



Cinco Años de Atención Integrada en España

OMIS

INFORME 2014-2019



**NEW HEALTH
FOUNDATION**

CALIDAD SOCIAL Y SANITARIA

Avenida Menéndez Pelayo, 20 4º, 41004 Sevilla. Spain. | +34 954 414 785

www.newhealthfoundation.org

Cinco Años de Atención Integrada en España

Contribuciones

Autor

Arturo Álvarez Rosete. Fundación New Health.

Revisión General

Isabel Donado Nortés. Fundación New Health.

Revisión Secciones Autonómicas

por orden alfabético del nombre de la comunidad autónoma

Antonio Sagués Amadó. Consejería de Salud, Junta de Andalucía.

Marta Pisano González. Consejería de Sanidad, Gobierno del Principado de Asturias.

Angélica Miguélez Chamorro. IbSalut, Govern Illes Balears.

Siro Lleras Muñoz. Consejería de Sanidad, Junta de Castilla y León.

Joan Carles Contel Segura. Departament de la Presidència, Generalitat de Catalunya.

Juan Gallud Romero. Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública, Generalitat Valenciana.

Eloy Sáiz Ramiro. Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública, Generalitat Valenciana.

Miguel Simón Expósito. SEPAD, Junta de Extremadura.

Silvia Suárez Luque. Servizo Galego de Saúde, Xunta de Galicia.

Nuria Fernández de Cano. Consejería de Sanidad, Comunidad de Madrid.

Cristina Ibarrola Guillén. Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea, Gobierno de Navarra.

Igor Zabala Rementería. Osakidetza, Gobierno Vasco.

José Antonio de la Rica Giménez. Osakidetza, Gobierno Vasco.

Contribuciones

por orden de aparición de su contribución en el texto

Igor Zabala Rementería. Osakidetza, Gobierno Vasco.

Miguel Simón Expósito. SEPAD, Junta de Extremadura.

Kataysa Cabrera. Raisoft.

Antonio Sagués Amadó. Consejería de Salud, Junta de Andalucía.

Marta Pisano González. Consejería de Sanidad, Gobierno del Principado de Asturias.

An LD Boone. Consejería de Sanidad, Principado de Asturias.

Roberto Nuño Solinis. Deusto Business School Health.

Carles Blay Pueyo. Universidad de Vic-Universidad Central de Cataluña.

José Antonio de la Rica Giménez. Osakidetza, Gobierno Vasco.

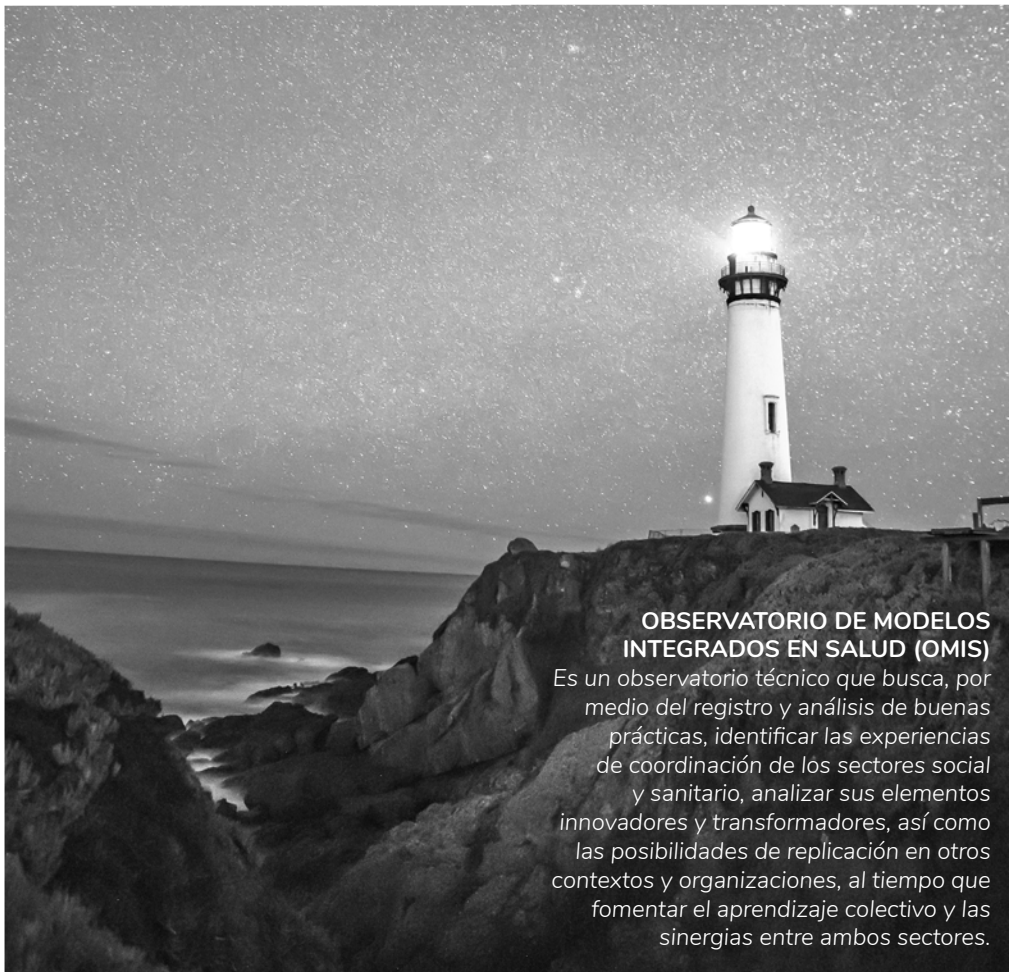
Silvia Librada Flores. Fundación New Health.

