

ORGANIZANDO LA COLABORACIÓN DE LOS SECTORES SANITARIO Y SOCIAL EN URIBE.

M^a LUZ MARQUÉS GONZÁLEZ

Gerente de la Organización Sanitaria Integrada Uribe

Sumario

1. INTRODUCCIÓN.
2. EXPERIENCIA DE COLABORACIÓN SOCIOSANITARIA EN URIBE.
3. CONCLUSIONES Y LECCIONES APRENDIDAS.
4. BIBLIOGRAFÍA.

PALABRAS CLAVE

Personas mayores, atención sociosanitaria.

RESUMEN

Se presenta una experiencia de colaboración en atención sociosanitaria dirigida a personas mayores en su entorno habitual residencial. El programa pretende una intervención sistematizada desde que se detectan los factores de riesgo de dependencia de las personas mayores. Promueve la acción coordinada de los profesionales y agentes de las distintas organizaciones e instituciones implicadas, que se apoyan en una serie de herramientas y estructuras que ejercen una labor de dinamización y soporte metodológico, en un entorno geográfico con una población de unos 220.000 habitantes. Existiendo consenso sobre el “para qué” y el “qué” de la colaboración sociosanitaria, este documento puede interesar sobre todo, a aquellos que desarrollando experiencias similares, quieran contrastar sus procedimientos y resultados, o incluso, a aquellos que aún no han decidido cómo empezar, porque puede aportarles alguna idea, puesto que describe un “cómo” en un contexto real.

KEYWORDS

The elderly, public health care.

ABSTRACT

This presents a collaborative initiative in public health care aimed at the elderly in their usual residential environment. The programme aims at a systematic intervention from when dependency risk factors in the elderly are detected. It encourages the coordinated action of professionals and staff at the different organizations and institutions involved, which are supported by a range of tools and structures that perform the work of revitalization and methodological support in a geographic area with a population of about 220,000 inhabitants. With there being a consensus on the “what for” and “what” of public health care collaboration, this document may be of special interest to those who, in developing similar initiatives, want to check their procedures and results, or even those who have not yet decided how to start because it could provide them with some ideas, since it describes “how” in a real context.

1. INTRODUCCIÓN.

Tanto los servicios sanitarios como los servicios sociales intentan poner a las personas en el centro de su atención. Las personas, a lo largo de la vida, nos movemos en distintas situaciones en las que se presentan necesidades sanitarias y sociales. Ambos sectores, en muchos aspectos, están abocados a converger en sus respectivas lógicas, lenguajes, estructuras y dinámicas para abordar las necesidades de las personas.

La calidad de vida y el empoderamiento activo de las personas en situación de envejecimiento, cronicidad o dependencia dependen de la densidad y calidad de los bienes relacionales coproducidos y disfrutados por las personas en el ámbito familiar y comunitario y de la sinergia entre estos y los productos y servicios disponibles para dar satisfacción a sus necesidades.

Mantener de forma disgregada las intervenciones sociales y sanitarias, genera dificultades ampliamente contrastadas: la segmentación de la persona, con el riesgo de sufrir daños por la existencia de objetivos, en ocasiones, no compatibles; la infrautilización de recursos informales; el riesgo de espacios de desprotección por la falta de coordinación entre los ámbitos sanitario y social; la pérdida de beneficios por el aprovechamiento de sinergias en las actuaciones coordinadas; y la propia insatisfacción tanto de la persona usuaria y sus familiares, como de los y las profesionales por la falta de una valoración completa de su situación y de un plan centrado en sus capacidades, que intente minimizar sus limitaciones personales y sociales. (Integration and reshaping care division. Scottish Government. 2012).

Así pues, resulta evidente la necesidad de una atención conjunta de ambos sectores, de una atención sociosanitaria. Entre las múltiples definiciones de este término, criticado en ocasiones, parece adecuada la adoptada en la Ley 12/2008, de Servicios Sociales: “La atención sociosanitaria comprenderá el conjunto de cuidados destinados a las personas que, por causa de graves problemas de salud o limitaciones funcionales y/o de riesgo de exclusión social, necesitan una atención sanitaria y social simultánea, coordinada y estable, ajustada al principio de continuidad de la atención”.

En los últimos quince años, a nivel nacional, se han llevado a cabo múltiples iniciativas: publicación del Libro Blanco de la coordinación sociosanitaria en España (IMSERSO; SNS. 2011), planes regionales, programas de atención a personas con dependencia y determinadas patologías crónicas avanzadas, como el programa de atención integral sociosanitaria a personas con demencia, etc. (Herrera E., 2014). Igualmente, a nivel internacional, observamos una progresiva e intensa tendencia, ya no sólo a desarrollar programas de atención integrada, sino además, evaluarlos y comparar las características y elementos de las diferentes intervenciones con intención de identificar las claves críticas de éxito. (Goodwin N., 2014; Bardsley M., 2013; PIRU, 2014).

En Euskadi, el desarrollo de la atención sociosanitaria tiene un recorrido de más de dos décadas, en un contexto de complejidad normativa, competencial e institucional, en el que el acuerdo entre instituciones ha sido clave para avanzar, basado en el respeto a la autonomía de gestión de cada una de las instituciones que componen este espacio, la búsqueda de consensos hacia la convergencia y paridad en las

estructuras, y la proactividad en la actuación de los sistemas sectoriales y sus mecanismos. Y, con la implicación añadida y fructífera de otros agentes como pueden ser educación, vivienda, justicia, tercer sector, etc.

En Euskadi, el modelo elegido ha sido el de la coordinación entre sectores. Así, cuando se habla del espacio sociosanitario no hay que entenderlo como un tercer sector sino como un espacio compartido, un sistema complejo en el que se atiende a personas con necesidades sociales y sanitarias. Se trata de un ámbito en el que interactúan múltiples sectores, distintos niveles asistenciales y que necesita de una coordinación de los mismos. Los principios y valores que han guiado este modelo son:

- La accesibilidad y flexibilidad del sistema que redirige la atención de los centros asistenciales hacia al domicilio y su entorno como eje de la actuación sociosanitaria.
- La promoción de la corresponsabilidad de las personas en la toma de decisiones que afecten a su salud y contribuyan a mejorar su autonomía y su calidad de vida.
- El enfoque transversal de actuaciones institucionales que subyace al modelo de Atención centrada en la persona y sus necesidades.
- La atención cercana, proactiva y continua, evitando vacíos en los que el ciudadano pueda perderse y duplicidades en la prestación de servicios. Para ello ha de asegurarse la continuidad de cuidados mediante una coordinación efectiva.
- La transparencia en los objetivos de manera que la ciudadanía vasca perciba lo socio-

sanitario como un espacio sencillo, cercano y eficaz en la resolución de sus necesidades; pero sin olvidar que esta aparente sencillez esconde un entramado relacional sumamente complejo de instituciones y profesionales, que requiere de esfuerzo, de coordinación conjunta y de poner los medios necesarios.

