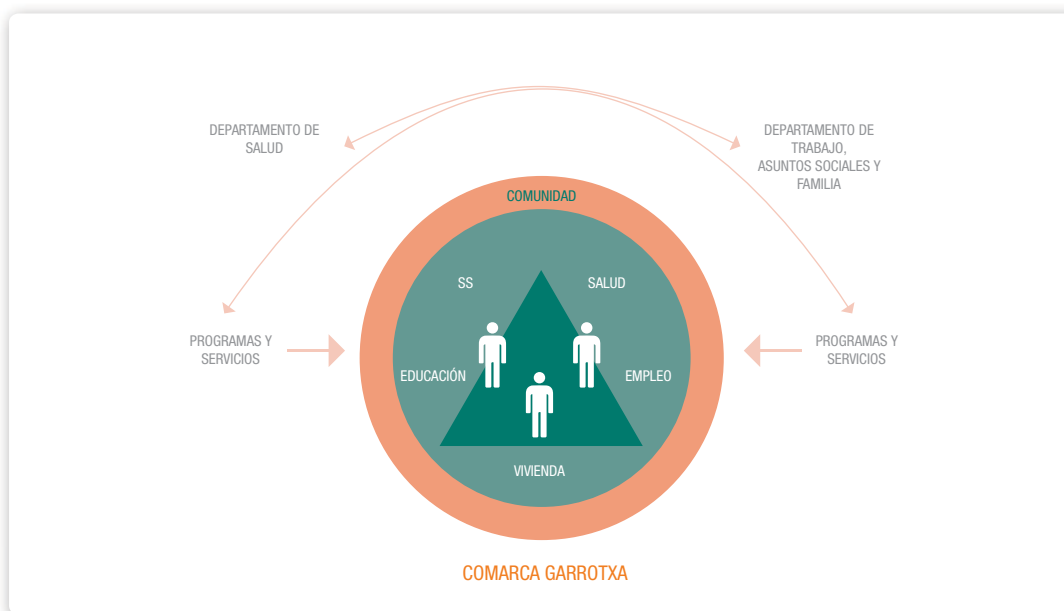
*Las residencias las entendemos como el domicilio de la persona, pero por su gran calibre preferimos trabajarlo fuera de este programa para poder darle más singularidad y especificidad.

2.1.6. Definición de los factores implicados en el desarrollo del proyecto.

- Persona atendidas y sus familiares.
- Entorno y otros implicados.
- Profesionales.
- Estructura y recursos.
- Metodología de trabajo y estrategia de gestión del cambio.
- Organización y gestión.

2.1.7. Una visión de integración de programas y servicios.

Gráfico 3. Visión de integración de programas y servicios.



- Identificar el modelo de atención que orienta los procesos de atención integrada.
- Definir los procesos básicos. Elaborar el mapa de procesos general.
- Identificar los principales itinerarios que seguirán las personas dentro el proceso de atención integrada.
- Definir los diagramas de flujo de 4 procesos priorizados.
- Identificar estrategias para valorar el programa y analizar sus puntos críticos.
- Identificar estrategias de gestión del cambio que faciliten la aplicación del nuevo modelo.

En el taller han participado 31 personas, entre profesionales de sanidad y servicios sociales de la comarca de la Garrotxa, de los servicios de primaria, de ayuda a domicilio, atención domiciliaria de salud, programa de atención domiciliaria y equipos de apoyo a la atención paliativa, servicio psicológico a domicilio, fisioterapeutas, terapeuta ocupacional, entre otros. Incluye la participación de un equipo interdisciplinar, que integra perfiles profesionales de todos los dispositivos de atención domiciliaria y con la incorporación también de familiares y voluntarios. También han participado personas con capacidad en la toma de decisiones.

Inicialmente, y debido a la falta de conocimiento de los profesionales en la gestión basada en procesos, hemos tenido que:

- Identificar los conceptos y conocer la metodología de la gestión por procesos y sus aplicaciones prácticas.
- Aplicar herramientas de diagramación a los procesos que se realizan.