Con la colaboración de



Fundación New Health

Institución sin ánimo de lucro que tiene como misión hacer realidad un modelo de atención integrada, sanitaria, social y comunitaria mejorando la eficacia y eficiencia de las organizaciones y el bienestar de las personas con enfermedad avanzada, alta dependencia y final de vida.



OBSERVATORIO DE MODELOS INTEGRADOS EN SALUD (OMIS)

Es un observatorio técnico que busca, por medio del registro y análisis de buenas prácticas, identificar las experiencias de coordinación de los sectores social y sanitario, analizar sus elementos innovadores y transformadores, así como las posibilidades de replicación en otros contextos y organizaciones, al tiempo que fomentar el aprendizaje colectivo y las sinergias entre ambos sectores.

Índice

Saludo	11
Presentación	12
1. Cinco Años de Avances Internacionales	15
1.1 Introducción	16
1.2 Entre congresos	18
1.3 Un año clave	21
2. Cinco Años de Avances en España	23
2.1 Andalucía	25
2.2 Aragón	29
2.3 Asturias, Principado de	31
2.4 Baleares, Islas	34
2.5 Canarias	36
2.6 Cantabria	38
2.7 Castilla y León	40
2.8 Castilla - La Mancha	44
2.9 Cataluña	46
2.10 Comunidad Valenciana	50
2.11 Extremadura	54
2.12 Galicia	57
2.13 Madrid, Comunidad de	59
2.14 Murcia, Región de	62
2.15 Navarra, Comunidad Foral de	64
2.16 País Vasco	66
2.17 Rioja, La	70
3. Experiencias de Atención Integrada Registradas en el OMIS 2014/19	75
2014	77
2015	98
2016	119
2017	140
2018/19	153

4. Elementos e Instrumentos para la Atención Integrada:	
Nuevas Aportaciones	165
4.1 Elementos e Instrumentos	167
4.2 Nuevas Aportaciones	177
Una definición de atención integrada desde la Persona con Igor Zabala	178
Necesidades sociales, sanitarias... y comunitarias con Miguel Simón	179
La valoración integral social y sanitaria como base del lenguaje común con Kataysa Cabrera (Raisoft)	181
Co-producción de servicios con Antonio Sagués	182
"Buscando a los que no vienen" con Marta Pisano González y An LD Boone	185
Las Rutas Asistenciales Integradas como palancas de transformación sistémica con Roberto Nuño-Solinís y Carles Blay	187
Del Espacio al Tiempo Sociosanitario con José Antonio de la Rica	189
Compasión y Empatía con Silvia Librada	191
5. A Propósito de un Caso por Ernst & Young	195
6. Recomendaciones	199
Anexo: Metodología OMIS	203
Agradecimientos	207
Referencias	209

Saludo

Ya han pasado cinco años desde que el OMIS echó a andar. Llegamos de puntillas y caminando despacio, como cuando uno se dirige a una sala donde un grupo humano está viendo algo intenso (una reunión, un discurso, un concierto...) pretendiendo no hacer ruido al irrumpir. Queríamos ser prácticos y clarificar “el cómo”. Sospechábamos, aunque con esperanzada certidumbre, que había numerosas muestras a nuestro alrededor que permitían, además de subrayar qué debemos hacer, estudiar también cómo podríamos llevarlo a cabo.

Lo que entonces sospechábamos, cinco años después lo hemos constatado. Muchas experiencias -quizá antes solo conocidas por el grupo que las había creado- las hemos identificado, recogido, estudiado y puesto a disposición de todos, para el crecimiento y avance conjuntos. Estas son las muestras de cómo el resultado es mejor cuando avanzamos juntos. Aquí están la innovación, el conocimiento, la apuesta responsable, el cariño y el compromiso de tantos profesionales con el bienestar de Don José, de Doña María, de Rafa y de todas las personas que han mejorado su calidad de vida al recibir una atención integrada.

Está claro que si se quiere, se puede. Si el deseo de colaborar es mutuo y el beneficio de la sinergia se comparte, basta con echar a andar con buenas maneras, creando y recreando, para solucionar juntos los desafíos.

No hay mejor receta que la que se sabe cómo aplicar: hay multitud de herramientas que aprovechar y maestros a nuestro alrededor de los que aprender para rediseñar el abanico de servicios a la medida de las personas.