Este modelo requiere habilitar mecanismos de coordinación en los diferentes niveles de la gestión, la atención, la administración y su relación con la ciudadanía. Es decir, la atención sociosanitaria debe estar coordinada en los niveles macro, meso y micro. (Goodwin N., 2013; Barker K., 2014).

El nivel macro abarca las fórmulas de coordinación en lo relativo al diseño de las políticas públicas de atención, su regulación normativa, la planificación de las redes de servicios, a nivel estatal, regional, o local, y la financiación. Por su parte, el nivel meso comprende las fórmulas de coordinación en el ámbito de la gestión operativa de unidades o servicios de atención; es decir, en las formas de organizar la prestación de los servicios. Y, finalmente, el nivel micro, se refiere a la coordinación de la atención prestada a la persona.

El desarrollo de fórmulas organizativas que permitan que la provisión de ambos servicios se realice de forma coordinada, articulando los dispositivos sanitarios y sociales se fundamenta en (Casado D., 2003):

- 1) Aprovechamiento de sinergias: aunque el objetivo prioritario de los servicios sanitarios y sociales es actuar respectivamente sobre el estado de salud (previniendo y curando) y la capacidad funcional (rehabilitando y cuidando), uno y otro tipo de intervenciones

pueden acabar afectando positivamente la evolución de los problemas que no le son propios. Esta sinergia será posible plenamente con un sistema “articulado” de provisión.

2) Obtención de un balance asistencial adecuado a lo largo del tiempo: el estado de salud y el nivel de dependencia de una persona mayor vulnerable, además de estar relacionados entre sí, varían a lo largo del tiempo, por lo que es necesario garantizar un continuum en la atención a las necesidades específicas de cada persona. La clave del éxito va a residir en la capacidad que tengan los proveedores de hacer transitar a las y los mayores vulnerables de unos servicios a otros, en función de cómo varíen sus necesidades. Y en esa tarea, como es lógico, las ventajas de un sistema que haya optado por articular los servicios sanitarios y sociales resultan evidentes.

En definitiva se trata de dar atención a personas con necesidades sociosanitarias, que nos reclaman una **atención integral e integrada**, manteniendo la **continuidad** en la asistencia y habilitando los procedimientos y **recursos** que sean necesarios para ello.

2. EXPERIENCIA DE COLABORACIÓN SOCIO-SANITARIA EN URIBE.

El contexto geográfico.

En este documento, describiremos una experiencia de atención sociosanitaria desarrollada en un ámbito geográfico concreto, denominado Uribe. Detallaremos los diferentes mecanismos empleados para una colaboración en un entorno en el que coincide un entramado de recursos sanitarios, sociales y comunitarios, tanto públicos como privados, que prestan

servicios a una población de aproximadamente 220.000 personas que viven en 24 municipios de ámbito urbano y rural. De estas, aproximadamente 20.000 son mayores de 75 años.

En este entorno, los servicios sociales municipales están agrupados en 6 grandes núcleos: tres de ellos, dan servicio a un único municipio; los otros tres, son servicios mancomunados, que incluyen a varios municipios. En todo caso, la atención secundaria en servicios sociales (atención a situaciones derivadas de las situaciones de exclusión social, dependencia o desprotección) se presta desde los servicios forales competencia de la Diputación Foral de Bizkaia.

Respecto a la atención primaria sanitaria, ésta se presta desde 10 unidades de atención primaria (UAP) de la organización sanitaria Uribe en la que desarrollan su actividad aproximadamente 500 profesionales, sanitarios y no sanitarios. La atención hospitalaria, se oferta en el Hospital Universitario Cruces y el Hospital de Gorliz.

El contexto temporal.

El momento elegido tuvo importancia. En los últimos años, las distintas organizaciones de salud de Osakidetza, entre ellas, la organización sanitaria Uribe, estaban implantando diversas fórmulas organizativas y actuaciones dirigidas a conseguir una integración asistencial (Estrategia de la cronicidad en Euskadi, 2010).

En el año 2013, el Plan de Salud 2013-2020, las Líneas Estratégicas del Departamento de Salud para 2013-2016 resaltaban como línea estratégica: “envejecimiento, cronicidad y dependencia”. Los profesionales de Osakidetza se apoyaban en una estratificación poblacional para identificar a pacientes pluripatológicos

en los que identificaban necesidades sanitarias pero también necesidades sociales.

Estas decisiones supusieron una potente apuesta por una visión global de la salud como el resultado de un trabajo coordinado y transversal del sistema sanitario con el resto de administraciones y agentes sociales, planteando el objetivo de promover una respuesta integrada a la cronicidad, el envejecimiento y la dependencia. (Plan de Atención Integrada de Euskadi 2013). Esto implicaba no solo la acción coordinada de todos los agentes y organizaciones sanitarias sino también las sociales, que atendían a la misma población y operaban en el continuo asistencial de dicha población de referencia.

Desde el ámbito de servicios sociales, aunque la trayectoria había sido diferente y a distinto ritmo, se había venido haciendo, asimismo, un esfuerzo en converger con el sistema sanitario en la convicción de que se trataba de atender a la misma población de referencia.

Esta coincidencia de intereses, se concretó en la elaboración y aprobación de las Líneas estratégicas de atención sociosanitaria para Euskadi 2013-2016, por el Consejo Vasco de Atención Sociosanitaria.

En este contexto, con un entorno institucional, normativo y programático favorable, la adopción de un modelo de coordinación sociosanitaria en Uribe, representaba una oportunidad de compartir los beneficios esperados.

Primeros pasos.

El reto de nuestro proyecto era elaborar un plan para conseguir un acercamiento de los distintos agentes a un entorno de colabora-

ción y ponerlo en marcha. Distintos autores recogen los elementos necesarios para una colaboración (D'Amour, 2008) o una transformación sociosanitaria (Welsh Government, 2013; Herrera E., 2014).

En el presente documento, describiremos nuestro plan, cómo lo planteamos en nuestro entorno, en qué herramientas nos apoyamos, qué obstáculos estamos encontrando y qué resultados estamos obteniendo. Pero además, intentaremos mostrar que estos pasos se relacionaban con una serie de elementos necesarios para la construcción de una relación colaborativa. Para construir esta colaboración fue necesario compartir cuáles eran los beneficios esperados, compartir que existían unas necesidades a las que se quería intentar responder desde una visión compartida; ponerse de acuerdo sobre el objetivo a trabajar, y establecer unos órganos de coordinación. (Ham C., Walsh N., 2013; Welsh Government 2013; Scottish Government 2012).