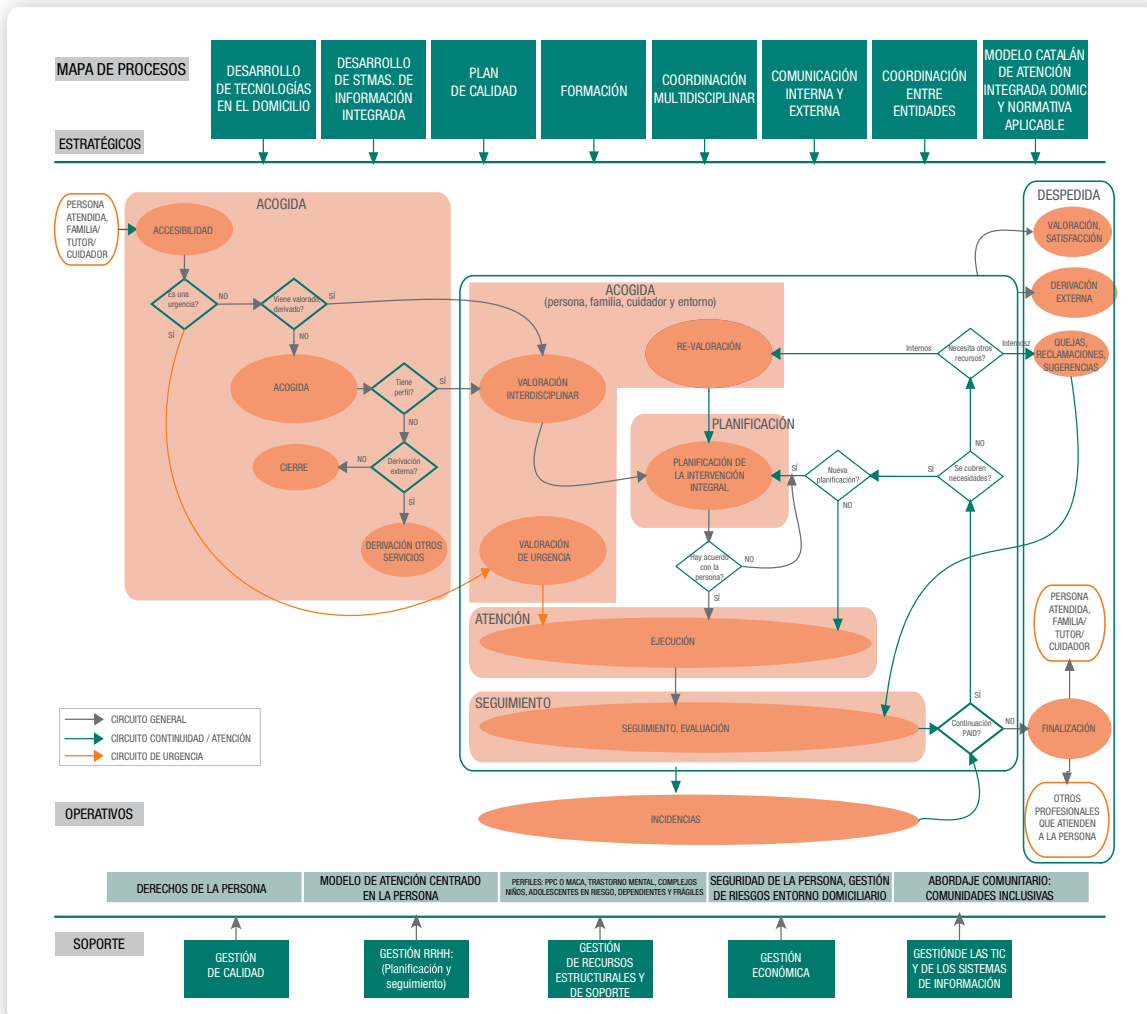
- Evaluar los procesos y analizar los puntos críticos.
- Diseñar la monitorización de los procesos.