Gracias a todos los que habéis puesto en marcha experiencias de atención integrada. Gracias a todos los que habéis registrado experiencias en el OMIS.

Sabemos que quedan muchas más experiencias por descubrir, mucho conocimiento por compartir y mucho desarrollo por realizar. Es cierto, aún queda mucho por hacer. Esta es nuestra pequeña contribución al cambio que estamos comprometidos con lograr. Estamos convencidos que solo desde el conocimiento, la generación de sinergias y el aprendizaje común, construiremos la transformación necesaria para verdaderamente incidir en la vida de las personas.

Gracias a vosotros, porque la tozuda realidad no os genera desesperanza ni derrotismo, sino que la convertís en energía transformadora con la que seguir diseñando nuevos modelos de atención para la gente que nos necesita.

Gracias.

Emilio Herrera Molina

Presidente. Fundación New Health

Presentación

Convencidos de que la respuesta eficaz al reto de la cronicidad y la dependencia solo puede hacerse desde la cooperación y el concurso entre los servicios sanitarios, sociales y comunitarios, la Fundación New Health lanzó el Observatorio de Modelos Integrados en Salud (OMIS) en abril de 2014 con el fin de ser el faro -vigía e iluminador- de la construcción de ese camino. Queríamos identificar, analizar y dar visibilidad a las experiencias de atención integrada que ya se estaban y se están implantando en España, que ninguna de ellas quedara solo en el entorno local o regional en el que se aplican. Poner en valor lo que tantos profesionales estaban desarrollando en su día a día, para ayudar a tejer el mapa de la atención integrada. Quisimos recoger el testigo de la constatación que hacía en 2011 el Libro Blanco de la Coordinación Sociosanitaria en España publicado por el Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad de que en España había ya experiencias exitosas pero que eran desconocidas y que la falta de conocimiento lastraba el avance rápido y efectivo de la agenda de atención integrada.

Desde entonces, hemos registrado en el OMIS un total de 73 experiencias de atención integrada, que son las que se describen en este informe y que testimonian la emergencia y el avance de un proceso que ya es imparable. La atención integrada es el nuevo paradigma de atención que se impone como exigencia inquestionable y que marcará el nuevo modelo

de gobernanza hacia el que deberán virar todas las políticas de salud y sociales destinadas al cuidado de las personas con necesidades sociales, sanitarias y comunitarias.

En los años antecedentes hemos venido publicando informes que recogían y analizaban las experiencias registradas durante el año previo y cuya lectura está disponible en nuestra página web. Si el primer informe, publicado en 2015, constató con esperanza que ya empezábamos a contar con intervenciones muy interesantes, el segundo confirmó que la atención integrada no era una utopía sino una realidad, pero también advirtió que no hay un único modelo, sino múltiples posibilidades adaptadas al contexto local. El tercer informe, publicado en 2017, hizo una primera lista de qué elementos e instrumentos son fundamentales para cualquier modelo integrado, extractando aquellos que, tras el análisis de todas las experiencias, habían demostrado ser clave para el desarrollo e implantación de modelos de atención integrada.

Este informe es diferente a los anteriores. Primero porque cubre todo el periodo de existencia del OMIS -de abril de 2014 a marzo de 2019- y por tanto es la recapitulación de un lustro fecundo en progreso e innovación. Pero, en segundo lugar, porque el informe no es sobre el OMIS, sino sobre la atención integrada en España desde la óptica que el registro, el estudio y la evaluación de las prácticas y de

las apuestas programáticas de las comunidades autónomas nos ha permitido disponer. Queremos compartir el privilegio que supone disponer de la visión y del mapa global de la atención integrada en España.

No se encontrará en este informe un ranking de qué prácticas son las mejores. El propósito del OMIS no es hacer comparaciones sino crear un NOSOTROS PARA CONVERGER. Creemos que la agenda pro-atención integrada en España en estos momentos lo que necesita no es la singularización de casos de éxito, sino la visibilidad y difusión de todo lo que se está haciendo, porque eso es lo que demuestra que es un movimiento imparable que terminará por revolucionar nuestra perspectiva y nuestra comprensión de la salud y del bienestar. Es preciso continuar este impulso decidido y fortalecedor para lograr el cambio necesario.

A lo largo de este tiempo, nos han acompañado y apoyado una serie de entidades y orga-

nizaciones que han contribuido a la sostenibilidad del OMIS para que la existencia de este Observatorio sea posible, y que, por tanto, han sido artífices de la generación del conocimiento que se atesora en este informe. Han sido aliados que comparten el convencimiento de que solo desde soluciones integradas podemos avanzar, aportando cada uno desde su particular sector de saber y experiencia.

Queremos seguir invitando a todos los que comparten esta visión y deseen unirse a este esfuerzo compartido, a que andemos juntos el mismo camino. Para la Fundación New Health, hablar del Observatorio, es hablar de atención integrada. Y hablar de atención integrada es hablar de necesidades reales y de personas.

Sigamos hablando entre todos.