Con este propósito, describimos una serie de actuaciones:

1. Identificamos los recursos locales: sanitarios y sociales, para elaborar un mapa de recursos, así como los destinatarios de dichos servicios y el tipo de servicios que demandan.
2. Exploramos las necesidades que planteaban los agentes del ámbito social respecto al sanitario y viceversa.
3. Explicitamos y compartimos los beneficios esperados.

Inicialmente, identificamos múltiples agentes sociales y sanitarios. Muchos de ellos eran

responsables de instituciones u organizaciones que gestionaban recursos, pero otros, eran líderes informales o interlocutores que no operaban en nuestro entorno local.

Con ellos, discutimos también, de las necesidades detectadas por nuestros ciudadanos y por los propios profesionales, respecto a la interacción social y sanitaria.

Nos entrevistamos con cerca de 40 personas, con el objetivo de empezar a hablar de una necesidad de colaboración y reflexionar sobre los beneficios concretos que se podían derivar de ella.

Sin embargo, consideramos necesario ampliar la masa crítica, por lo que enviamos una encuesta on line con estas mismas cuestiones, a profesionales sanitarios de los centros de salud y a profesionales sociales de los 26 centros residenciales, y se obtuvo un nivel de respuesta satisfactorio (40% en sanitarios y 85% en sociales).

Enviamos un cuestionario para confirmar datos de contacto y cartera de servicios de las instituciones sociales y recogimos las necesidades identificadas por el ámbito social respecto al sanitario. Se envió por correo electrónico y/o correo ordinario, acompañado de una carta de presentación y explicativa sobre la propuesta colaborativa.

Enviamos, asimismo, un cuestionario a los profesionales sanitarios de Osakidetza para recoger necesidades identificadas por el ámbito sanitario respecto al social, acompañado de una explicación sobre el proyecto colaborativo. Este cuestionario fue pilotado previamente a su envío con varios profesionales de la organización sanitaria.

Los resultados de los cuestionarios, así como un documento resumen con las necesidades detectadas y los beneficios esperados del proyecto colaborativo, fueron enviados al conjunto de profesionales sociales y sanitarios, a quienes se había solicitado su participación.

Los resultados de los cuestionarios a los agentes sociales referían la necesidad de fomentar espacios de interlocución y destacaban cuatro grandes ámbitos de colaboración: la coordinación (apuntaban la necesidad de crear un estructura organizativa integrada para unificar maneras de trabajar y establecer vínculos de colaboración); la formación (acceso a formación para unificar protocolos); colaboración administrativa (flexibilizar la labor administrativa y acceso al programa informático sobre el que se sustenta la historia clínica en el caso de los profesionales sanitarios de los centros residenciales); colaboración clínica (coordinar con el centro de salud los procesos de rehabilitación, cuidados paliativos, consulta con atención hospitalaria...).

Los resultados de los cuestionarios a los agentes sanitarios variaban ligeramente según fueran o no los responsables asistenciales principales de los pacientes en centros residenciales. La mayoría coincidía en pactar el manejo de actividades programadas y acordar vías de comunicación entre los diferentes agentes que participaban en la atención sanitaria.

Los beneficios esperados de la colaboración fueron los siguientes:

- Avance en una atención más eficaz, con el centro de atención en las personas y sus necesidades.

- Agilización y simplificación de los procedimientos asistenciales y administrativos
- Mejora del conocimiento y aprendizaje de las características y recursos de la actividad profesional entre ambos ámbitos, adecuando las expectativas de un sector respecto al otro y compartiendo actividades formativas y protocolos.
- Generación de una nueva cultura del cuidado, con el acercamiento personal de los profesionales de atención primaria sanitarios y sociales.
- Optimización de los recursos públicos destinados a la atención de las personas con enfermedades crónicas o en situación de dependencia.
- Consecución de una mayor satisfacción del usuario al recibir un mejor servicio, en base a la coordinación de servicios dispersos que siempre supone una mejora de la calidad y la eficiencia de la prestación ofrecida.

Definición de los objetivos del proyecto y organización de una estructura de coordinación: Grupo Rector.

La articulación de una respuesta genuinamente sociosanitaria requería la definición y puesta en marcha de órganos, procedimientos y sistemas de intercambio de información formales de carácter mixto que fueran una importante parte constituyente de un sistema local integrado de salud.

Sin lugar a dudas, las acciones previas habían supuesto una fuente de sensibilización y habían creado unas expectativas que favore-

cieron la constitución de un grupo formado por profesionales con una mezcla de liderazgo formal e informal, con representación de las distintas entidades y/o instituciones implicadas en la atención integrada sociosanitaria, que se denominó Grupo Rector.

El **Grupo Rector** se constituyó con una intención inclusiva, de forma que todos aquellos que pudieran tener algún grado de implicación o interés en la consecución del objetivo explicitado, fueran partícipes. En el Grupo Rector de aproximadamente 20 profesionales, estaban representados los Servicios Sociales municipales de los 24 ayuntamientos que incluye el ámbito geográfico de interés; servicios sociales especializados de la Diputación Foral de Bizkaia (responsables de la valoración de la dependencia y la discapacidad, y de la gestión de las residencias de provisión pública); responsables sanitarios de Atención Primaria y de Atención Hospitalaria de Osakidetza y responsables sanitarios de los distintos centros residenciales públicos y privados.

El grupo, de carácter técnico pero con capacidad de representación de la organización o institución de pertenencia asumió una serie de funciones: definir el objetivo del proyecto colaborativo, establecer unos principios rectores, plantear la elaboración de protocolos de actuación de colaboración sociosanitaria y adquirir el compromiso de seguimiento de su implementación.

El **objetivo** consensuado para la colaboración sociosanitaria en Uribe fue: *crear un entorno que promueva la colaboración sociosanitaria de manera sistematizada en la asistencia a las personas con problemas de salud o problemas funcionales y/o riesgo de exclusión social, que*

precisen una asistencia sanitaria y social, ajustada al principio de continuidad asistencial en un entorno geográfico concreto, partiendo del conocimiento compartido de los recursos existentes en el ámbito social y sanitario y de las necesidades que cada sector identifica respecto al otro para poder ofrecer una mejora en la atención.

Desde un punto de vista operativo se propuso que se desarrollaran protocolos específicos para cada colectivo y/o subcolectivo diana previsto en las líneas estratégicas sociosanitarias (Guía de protocolos sociosanitarios, 2014).