Hemos podido diseñar el mapa de procesos general y 4 procesos: acogida y accesibilidad; valoración; planificación; y seguimiento.

La planificación de trabajo para 2018 será:

- Revisión de temas pendientes para el desarrollo de los procesos diseñados en 2017.
- Definición y gestión de los siguientes procesos, con la especificación de principales responsabilidades y registros asociados.
 - o Valoración y planificación en situaciones de urgencia.
 - o Ejecución del Plan de atención (incluye la intervención en situaciones de crisis en el domicilio).
 - o Gestión de incidencias.
 - o Finalización y despedida.
- Revisión del sistema de indicadores para evaluar el proceso de atención integrada y analizar los puntos críticos.
- Identificación de las estrategias de gestión del cambio que faciliten la aplicación de este modelo.

Gráfico 5. Mapa de procesos.



2.2. Integración social y sanitaria de la intervención a las personas con enfermedad mental.

Los problemas de salud mental tienen una gran importancia. Datos de la Organización Mundial de la Salud refieren que una de cada cuatro personas sufrirá algún tipo de problema de salud mental en lo largo de su vida: eso es el 25% de la población está en situación de especial vulnerabilidad.

Por este motivo, la Unión Europea ha declarado la salud mental como una prioridad y señala que hemos de enfocar los problemas de salud mental desde las políticas públicas, promoviendo un planteamiento ampliado al conjunto de la población para prevenir estas enfermedades y poder hacer frente a los problemas relacionados con la discapacidad, estigma y exclusión social.

Uno de los principios del Plan Integral

de Atención a las Personas con Trastornos Mentales y Adicciones 2017-2019 del gobierno de Cataluña es:

“La consecución de la integración de las intervenciones entre redes especializada, en el entorno de la atención primaria, integración progresiva con los servicios sociales, sanitarios, educativos, laborales, y otros” (Generalitat de Cataluña, 2017).

En la comarca de la Garrotxa, hemos iniciado el trabajo integrado entre la atención a la enfermedad mental, la primaria de salud y los servicios sociales, incorporando en las rutas asistenciales de infancia educación y estimulación precoz.

Así pues, hemos creado lo que llamamos “Ruta de Atención integrada de la Complejidad del Paciente complejo crónico (PCC) de salud mental de la Garrotxa”.

De manera colaborativa se han descrito e implementado las unidades funcionales que forman parte de la ruta asistencial.

2.2.1. Definición operativa de la Unidad Funcional de la Ruta de la complejidad.

Se han creado dos comisiones de trabajo, de carácter funcional, para implementar y realizar el seguimiento de la ruta. En estas comisiones participan los profesionales de la atención primaria y especializada de salud, de servicios sociales y de salud mental.

a. Miembros de la Unidad Funcional.

Están representados de manera estable los siguientes profesionales:

- Atención primaria de salud: médico, enfermera, trabajadora social, pediatra y responsables directivos.
- Atención especializada de salud: responsable de urgencias, directora médica.
- Centro de salud Mental: psiquiatra, enfermera, responsables de dirección.
- Servicios sociales: coordinación de primaria y responsable de dirección.

En la unidad funcional específica para la infancia y la adolescencia también estarán el equipo psicopedagógico de educación y el centro de atención precoz.

b. Liderazgo.

La comisión está liderada por el coordinador del equipo de salud mental validado por todos los profesionales de los distintos ámbitos. Tiene la capacidad ejecutiva para poder tomar decisiones y poder plantear a las direcciones de los servicios los cambios necesarios para alinear el modelo de atención integrado en el territorio de la Garrotxa.

c. Funciones.

- Identificar las personas en situación de complejidad derivada de problemas de salud mental.
- Establecer los procesos asistenciales de la ruta de complejidad.
- Definir los referentes del caso.
- Definir el plan de intervención individualizado compartido e integrado.
- Ser el órgano que asegura el cumplimiento del plan de intervención.

d. Frecuencia de reuniones.