Isabel Donado

Directora General. Fundación New Health



Juntarse es un comienzo. Seguir juntos es un progreso. Trabajar juntos es un éxito.
Henry Ford

1.



Cinco años de Avances Internacionales

1.1 Introducción

Este Informe OMIS 2014-2019 recoge el desarrollo de la agenda de la atención integrada en España en estos cinco años desde una doble perspectiva: analizando cómo este paradigma ha ido calando en los planes y programas sectoriales que las Comunidades Autónomas han ido formulando; y compilando y presentando las experiencias que se han venido registrando en el OMIS.

El informe comienza con un repaso de los debates internacionales y las temáticas de los congresos dedicados a esta agenda, para descubrir avances, qué temas son emergentes y cuáles pasan a un segundo plano y cómo todo ello ha ido llegando a nuestro país para quedarse. Es un hecho trascendente el que, en el periodo de tiempo que ocupa este informe, se hayan celebrado en España dos congresos internacionales de atención integrada organizados por la *International Foundation for Integrated Care (IFIC)*, el de Barcelona en 2016 y el de San Sebastián en 2019. Se trata de una muestra del crecimiento del movimiento pro-atención integrada en nuestro país.

La sección “Cinco Años de Avances en España” compila las múltiples llamadas programáticas que, ya desde la década del 2000, se han venido produciendo en las comunidades autónomas en favor de una mayor coordinación sociosanitaria e integración de la atención a personas con necesidades sociales y sanitarias, en situación paliativa, con problemas de

salud mental, con cronicidad avanzada, etc. Con ello, obtenemos una fotografía bastante fiel de cómo está avanzando la agenda a nivel regional a la par que hacemos memoria de compromisos que se fueron adquiriendo y que no siempre han sido cumplidos.

La siguiente sección realiza el repaso de las 73 “Experiencias de atención integrada registradas en el OMIS 2014-2019”, clasificándolas por años. Este ejercicio refleja qué comunidades autónomas han sido más activas en el registro de prácticas; y aquellas sobre las que no tenemos ninguna experiencia registrada. Lógicamente, que desde el OMIS no las hayamos identificado ni registrado no supone necesariamente que no existan iniciativas en esos territorios ni que haya desinterés por esta agenda; pero podría ser, sin embargo, señal de la nula visibilidad exterior que las posibles iniciativas existentes, tienen.

A continuación, sistematizamos los elementos e instrumentos necesarios para prestar una atención integrada. La identificación de estos elementos e instrumentos constituyen el esqueleto de lo que hay que hacer para que la atención integrada sea una realidad. Para realizar este ejercicio, nos valemos de la “pirámide OMIS”, el diseño de la Fundación New Health que estructura las dimensiones y niveles de intervención, desde el nivel donde se concreta el momento de la atención a los niveles macro que implican a la financiación, mecanismos de

gobernanza y diseño de planes y programas.

Quizá la contribución más importante de este Informe es la sección “Nuevas Aportaciones”, donde reflexionamos sobre elementos del paradigma de atención integrada, que hace una década no se encontraban presentes en los debates y que ahora comienzan a considerarse como fundamentales para cualquier modelo de atención integrada: las necesidades de relación grupal y comunitaria, al mismo nivel que las necesidades sanitarias y de dependencia funcional; compartir la metodología de valoración sociosanitaria para que todos los profesionales aborden el caso con la misma mirada; la ruta asistencial; la compasión; etc. Es una sección que nace de las conversaciones con aquellos que se han ido singularizando por sus aportaciones pioneras en esos campos y con las que el Observatorio ha ido ampliando horizontes.

Estos nuevos elementos nos hacen reflexionar sobre la importancia de transformar los valores organizativos, la mirada profesional; es decir, sobre los elementos “subjetivos” (o soft) frente a las estrategias de mero cambio estructural, de despliegue de recursos (camas sociosanitarias, inversión tecnológica, etc.) o de reorganización de servicios. Siendo todo esto último importante, cada vez somos más conscientes que tales esfuerzos no llegan a buen puerto como falte el propósito último: el cambio de cultura, el cambio de valores y la forma de mirar

de todos los agentes intervinientes. Y esto solo se consigue abriendo espacios de encuentro e intercambio de ideas, con procesos participativos, poniendo a la persona y sus necesidades en el centro de todo, con empatía y compasión. La verdadera transformación se consigue desde las PERSONAS y para las PERSONAS.

El estudio de caso de Ernst & Young (EY) que incluimos en este informe es ejemplo precisamente de eso. EY acompañó a la Fundación Instituto San José (FISJ) en la definición de su nuevo Plan Estratégico 2019 -2023 y en el co-diseño de un modelo de atención imbuido de los principios del paradigma de la atención integrada para seguir siendo institución referente de innovación asistencial en la Comunidad de Madrid, centrada en personas altamente dependientes y sus familias y todo ello con la configuración de un centro y una entidad abierta a la comunidad.