Para empezar, se optó por la población de personas mayores. Así pues, *redefinimos nuestro objetivo: Mejorar la atención de las personas mayores dependientes o en riesgo de dependencia, a través del desarrollo de la atención primaria sociosanitaria mediante la actuación coordinada y conjunta de todas/las profesionales y agentes implicados/las que se comprometen a intervenciones conjuntas interdisciplinares e interinstitucionales.*

El Grupo Rector al constituirse consideró imprescindible aprobar unos **principios rectores**:

- El reconocimiento de la competencia de cada una de las partes.
- El diseño de itinerarios estables de comunicación, derivación, intervención conjunta e identificación de los responsables que favorezcan la automatización de los procesos.
- La utilización del recurso más adecuado a cada situación, tras valoración interdisciplinar cuando se requiera.

- El establecimiento de indicadores de evaluación y grupos de seguimiento con capacidad decisoria.
- El compromiso de trabajar en el desarrollo de instrumentos de valoración y sistemas de información conjuntos/compartidos.
- El compromiso expreso de las partes en el mantenimiento de la confidencialidad de la información así como la garantía de que el tratamiento de los datos, tanto de las personas como de sus familiares, se realizará con arreglo a la ley 15/1999 de protección de datos de carácter personal, los principios que la regulan y el reglamento de medidas de seguridad 994/1994 que regula las medidas de seguridad de ficheros automatizados.

Este grupo se constituyó con carácter operativo y vinculante para las partes, por lo que las instituciones/organizaciones de servicios a quienes representaban, se comprometieron a responder a las necesidades de atención de las personas en su ámbito de responsabilidad, interviniendo a través de sus respectivas carteras de servicios de forma ágil y coordinada para garantizar la continuidad de la atención evitando duplicidades y vacíos asistenciales.

Compromiso de las instituciones.

Este compromiso de las instituciones y organizaciones se tradujo en la firma conjunta de los alcaldes de los 24 municipios de Uribe y el Director General de Osakidetza, con el apoyo explícito de la Consejería de Salud, la Consejería de Empleo y Políticas Sociales y la Diputación Foral de Bizkaia, suscribiendo el protocolo de colaboración sociosanitaria para Uribe.

Desarrollo del plan de acción.

1. Protocolos de atención sociosanitaria a la persona mayor.
2. Organización de Equipos de Atención Primaria Sociosanitaria (EAPSS).
3. Organización de un Grupo de apoyo.
4. Metodología de seguimiento: ciclo de mejora PDCA.
5. Organización de grupos de profesionales sanitarios de atención primaria y de Residencias (EAPR).

Protocolos sociosanitarios.

La elaboración de protocolos de coordinación sociosanitaria tenía como finalidad asegurar que los profesionales de la salud y de los servicios sociales compartían efectivamente la responsabilidad de prestar el mejor servicio posible a las personas y familias que necesiten de prestaciones sanitarias y sociales, pero en realidad, es la situación de necesidad de cada persona la que define los servicios que han de ser movilizados para atenderla por lo que tratar de abordar un tema tan complejo supone tener que parcelar la respuesta, acotarla o customizarla a las necesidades específicas de colectivo.

Se planteó elaborar un **Protocolo de atención sociosanitaria a la persona mayor en su entorno habitual de residencia, bien sea su domicilio o un centro residencial**. En dicho protocolo se abordaban:

- a. Actividades de prevención de la dependencia y de promoción de la autonomía.
- b. Intervenciones conjuntas de los casos detectados favoreciendo el mantenimiento de su entorno habitual de residencia.

c. La continuidad de cuidados entre domicilio y centro residencial.

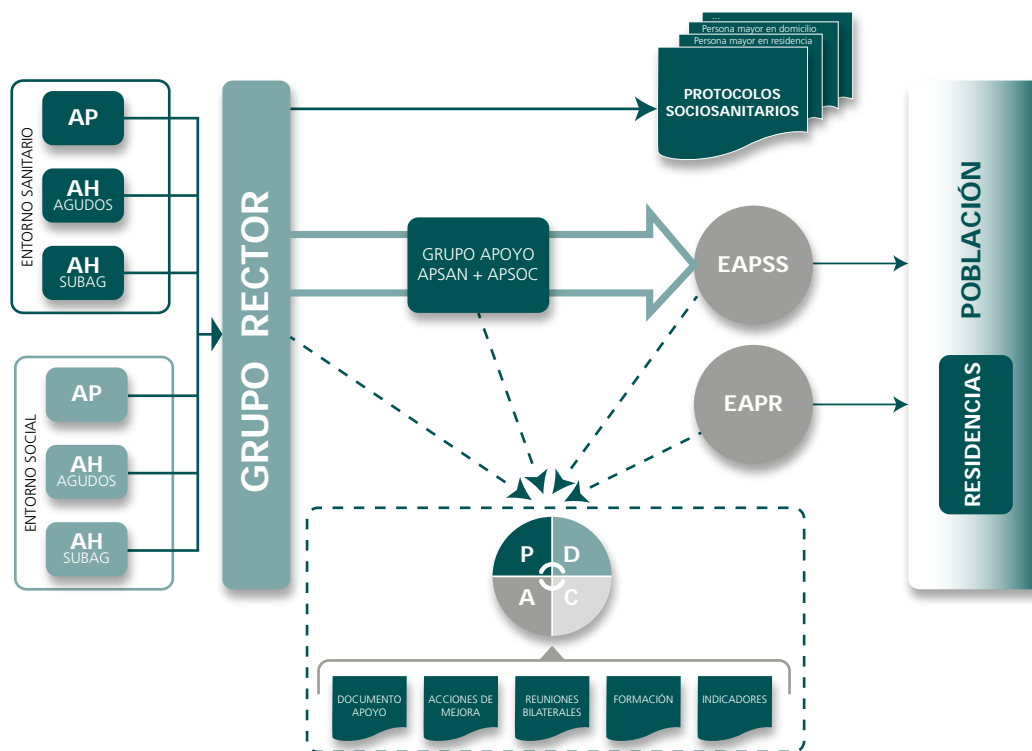
d. Una atención a la persona mayor institucionalizada con criterios óptimos de calidad y seguridad, que oferte un cuidado integral en base a la coordinación de los servicios prestados.

e. Vías de comunicación e instrumentos para transmitir información entre ambos ámbitos.

f. Organización de estructuras de atención integrada sociosanitaria: equipos de atención primaria sociosanitaria (EAPSS).

g. Organización de grupos de profesionales de atención primaria y profesionales sanitarios de residencias (EAPR).