La Unidad Funcional, en las fases iniciales de la implementación, se reúne quincenalmente, con una duración de dos horas. Cuando la Unidad Funcional vaya incorporando todas las situaciones y la ruta esté organizada se modificará la frecuencia de las reuniones, seguramente para organizarse mensualmente.

2.2.2. Fases de desarrollo de la Unidad Funcional.*a. Creación de la Unidad Funcional.*

Para poder crear la Unidad Funcional se han planteado los siguientes objetivos:

- Funcionamiento.
- Metodología.
- Evaluación de las personas con situaciones de complejidad.
- Identificar las practicas compartidas.
- Preparar la logística necesaria para la fase de implementación.
- Presentar la ruta de la complejidad a todos los profesionales de los servicios implicados.

b. Implementación.

En la fase de implementación hemos realizado identificación de las personas en situación de complejidad:

- Lista de personas identificadas en el Centro de Salud Mental, con trastorno mental grave.
- Lista de personas en las que se ha activado pre-alta de hospitalización.

- Lista de personas atendidas en los servicios sociales con problemas de adherencia.

- Lista de personas hiperfrecuentadores en los servicios y desvinculados de los servicios de salud mental (personas con trastorno mental crónico que hace mas de un año que no asisten a los servicios de salud mental).

Realizada la identificación, se hace la propuesta de personas a la Unidad Funcional de la Ruta de Complejidad.

En función de las listas planteadas, se revisan las personas y será la unidad funcional quien decidirá si se plantea una intervención integrada.

En caso afirmativo, se puede plantear una revisión de los criterios clínicos y sociales, disponer de mejor información clínica, funcional, social,... utilizando las distintas herramientas o escalas de valoración.

La Unidad Funcional también determinará qué profesional será el referente para la persona o su familia.

Las unidades funcionales de la ruta de la complejidad pretende intervenir de manera integrada con las persona con enfermedad mental que padecen trastornos mentales crónicos y complejos, que tiene problemas funcionales y presentan estados de salud que disminuyen su calidad de vida.

El proceso que definimos nos lleva a una necesidad de realizar cambios asistenciales en la organización de la atención primaria de salud, en la atención de salud

mental y también en los servicios sociales que iremos abordando para conseguir la mejora en la intervención de las personas y sus familias.

3. BIBLIOGRAFÍA.

Fábrega, T. (2015) La experiencia de coordinación social y sanitaria de la comarca de la Garrotxa (Gerona, Cataluña), Observatorio de Modelos Integrados en Salud (OMIS), <http://www.newhealthfoundation.org/web/wp-content/uploads/2015/12/LA-GARROTXA-OMIS.pdf>

Ledesma, A. (2016) “La atención integrada en Cataluña y la 16 Conferencia Internacional de Atención integrada en Barcelona”, *Actas de Coordinación Sociosanitaria*, núm. 17, pp. 62-67.

Ledesma, A., Blay C., Contel, J.C., González A., Sarquella, E., Viguera, L.I. (2015) *Model Català d'atenció integrada. Cap a una atenció centrada en la persona*. http://presidencia.gencat.cat/web/.content/departament/plans_sectorials_i_interdepartamentals/PIAISS/docs/PIAISS_model_atencio_integrada_social_i_sanitaria.pdf

Rusinés, D. (2016) Jornada “L’atenció integrada a Catalunya: un camí de llarg recorregut “. Pla de treball 2017-2020. http://presidencia.gencat.cat/ca/el_departament/plans_sectorials_i_interdepartamentals/PIAISS/jornada_PIAISS_2desembre2016/

Generalitat de Catalunya. *Pla integral d'atenció a les persones amb trastorn mental i addiccions. Estratègia 2017-2019*. http://premsa.gencat.cat/pres_fsvp/docs/2017/03/13/13/08/e161671e-f399-4710-9d5f-785fa04192be.pdf

LA HISTORIA DE SUPERACIÓN DE CAROLINA, DE CLARA, DE CHARO...