Esperamos que, tras la lectura de este informe, el lector extraiga como conclusión general que hay suficientes experiencias en las que inspirarse, variedad de ejemplos para el aprendizaje, con múltiples combinaciones, con adaptaciones de diferentes modelos a los contextos específicos. Pero que debemos continuar avanzando: a más transformación, más innovación, más soluciones que nazcan del compromiso profesional, de la voluntad política, y sobre todo, de la empatía y la compasión que nos une a todos los seres humanos.

1.2 Entre congresos

El periodo de tiempo que ocupa este informe se enmarca entre dos congresos internacionales de atención integrada organizados por la International el de ICIC14 de Bruselas² celebrado en abril de 2014 y el ICIC19 de San Sebastián celebrado en abril de 2019. Una sencilla comparación de ambos muestra la evidente evolución de temas, de los “casos-ejemplo” que se convierten en referentes y que luego evolucionan, al tiempo que demuestra el crecimiento del movimiento pro-atención integrada.

Allá por 2014 iban pasando a segundo plano (por ser ya asumidos como algo indiscutible) los debates sobre el papel de ciertos perfiles profesionales (p.ej. dedicados a la gestión de casos) o sobre la importancia de implantar determinados dispositivos asistenciales (p.ej. para los cuidados de media y larga estancia). En el ICIC14, el concepto que predominaba era el de “atención centrada en la persona” es decir, la atención que se presta con las notas del respeto a la dignidad de la persona, a sus necesidades y deseos, desde una visión integral, aportando la información necesaria para que pueda participar en la toma de decisiones, contando con su familia y cuidadores, etc.^{4,5}

En ICIC19 se discute con interés el concepto de “atención centrada en las personas” que había sido consagrado por el publicado en 2016. Este documento de la Organización Mundial de la Salud define como un enfoque a los cuidados

Igualmente, se debate sobre las cuestiones de empoderamiento de las personas y las comunidades⁹, de co-producción de servicios y de la creación de culturas y valores organizacionales compartidos. Por el camino entre ambos congresos se fueron incorporando otros temas como la medición de resultados y el desarrollo de indicadores o el uso de las Tecnologías de la Información y Comunicación (TICs) en atención integrada.

Además, durante este tiempo se fueron popularizando propuestas teóricas y analíticas, especialmente el enfoque Triple-Cuádruple Meta y el modelo del “arco iris” hasta el punto que se han adoptado como modelos centrales del movimiento de atención integrada¹⁰. El enfoque Triple Meta establece que todo sistema de salud de excelencia ha de perseguir tres objetivos fundamentales: mejorar la experiencia de la persona y su familia-cuidadores (medido como grado satisfacción, de confianza en los profesionales y el sistema, etc.); mejorar la salud de la población (en términos de morbilidad, mortalidad, calidad de vida, reducción de hospitalizaciones); y reducir los costes (eficiencia funcional y técnica). Más recientemente, se le añade un cuarto objetivo: mejorar la satisfacción de los profesionales¹¹.

Por su parte, el modelo del “arco iris” de Pim P. Valentijn y colaboradores¹² es una propuesta conceptual que intenta capturar los elementos de atención integrada en sus niveles micro (dimensión clínica), meso (dimensiones de los

profesionales y organizativa), macro (dimensión sistémica) y en las palancas posibilitadoras (dimensiones funcional y normativa). El modelo incluye tanto la perspectiva centrada en “la persona” como la perspectiva centrada “en las personas”, en la población.

Respecto a los casos que en su día impactaron, han ido pasando al repertorio de los clásicos (pero igualmente citados, estudiados y considerados referentes) los ejemplos de Kaiser Permanente y la Veterans Health Administration en Estados Unidos o el modelo PRISMA en Quebec (Canadá), mientras que, durante este tiempo han ganado en visibilidad otros como Torbay¹³ en Inglaterra, Gesundes Kinzigtal¹⁴ en Alemania, Norrtalje en Suecia¹⁵, Canterbury en Nueva Zelanda¹⁶, el Gold Coast Model de Australia¹⁷ -por citar algunos.

Pero de todas estas experiencias internacionales, la reforma de Escocia es posiblemente la que más atención ha atraído dentro de nuestras fronteras:

En 2014, se aprobó la ley que permitió a las autoridades locales la delegación de funciones de servicios sociales a través de dos posibles modelos organizativos¹⁹: creando una comisión conjunta de integración entre las autoridades locales y las sanitarias; o el modelo de Agencia líder por el que la autoridad sanitaria o la autoridad municipal asumen el liderazgo y la responsabilidad de planificación, gestión económica y prestación de servicios sociales y sanitarios de forma integrada. Todas las autoridades locales escocesas optaron por el modelo de comisión conjunta, a excepción del que tomó el camino de agencia líder, por el cual:

- Todos los servicios sociales para personas adultas fueron transferidos al sistema sanitario para su gestión por el NHS Highlands, incluida la gestión de las 15 residencias de asistidos, los centros de día, los servicios de teleasistencia y la contratación con el tercer sector y con empresas independientes.
- Todos los servicios comunitarios de atención a la infancia fueron transferidos a la autoridad municipal

Como elemento notable, una de las claves de éxito del caso escocés es el fuerte impulso político que está recibiendo del gobierno escocés, con declaraciones explícitas de apoyo, como la realizada en septiembre de 2018, donde el Gobierno, NHS Scotland y la Agencia de Autoridades Locales Escocesas (COSLA) declararon su compromiso conjunto a favor de la atención integrada ²⁰.