Protocolo de atención sociosanitaria para personas mayores en su entorno habitual de residencia (domicilio).



Población de interés: la persona mayor.

El plan está dirigido a la persona mayor (= ó >65 años) dependiente o en riesgo de dependencia, en su entorno habitual de residencia, entendiendo que ésta puede ser su domicilio pero también un Centro Residencial. Y debido a que esta población diana puede pasar por distintos estados diferenciados, lo cual implica distinta provisión de recursos según distintas necesidades, se han establecido subgrupos dentro de la misma, de tal forma que sea más fácil la detección de las necesidades y el establecimiento de las intervenciones a realizar.

Persona mayor en bajo riesgo de dependencia: Personas cuyas características físicas, funcionales, mentales y sociales están de acuerdo con su edad cronológica. Viven solos, con personas de

edad similar o tienen poco apoyo sociofamiliar.

Intervenciones: Identificar los casos entre la población diana, valorar el riesgo futuro y proponer intervenciones adaptativas, porque si ocurre un evento adverso se precipitará la necesidad de intervención y entonces será menos resolutiva. Prevención primaria, educación para la salud, detección precoz de enfermedades e incapacidades que se benefician de una intervención adecuada.

Persona mayor frágil o en alto riesgo de dependencia: Persona mayor con una o varias enfermedades de base que en situación de compensación permiten un equilibrio sociofamiliar, pero cuyas descompensaciones son de riesgo sociosanitario. Valorar los Criterios de definición de persona mayor frágil.

Intervenciones: Identificar los casos entre la población diana, elaborar un plan para el tratamiento y el seguimiento a largo plazo y retrasar la institucionalización. Diagnóstico social y planificación de intervenciones.

Persona mayor dependiente: Persona mayor con enfermedades de base crónicas de larga evolución y dependencia física y/o psíquica para su autocuidado.

Intervenciones: Identificar los casos entre la población diana, atención domiciliaria sociosanitaria con la que se mantenga una calidad de vida aceptable y que retrase la institucionalización. Atención al cuidador. Valorar los Factores predictores de institucionalización.

Protocolo de actuación: comunicación, valoración integral, plan de intervención coordinado.

En el **protocolo de actuación** se destaca el establecimiento de un procedimiento de **comunicación** que incluye una vía de contacto y una información mínima que permite un abordaje de gestión por casos. Debe elaborarse una ficha con datos mínimos para establecer esta comunicación. El procedimiento determina que es necesaria una **valoración integral** conjunta. (San Joaquín A., 2007; Martín I., 2013). Esta se erige en la herramienta que permite compartir un lenguaje común. De ésta se deriva un **plan de intervención coordinado** que puede suponer o no, la utilización de una serie de recursos disponibles del ámbito social o sanitario.

Ficha para interconsulta sociosanitaria.

FICHA PARA INTERCONSULTA SOCIO-SANITARIA	
Subgrupo población diana	
Edad	
Motivo de interconsulta	
SITUACIÓN FUNCIONAL	
Capacidad funcional para las ABVD	
Deterioro cognitivo	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
Movilidad	<input type="checkbox"/> Temporal <input type="checkbox"/> Permanente
SITUACIÓN SOCIO-FAMILIAR	
Convivencia	<input type="checkbox"/> Solo <input type="checkbox"/> Acompañado por: Otra persona mayor
Apoyos socio-familiares	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Especificar
Usuarios/a recursos socio-sanitarios	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Especificar
Vivienda	Barreras arquitectónicas <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Especificar Condiciones habitabilidad e higiene
OBSERVACIONES:	

Organización de Equipos de Atención Primaria Sociosanitaria (EAPSS).

En el protocolo, se preveían asimismo, unas reuniones periódicas de los denominados Equipos de Atención Primaria Sociosanitaria, (EAPSS) básicamente constituidos por profesionales sanitarios de atención primaria y profesionales de los servicios sociales municipales. La Atención Primaria Sociosanitaria es la estructura idónea de contacto y acercamiento con la participación coordinada multidisciplinar y multisectorial de agentes profesionales, básicamente del nivel primario de atención tanto del ámbito sanitario como del de servicios sociales, basada en una forma de trabajo en equipo y sustentada en protocolos de coordinación.

Los profesionales que desarrollan esta atención primaria constituyen el pilar básico del necesario trabajo en red de todos los agentes, tanto con los servicios sociales y sanitarios especializados, como con los demás agentes intervinientes en la atención sociosanitaria. Más allá de la prestación de una atención directa de carácter integral, tienen un papel fundamental en la gestión de casos complejos y en la coordinación entre diferentes ámbitos y niveles asistenciales. Después de todo, el domicilio es el lugar donde viven las personas, y es el espacio en el que los agentes profesionales sociosanitarios deben interactuar con las personas para dar respuestas contingentes, individualizadas y adecuadas a sus necesidades.

Por otro lado, la continuidad de la atención, la perspectiva longitudinal de la atención a las personas, es una de las características básicas de la atención primaria.

La finalidad de la propuesta de EAPSS era mejorar el conocimiento mutuo, aprender los diferentes lenguajes y dinámicas de trabajo, reconocer las diferentes competencias y acercar los intereses comunes. Estos 10 equipos se reúnen con una periodicidad, como mínimo, una vez cada 2 meses.

Organización de un Grupo de Apoyo.

Para facilitar la implantación del protocolo y dinamizar los equipos, a lo largo del primer año, se organizó el denominado Grupo de Apoyo. Este grupo, constituido por 4 profesionales del Grupo Rector, combinaba profesionales sanitarios y sociales y tenía la función de favorecer la creación de los EAPSS, a través de un apoyo en la dinámica de las reuniones, de aclaración de aspectos del protocolo, recogida de datos, además de ejercer una auténtica labor de benchmarking en base a su experiencia de trabajo con los diferentes equipos.

Simultáneamente al despliegue de los EAPSS, se desplegó una oferta formativa en la elaboración de una Valoración Geriátrica Integral, así como de otros aspectos implicados en la colaboración sociosanitaria.

A lo largo del primer año, cada uno de los 10 EAPSS se reunió en 6 ó 7 ocasiones para poner en común dinámicas de trabajo, aprender de los casos más complejos o incluso compartir las dificultades de determinados casos.

Metodología: ciclo de mejora PDCA.