En el número anterior de Actas de Coordinación Sociosanitaria (núm. 20, julio 2017), recogíamos la iniciativa de la Fundación Caser de abrir una sección en su página web (<http://www.fundacioncaser.org/actividades/historias-de-superacion>) para recoger relatos sobre personas con discapacidad que se convierten en modelo de vida para todos en virtud de su esfuerzo, constancia y capacidad de superación.

En este número queremos invitar a nuestros lectores a acercarse a las historias que allí se nos regalan, porque muchas ayudan a reflexionar desde la perspectiva de la atención integrada. Por ejemplo, la historia de **Carolina Lapausa** nos hace reflexionar sobre trastornos de la conducta alimentaria, “esos grandes desconocidos de las enfermedades mentales”.

El relato de **Clara Garrido**, primera letrada ciega en el Congreso de los Diputados, nos recuerda las dificultades de personas con discapacidad durante la infancia y juventud, sobre todo si el sistema educativo no posibilita el crecimiento en las capacidades de cada uno.

Charo Rodríguez alerta sobre las necesidades de personas con Fibromialgia y el Síndrome de Fatiga Crónica: “que, por ejemplo, cuando acudamos a Urgencias o Atención Primaria los médicos conozcan nuestra sensibilidad a los medicamentos, ya que desarrollamos muchas alergias e intolerancias. Dados nuestros síntomas, necesitamos que nos traten equipos multidisciplinares. Hay que tener en cuenta que nos recetan desde todo tipo de calmantes hasta parches de morfina, pasando por ansiolíticos, antidepresivos, antiepilépticos, somníferos, etc.”.

En definitiva, cada relato es una llamada a la reflexión y a la búsqueda de respuestas a las necesidades de las personas con discapacidad, desde la planificación integrada y la coordinación de los sistemas de bienestar: sociales, sanitarios, educativos, de garantía de ingresos, etc.

INFORMACIÓN SOBRE DEPENDENCIA Y DISCAPACIDAD.

Con el objeto de facilitar información sobre recursos, trámites o servicios a la dependencia y discapacidad, la Fundación Caser ha puesto en marcha el teléfono de atención gratuita a personas con discapacidad o con dependencia. El teléfono es 900 10 21 80 y atiende de lunes a viernes de 10 a 14 hrs.

**ATENCIÓN TELEFÓNICA GRATUITA
EN MATERIA DE DEPENDENCIA Y DISCAPACIDAD
900 10 21 80**

Y en la misma línea de prestar información gratuita, la web de la Fundación Caser incluye un buscador en el que se puede consultar todo lo relativo a discapacidad y dependencia: identificar los recursos, consultar sus contenidos, conocer los requisitos de acceso, procedimientos y trámites necesarios para poder beneficiarse de ellos. Introduciendo los datos de la persona, se pueden localizar las ayudas que se ofrecen en función de la situación particular, el tipo de recurso o el área de actuación, entre otros. (<http://www.fundacioncaser.org/discapacidad>).

MANUAL HANDBOOK INTEGRATED CARE.

La editorial Springer ha publicado el primer manual de atención integrada: *Handbook Integrated Care*, dirigido por Nick Goodwin, autor del artículo que abre este número de Actas. El manual aborda los principales conceptos y debates sobre atención integrada y ofrece ejemplos de buenas prácticas actualmente en marcha en varios países. Los capítulos han sido escritos por diferentes expertos internacionales. El capítulo sobre atención integrada al final de la vida y cuidados paliativos lo elaboraron Emilio Herrera, director de Actas y presidente de New Health Foundation, y Arturo Álvarez y Silvia Librada, también de New Health Foundation.



FUNDACIÓN CASER
Avda. de Burgos, 109. 28050 Madrid
Tel.: 91 214 65 69
email: fcaser@fundacioncaser.org
web: www.fundacioncaser.es