Como decimos, el caso escocés es seguido con interés dentro de nuestras fronteras, hasta el punto que los gobiernos de Escocia y País Vasco firmaron en 2015 un convenio de colaboración en materia de atención integrada,

1.3 Un año clave

En el centro del periodo que cubre este informe, el año 2016 se vuelve crucial para el paradigma de la atención integrada, con la ratificación en mayo por parte de la 69ª Asamblea de la Organización Mundial de la Salud (OMS) del Marco sobre Servicios Integrados de Salud Centrados en las Personas. Nick Goodwin, CEO de la *International Foundation of Integrated Care (IFIC)* señalaba este hecho como reflejo de que el movimiento de atención integrada había llegado a su mayoría de edad²². Pero ese año fue particularmente importante desde la óptica española por la celebración del 16 Congreso Internacional de Atención Integrada (ICIC16) de Barcelona organizado conjuntamente por la IFIC y por el Plan Interdepartamental de Atención e Interacción Social y Sanitaria (PIAISS) de Cataluña, en mayo de 2016. El Congreso fue un fórum internacional para el debate científico, pero también un escaparate de experiencias innovadoras tanto de dentro como fuera de nuestras fronteras, que constató que se están descubriendo nuevos territorios, que hay ya marcos para conceptualizar

adecuadamente lo que está pasando y que hay evidencia creciente de lo que está funcionando y de los impactos que se están consiguiendo. Las cifras de participación fueron importantes: 1.200 participantes de casi 50 países, 500 presentaciones orales y posters y casi 600 personas siguiendo el congreso remotamente con ayuda de la tecnología. Hubo una alta presencia de congresistas de España, principalmente de las comunidades autónomas de Cataluña, País Vasco y Madrid. La Fundación New Health estuvo presente organizando la “sala OMIS”, un espacio permanente de exposición de experiencias registradas en el OMIS, para reflejar el empuje de la agenda de la atención integrada en España. El mensaje que resumió el avance de este congreso lo aportó Nick Goodwin, CEO de la IFIC: el movimiento de la atención integrada había pisado “el acelerador” y la discusión ya no se trataría de si la atención integrada debería de ser considerada como alternativa al modelo de atención actual, sino sobre el “cómo” se debería poner en práctica²³.

2016



John Galsworth

2.



Cinco años de Avances en España

Compilamos en esta sección las múltiples llamadas programáticas que, ya desde la década del 2000, se han venido produciendo en las comunidades autónomas a favor de la coordinación entre sistemas y servicios sociales y sanitarios desde diversos sub-sectores. Para ello, se han revisado sistemáticamente los planes y estrategias de salud, de atención a la cronicidad, de salud mental, de cuidados paliativos, de discapacidad y dependencia, de mayores y envejecimiento activo, así como los planes explícitamente sociosanitarios, para analizar si adoptaban un enfoque integrado e identificar qué objetivos y acciones más relevantes se planteaban para conseguirlo.

Para cada comunidad autónoma, se han rastreado los antecedentes, analizado las iniciativas programáticas formuladas en el tiempo que cubre este informe (2014-2019), aventurado posibles procesos de avance (o, por el contrario, de estancamiento o falta de progresión) que, a juicio del equipo OMIS de Fundación New Health podrían producirse, y se listan las experiencias de la región registradas en el OMIS en estos años, obteniendo con ello, una fotografía bastante completa del momento en el que se encuentra cada comunidad autónoma en la adopción de modelos integrados.

Todas las comunidades autónomas, en mayor o menor medida, en algún momento y desde alguno de estos sub-sectores citados, han formulado programáticamente la necesidad de coordinarse intersectorialmente con el fin de mejorar la atención a los colectivos a los que se dirijan los planes y estrategias. Aunque en algunos casos se trata de formulaciones generales no concretadas en acciones o intervenciones, en otros casos, son apuestas estra-

tégicas decididas que despliegan acciones e intervenciones, establecen recursos y estructuras de coordinación y especifican herramientas concretas. Por ello, en conjunto, suponen un rico patrimonio de conocimiento y de posibilidades de transferencia para la inspiración y adopción futuras por parte de otros agentes y encontramos muy destacable el hecho de que todas las comunidades hayan apostado, aunque en diferente medida, por la atención integrada.

Esta sección es también una compilación de compromisos adquiridos por los gestores y decisores, de los profesionales que los han expresado en los planes y programas. No se trata de ideas o deseos que no esperan ser realizados porque su propia formulación implica la aspiración tácita de ser ejecutados. De ahí que, al recogerlos y recordarlos, esperamos que se convierta en un sereno ejercicio casi de rendición de cuentas.