Se ha utilizado una metodología basada en un ciclo de mejora PDCA que ha permitido la introducción de acciones correctoras de mejora en los distintos grupos, aun cuando la propuesta

surja de uno de ellos; ha permitido ajustar la dinámica de las reuniones y trasladar propuestas exitosas y avances realizados por unos equipos a otros; apoyados en esta metodología, se han elaborado documentos resumen y otros elementos de apoyo; otras propuestas han derivado en solicitudes de acciones de ayuda a los responsables municipales o incluso reuniones bilaterales con algunos de los servicios sociales municipales ante problemas particulares. Otra de las acciones de mejora ha sido la exposición de casos representativos para aprendizaje en el manejo de recursos y situaciones.

Una parte no menos importante del proyecto ha sido la recogida de una serie de datos que nos permita obtener indicadores que nos informen sobre la evolución de la implantación del protocolo: el número total de casos nuevos que se han beneficiado de un plan de intervención coordinado por los profesionales de ambos ámbitos; conocer el subgrupo poblacional en cuanto al grado de autonomía o dependencia de los ciudadanos identificados (para ser conscientes de si estamos trabajando en promoción de la autonomía, prevención de la dependencia o abordaje de la dependencia); conocer cuál de los ámbitos ha iniciado la colaboración y el tiempo de respuesta, entre otros aspectos. (PIRU, 2014).

Al cabo de un año, los distintos EAPSS, un total de 10, mostraron muy diferentes desarrollos, como era de esperar de equipos formados por personas. En algunos equipos, aproximadamente el 60%, se apreció la sistematización del protocolo y paulatinamente el cambio cultural. En estos, los resultados en identificación y resolución de casos duplicaban los de los otros equipos. En otros grupos, esto aún no se ha producido.

El Grupo Rector para el año 2015, ha propuesto una mayor autonomía para los primeros, aunque manteniendo una versión menos intensiva del Grupo de apoyo.

Protocolo de atención sociosanitaria para personas mayores en su entorno habitual de residencia (centro residencial).

Mientras tanto, y atendiendo al compromiso previamente adquirido, el Grupo Rector trabajó en un nuevo protocolo: el protocolo de actuación sociosanitaria dirigido a las personas mayores que viven en un Centro Residencial, cuyo objetivo es garantizar a la persona mayor institucionalizada una atención con criterios óptimos de calidad y seguridad, que oferte un cuidado integral en base a la coordinación de los servicios prestados.

Este protocolo también aborda la asistencia a las personas mayores dependientes cuyo lugar de residencia habitual es su domicilio, pero desde el mismo momento en que se detectan situaciones en las que la necesidad de cuidados excede la atención que la persona puede recibir de forma adecuada en domicilio, por lo que se hace preciso valorar el posible ingreso en residencia de manera permanente. (Salvá A., 2014).

Estas situaciones son variadas: empeoramiento de su situación de salud, red de apoyo insuficiente (claudicación familiar, enfermedad o fallecimiento de cuidadores...). En algunas circunstancias, es necesaria una actuación urgente, porque el factor desencadenante precipita la necesidad de un ingreso inminente; pero lo más importante es ir evaluando la situación para anticiparse a la necesidad.

Así pues, este protocolo incluye varios objetivos:

- Describir los recursos residenciales.
- Garantizar la continuidad de la atención al pasar del domicilio a la plaza residencial y desde el ingreso en la residencia hasta el final de la vida.
- Coordinar los distintos servicios para que estén centrados en las personas y mayoritariamente, se presten física o virtualmente en el propio centro residencial. Se mueven los servicios y no la persona.
- Diseñar las rutas asistenciales, en los casos en que la persona precisa ser atendida fuera de la residencia, con el hospital de agudos, hospital de crónicos, hospitalización a domicilio...

Los principios o bases conceptuales en las que se apoya dicho protocolo se describen a continuación:

1. La atención se planifica con un enfoque de continuidad e integración: desde la atención en el domicilio, el momento idóneo del ingreso en residencia y desde éste, hasta el final de la vida.
2. Asimismo, se orienta hacia un modelo global que integra no sólo mejoras en los cuidados clínicos asistenciales sino una orientación preventiva coordinada (prevención de caídas, úlceras por presión...). (Elosegui E., 2012).
3. La atención se centra en la persona y sus necesidades garantizando un cuidado integral, que implica unos servicios coordinados prestados, física o virtualmente en el propio centro (de forma que quien se desplaza, es

la red asistencial). Se admite como principio a salvaguardar que de forma general la persona institucionalizada, se desplaza siempre que dicho traslado sea en beneficio de la misma por un cambio en el perfil de atención que requiere medios diagnósticos y terapéuticos propios de un centro hospitalario. (SEGG, 2007; Guillen F., 2008).

4. Este enfoque requiere rediseñar las rutas asistenciales existentes y que se coordine con el PAI (plan de atención individualizada).
5. Es necesario tener en cuenta la necesidad de disponer de un sistema de información compartido entre el sistema sanitario y social (en el momento de la elaboración de este protocolo, se está pilotando la historia clínica electrónica sanitaria en varios centros residenciales).
6. Se prioriza la elaboración de planes de intervención coordinados para los perfiles mayoritarios de este colectivo: cuidados paliativos oncológicos y no oncológicos; atención psicogeriatrica (involucrando a la red de salud mental); conciliación terapéutica, homogeneizar material sanitario...
7. El núcleo central de atención, al igual que en el domicilio, está conformado por el trabajo conjunto entre todos los y las profesionales responsables de la atención sanitaria (personal sanitario de las residencias y personal sanitario de atención primaria fundamentalmente).
8. Cada residencia, independientemente de su titularidad o tipo de provisoros, está incluida en el ámbito de actuación de la Unidad de atención primaria correspondiente,

fomentándose la interrelación y colaboración en sesiones conjuntas de los profesionales responsables de la atención a la persona mayor en ese ámbito geográfico. Sesiones de los profesionales sanitarios del equipo de atención primaria y de las residencias (EAPR).

9. Supone una nueva forma de provisión, por lo que en torno a la persona, además del equipo sanitario, se sitúan el resto de agentes que deben intervenir en el continuo de la atención: Diputación Foral de Bizkaia, empresas proveedoras de servicios, hospital y otros recursos comunitarios. Esta visión permitirá valorar de forma conjunta los recursos disponibles.

Garantizar la continuidad de la atención al pasar del domicilio a la plaza residencial.

Se había identificado un cierto desconocimiento por parte de los profesionales sanitarios, fundamentalmente, sobre los procedimientos de acceso a una plaza residencial pública, tanto en cuanto a trámites administrativos como en cuanto a su duración en procedimientos ordinarios o urgentes, que intentó subsanarse con una descripción sencilla pero precisa de estos trámites.

Coordinar los distintos servicios para que estén centrados en las personas y se presten en el propio centro residencial.