Merece ser destacado el hecho de que estos avances han sucedido en el devenir de una durísima crisis económica y social, que, entre otras cosas, conllevó políticas de austeridad, restricciones presupuestarias muy severas y, como consecuencia de lo anterior, freno, si no limitación, en la extensión de derechos sociales. No ha sido el periodo más idóneo para poner en marcha modelos que requieren un rediseño de los servicios (potenciando el nivel primario de atención) y sobre todo, del desarrollo de un sistema social “definido y potente que funcione en un plano de igualdad y no subsidiario al sistema sanitario”²⁴. A pesar de ello, ha sido un periodo fructífero que esperamos se vea próximamente impulsado de manera decidida.

2.1 Andalucía



Antecedentes

Si bien Andalucía no llegó a elaborar un marco, estrategia o plan de Atención Integrada Intersectorial, sin embargo, el paradigma de la atención integrada lleva gestándose en Andalucía desde los años 90. Así, en 1997, las Consejerías de Salud y de Asuntos Sociales establecieron un convenio marco para el desarrollo de actuaciones sociales y sanitarias conjuntas para atender a personas mayores y personas con discapacidad en la Comunidad Autónoma. En 1999, con el fin de desarrollar y llevar a cabo el Plan Estratégico del Servicio Andaluz de Salud, se crearon varios grupos de trabajo, entre los que se encontraba uno de Coordinación Sociosanitaria, en el que se debatió y se hicieron propuestas sobre la atención a personas con necesidades de apoyo social y sanitario en el SAS.

Ya en la década de 2000, el enfoque sociosanitario estaba presente en varios planes, como el Plan de Apoyo a las Familias Andaluzas (2002), el Libro Blanco de la Atención Especializada en Andalucía (2004) o el Plan de Atención a Cuidadoras Familiares de Andalucía 2005-2007 (2005). Precisamente, en el Libro Blanco de la Atención Especializada de Andalucía se enunciaba lo que constituye quizá el elemento distintivo de Andalucía: el encaje del enfoque integrado en la agenda más amplia de salud pública. Así, en el capítulo “Líneas de Actuación Sociosanitaria del SSPA” del Libro Blanco se dice:

“el enfoque que se propone desde la Consejería de Salud corresponde a una estrategia encaminada a potenciar la protección y promoción de la salud, frente a una orientación exclusivamente asistencial, orientada a determinados colectivos. Esto supone que los esfuerzos deben dirigirse a lograr una adecuada articulación de los servicios sanitarios con la red social, del modo más descentralizado posible, no solo en situaciones de dependencia física o psíquica, sino también cuando la debilidad del soporte social coloque al individuo en riesgo de padecer algún tipo de problema de salud”.

Entre 2008 y 2012 se consolidó e impulsó una determinada línea estratégica en el ámbito de la atención integrada, con la incorporación de la Estrategia “Al Lado con...” de la Secretaría General de Salud Pública y Consumo de la Consejería de Salud. Al Lado nació en el año 2010 con la finalidad de incrementar la calidad de la atención a personas afectadas por una enfermedad grave crónica y sus familias, ofertando un instrumento de ganancia en salud basado en la cooperación entre servicios de salud y el movimiento asociativo en el contexto de su red familiar y social. La Estrategia “Al Lado con...” se ha desarrollado vinculándola con los siguientes problemas priorizados de salud: Esclerosis Lateral Amiotrófica (ELA), menores en situación de adversidad, Alzheimer, Enfermedad Mental Grave, Oncología. Desde el paradigma de la atención integrada,

los elementos clave que componen la Estrategia “Al lado con...” son:

- Orientación a colectivos de alta adversidad en salud.
- Consideración holística de necesidades psico-bio-sociales de la persona, no solo clínicas.
- Existencia de una metodología ya consolidada.
- Desarrollo de “itinerarios de atención compartida” consensuados y participados.
- Cooperación entre el sistema sanitario, las asociaciones de pacientes y las familias.

Desde la salud pública, el enfoque de atención integrada ganó así foco sobre las personas, grupos y poblaciones vulnerables a la alta adversidad. El 6 de abril de 2017 se aprobó en Comisión de Salud del Parlamento de Andalucía una Proposición No de Ley relativa al desarrollo de la Estrategia Al Lado en respuesta a los graves problemas de salud.

Desde otros ámbitos, como los cuidados paliativos, el envejecimiento activo o la salud mental, también se ha apostado en Andalucía por la atención integrada. El *Plan Andaluz de Cuidados Paliativos 2008-2012* dedicaba toda una línea estratégica a la coordinación e intersectorialidad, donde se pedía la colaboración con los servicios sociales para dar una respuesta de calidad a las necesidades específicas que plantean estos pacientes y sus familias²⁵. Programáticamente, destaca la recomendación 80 del *Libro Blanco del Envejecimiento Activo de Andalucía (2010)* que llamaba a “promover un entorno que favorezca una atención socio-sanitaria integral, sin fracturas entre el sistema sanitario y el sistema de bienestar social”²⁶. Y

en lo referente a la salud mental, el abordaje integrado sociosanitario se encuentra presente en todos los planes integrales de Andalucía, aunque, curiosamente, quizá con más fuerza y determinación en el primero que en los sucesivos. Así, el *Plan Integral de Salud Mental 2003-2007 (I PISMA)* le dedicaba toda una línea de acción, la línea IV, bajo el título “atención sociosanitaria”.