Con respecto al objetivo de coordinar los distintos servicios para que estén centrados en las personas y mayoritariamente, se presten física o virtualmente en el propio centro residencial, en el protocolo se han abordado aspectos de distinta índole. Se han elaborado o revisado, procedimientos de gestión administrativa, procedimientos para la gestión de pruebas

complementarias y de interconsultas con profesionales hospitalarios y procedimientos para la gestión y provisión de material sanitario. Se han establecido nuevas vías de comunicación entre profesionales sanitarios del ámbito sanitario y del social. Se ha acordado el uso consensuado de protocolos clínicos y de datos clínicos de la historia clínica compartida. También se ha sistematizado la difusión de actividades formativas para que puedan ser compartidas, siempre que sean de interés.

Diseñar las rutas asistenciales.

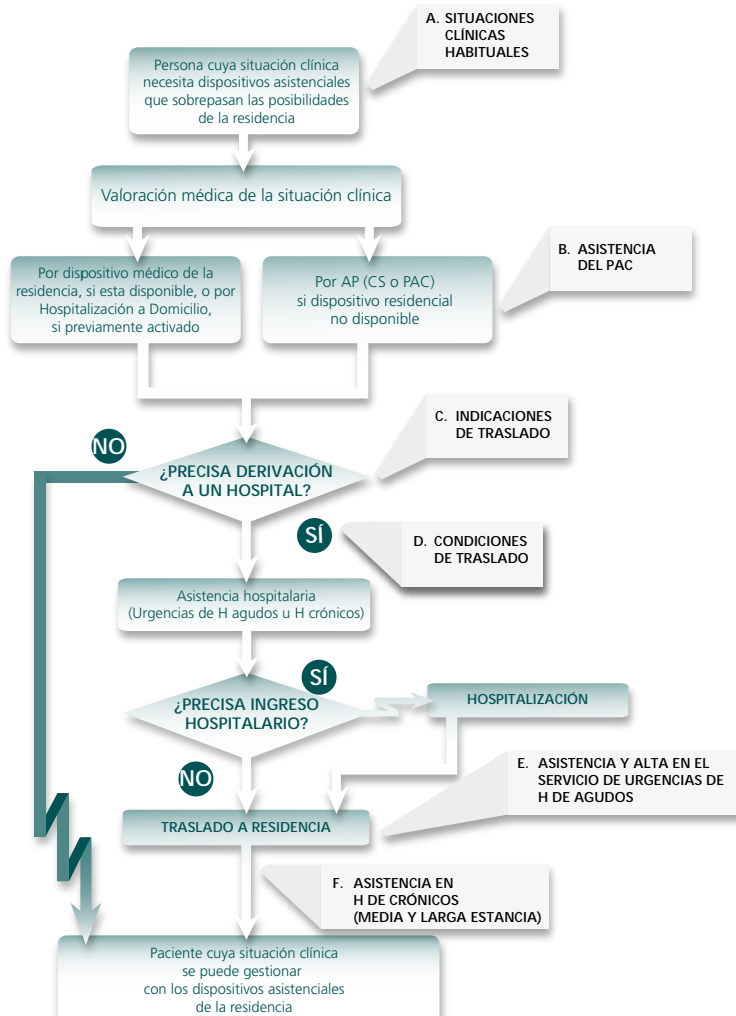
En el grupo de trabajo, se consensuó una ruta asistencial para los casos en que la persona precisa ser atendida fuera de la residencia, bien sea por personal de atención urgente domiciliaria de atención primaria, sea realizada por hospitalización a domicilio, o sea en el hospital de agudos o en el hospital de crónicos. Se basa en garantizar la continuidad de cuidados de las personas mayores institucionalizadas más allá del propio centro geriátrico; potenciar la coordinación con otros ámbitos asistenciales; y manejar aquellas situaciones clínicas más frecuentes cuyo abordaje necesita dispositivos asistenciales que sobrepasan las posibilidades asistenciales del ámbito residencial (tal y como está concebido en el momento actual). (Pareja T., 2009).

La ruta llega a detallar las situaciones recomendadas para el traslado e incluso los requisitos de información a compartir entre los profesionales de las distintas organizaciones implicadas en el proceso asistencial. Esto ha servido asimismo, para establecer la relación entre los profesionales de los centros residenciales y el hospital de agudos, no solo en las situaciones de agudización de la situación basal, sino también en otras circunstancias en las que

la agilidad y la concentración de las pruebas complementarias a realizar, pueden disminuir el número de desplazamientos de las personas del centro residencial. Así pues, se ha identificado en el servicio de urgencias hospitalario, un responsable de pacientes residentes en cen-

tros residenciales accesible a los profesionales sanitarios de las residencias, para compartir las cuestiones citadas. En otros casos, se establecerá el traslado a un centro hospitalario de media estancia o subagudos. (Inzitari M., 2012).

Rutas asistenciales para personas mayores domiciliadas en residencias.



Este protocolo fue presentado a los responsables de las Unidades de Atención Primaria (UAP) y a los profesionales asistenciales (de medicina y enfermería) de los centros residenciales, en fase de borrador para poder recoger sus aportaciones y contrastar sus opiniones, que fueron incorporadas al documento definitivo.

El protocolo final fue presentado en reuniones conjuntas del equipo sanitario de la UAP y los y las profesionales de las residencias que se relacionan con ellos, para establecer las bases de la colaboración en base al conocimiento mutuo según las condiciones y criterios consensuados.

Para la evaluación de esta propuesta, se manejan distintos indicadores de proceso, como la Tasa de ingresos hospitalarios programados de residencias de personas mayores.

Con respecto al diseño de los cuidados al final de la vida, el Grupo Rector no llegó a trabajar, puesto que había una Comisión corporativa en Osakidetza, que lo estaba haciendo. Así pues, se optó por sumarse a las pautas y recomendaciones que se deriven de dicha Comisión.

3. CONCLUSIONES Y LECCIONES APRENDIDAS.

Existen fuertes evidencias sobre la necesidad y el beneficio de una atención conjunta de los sistemas sanitario y social, de una atención sociosanitaria. En los últimos quince años, se han llevado a cabo múltiples iniciativas que se han enfrentado a un contexto de complejidad normativa, competencial e institucional por una parte y cultural y de comunicación por otra.

Afortunadamente, en entornos facilitadores a nivel institucional, cada vez son más frecuentes las propuestas locales que abordan la atención sociosanitaria. El análisis de los modelos y herramientas utilizados y el seguimiento de sus resultados puede ser útil para comparar distintas experiencias entre sí o para apoyarse en ellos en los primeros pasos de un proyecto.

En nuestra experiencia, destacamos en primer lugar a los ciudadanos que se han beneficiado del trabajo colaborativo de los profesionales sociales y sanitarios.

Respecto a enfoque metodológico, existen algunos aspectos que consideramos más relevantes:

- La utilización de una herramienta que incluya aspectos sanitarios y sociales, como es la Valoración Geriátrica Integral y el despliegue de actividades formativas sobre esta herramienta.

- La organización de un órgano de coordinación, el Grupo Rector, en el que están representadas todas las instituciones y organizaciones participantes y al que se le asigna la función de arbitraje y seguimiento de la colaboración.

- La organización de equipos de profesionales sanitarios y sociales, los Equipos de Atención Primaria Sociosanitarios (EAPSS).

- La organización de foros comunes para los profesionales sanitarios de los Centros de Salud y de los Centros Residenciales (EAPR).

- La organización de un Grupo de Apoyo que sirve de puente entre los equipos de intervención y el Grupo Rector, utilizando una metodología de mejora continua del proceso.

- La incorporación de los profesionales hospitalarios (fundamentalmente el Servicio de Urgencia hospitalario) al Grupo Rector.

Respecto a lecciones aprendidas:

- Es necesario cuidar el clima de colaboración. "Necesitamos gestionar las diferencias para llegar donde necesitamos llegar" (Timmins, Ham, 2013).

- Es necesario contrarrestar tanto las resistencias de algunos profesionales al cambio, como las excesivas expectativas en la reforma del modelo, de un sector sobre el otro.

- Las herramientas de información y comunicación son aún una barrera importante.

Respecto al futuro inmediato, nuestra voluntad es mantenernos en la colaboración entre profesionales sanitarios y sociales, y responder con compromiso y responsabilidad a las personas.

4. BIBLIOGRAFÍA.

BARDSLEY M.; STEVENTON A.; SMITH J.; AND DIXON J. "Evaluating integrated and community-based care. How do we know what works?" www.nuffieldtrust.org.uk/evaluation

BARKER K. "A new settlement for health and social care. Commission on the Future of Health and Social Care in England". The King's Fund 2014.

CASADO D. "Imagen y realidad de la acción voluntaria". Ed Hacer. 2003

CONSEJO VASCO DE ATENCIÓN SOCIO-SANITARIA. "Líneas estratégicas de atención socio-sanitaria para Euskadi. 2013-2016". Vitoria-Gasteiz. 2013.

D'AMOUR D.; GOULET L.; LABADIE J.F.; SAN MARTÍN-RODRÍGUEZ L.; PINEAULT R. "A model and typology of collaboration between professionals in healthcare organisations". *BMJ Health Services Research* 2008; 21(8):188.

ELOSEGUI E. y COLS. "Nuevo modelo de atención sanitaria y su financiación en centros residenciales: diseño e implantación". Proyecto investigación financiado por Etorbizi (FVIS) y BIOEF. 2012.

GOODWIN N.; SONOLA L.; THIEL V.; KODNER D. "Co-ordinated care for people with complex chronic conditions. Key lessons and markers for success" The King's Fund. London. 2013.

GOODWIN N.; DIXON A.; ANDERSON G.; WODCHIS W. "Providing integrated care for older people with complex needs Lessons from seven international case studies". The King's Fund. London. 2014.

GRUPO DE TRABAJO DE LA SEGG. "100 Recomendaciones básicas para fomentar la calidad en residencias de personas mayores. Criterios de calidad asistencial en servicios sociosanitarios para personas mayores. Estándares de calidad en geriatría". Sociedad Española de Geriatría y Gerontología. (SEGG). 2007.

GUILLÉN F. "Síndromes y cuidados en el paciente geriátrico". 2ª edición. Barcelona: Masson; 2008.

HAM C., WALSH N. "Making Integrated Care Happen at scale and pace", The King's Fund. London. 2013. http://www.kingsfund.org.uk/sites/files/kf/field/field_publication_file/making-integrated-care-happen-kingsfund-mar13.pdf

HERRERA E. "Hacia el nuevo paradigma: la atención integrada". *Actas de la Dependencia* nº 12, Nov 2014: 7-22.

INTEGRATION AND RESHAPING CARE DIVISION. "The Scottish Government's plan to integrate adult health and social care". The Scottish Government. 2012.

INZITARI M. ET AL. "Derivación de pacientes geriátricos subagudos a un hospital de atención intermedia como alternativa a la permanencia en un hospital general". *Gac. Sanit.* 2012;26(2):166–169.

MARTÍN I. "Escalas y pruebas de valoración funcional y cognitiva en el mayor". *AMF* 2013;9(9)508-514.

MINISTERIO DE SANIDAD, POLÍTICA SOCIAL E IGUALDAD (MSPS). "El libro blanco de la coordinación sociosanitaria en España". Madrid. 2011.

PAREJA T.; HORNILLOS M.; RODRÍGUEZ M.; MARTÍNEZ J.; MADRIGAL M.; MAULEON C.; ÁLVAREZ B. "Unidad de observación de urgencias para pacientes geriátricos: beneficios clínicos y asistenciales". *Rev Esp Geriatr Gerontol.* 2009;44(4):175–179.

RALEIGH V., BARDSLEY M.; SMITH P., WISTOW G.; WITTENBERG R.; ERENS B.; MAYS N. "Integrated care and support Pioneers: Indicators for measuring the quality of integrated care". Policy innovation research unit (PIRU). 2014.

SALVÀ A.; ROQUÉA M.; VALLÈS E.; BUSTINS M.; RODÓ M.; SÁNCHEZ P. "Descripción del perfil de complejidad de los pacientes admitidos en unidades sociosanitarias de larga estancia entre los años 2003 y 2009". *Rev. Esp. Geriatr. Gerontol.* 2014;49(2):59–64.

SOCIAL SERVICES DIRECTORATE. DEPARTMENT OF HEALTH AND SOCIAL SERVICES. "A framework for Delivering Integrated Health and Social Care. For Older People with Complex Needs". Welsh Government. 2013.

SALGADO ALBA A., GUILLÉN LLERA F., RUIPÉREZ I. "Manual de Geriátria". 3.ª ed. Barcelona: Masson; 2002.

SANJOAQUÍN A.; FERNÁNDEZ E.; MESA M.P. GARCÍA-ARILLA E. "Valoración Geriátrica Integral" capítulo 4 en "Tratado de Geriátria para residentes". Sociedad Española de Geriátria y Gerontología (SEGG). 2007.

TIMMINS N., HAM C., "The quest for integrated health and social care: a case study in Canterbury, New Zeland". London. The King Fund, 2013.