En el *Plan Integral de Salud Mental 2008-2012 (II PISMA)* no se habla de atención sociosanitaria sino de “acción intersectorial”, que se concreta en impulsar la gestión por procesos asistenciales integrados y la extensión de programas de tratamiento intensivo en la comunidad, “con el objetivo de ofertar asistencia sociosanitaria en el entorno natural de personas con Trastorno Mental Grave, cuyas necesidades no pueden ser satisfechas totalmente desde los servicios habituales de salud mental”. El *III Plan Integral de Salud Mental de Andalucía 2016-2020 (III PISMA)* aunque ya no destina una línea estratégica específica de atención sociosanitaria, aporta sin embargo elementos interesantes pro-coordinación intersectorial, como, por ejemplo, la creación de Comisiones Provinciales de Análisis de Casos, integradas por representantes del Servicio Andaluz de Salud (SAS), FAISEM, del movimiento asociativo, así como de Instituciones Penitenciarias y de la Administración de Justicia.

Pero ha sido la adopción de la estrategia de “Salud en Todas las Políticas” con la Ley 16/2011 de 23 de Diciembre de Salud Pública en Andalucía (LSPA) la que ha marcado la dirección del enfoque de integración sociosanitaria en la comunidad autónoma. En la Ley 16/2011 se reconoce el carácter transversal de la salud pública y por tanto la necesidad de “coordinación y cooperación intersectorial multidisciplinaria”. La misma nota de intersectoria-

lidad aparece en los diferentes Planes de Salud que se han venido elaborando, como el III Plan y el IV Plan de Salud. Además, la Estrategia “Al Lado con...” se postula explícitamente como estrategia transversal de salud pública que facilita el desarrollo de políticas públicas de participación, de acción intersectorial y de trabajo en red, frente a una concepción asistencialista-sanitarista de la atención integrada²⁷.

Como aportación desde el sub-sector de la atención a la cronicidad, merece destacarse la acción incluida en la línea estratégica 2 del Plan Andaluz de Atención integrada a Pacientes con Enfermedades Crónicas (PAAIPEC) 2012-2016 que refiere a “fomentar la integración de la atención sanitaria y social, desde la planificación institucional al ámbito local, propiciando la colaboración de las Unidades de Gestión Clínica (UGCs) y los servicios sociales comunitarios en equipos operativos de atención integrada para dar respuesta en el plan terapéutico a necesidades complejas de personas con enfermedades crónicas”²⁸.

Iniciativas programáticas

Entre 2013 y 2015 tuvo lugar la experiencia de unificación de la gobernanza de salud y servicios bajo una única Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales. Es en esta etapa y en este marco cuando tiene lugar la iniciativa de la Secretaría General de Calidad e Innovación de la Consejería de Salud y Bienestar Social en 2013 de convocar grupos de trabajo con expertos, que resultó en el documento titulado “Espacio Sociosanitario”. La iniciativa, sin embargo, quedó aparcada con la separación de las Consejerías en junio de 2015.

En lo que respecta a servicios sociales, la reciente Ley 9/2016, de 27 de diciembre, de Servicios Sociales de Andalucía estableció claramente que “las actuaciones del Sistema Pú-

blico de Servicios Sociales de Andalucía serán desarrolladas en cooperación y coordinación con otros sistemas y políticas públicas que inciden en la calidad de vida y en el bienestar social de la población”.

Una de las iniciativas recientes más relevantes en el ámbito de los servicios sociales de Andalucía ha sido el desarrollo de la Historia Social Única Electrónica (HSUe) – RESISOR, una herramienta digital que permite la integración de datos personales provenientes de diferentes fuentes en un único documento electrónico, con toda la información de la persona beneficiaria del recurso o servicio²⁹. En consonancia con la Ley 9/2016, la HSUe permite avanzar en la coordinación entre los diferentes niveles de los servicios sociales y de éstos con los servicios sanitarios.

El abordaje integrado intersectorial inunda el I Plan Andaluz de Promoción de la Autonomía Personal y Prevención de la Dependencia, 2016-2020, publicado en 2016 por la Consejería de Igualdad y Políticas Sociales de la Junta de Andalucía. El texto del Plan, está formulado desde los principios de la “atención centrada en la persona, integral y continua”, la “interdisciplinariedad”, la “intersectorialidad” y la “cooperación y coordinación”. Dichos principios se concretan en instrumentos y herramientas de coordinación: equipos multidisciplinares, figura del profesional de referencia, empleo de las TICs, estructuras formales de coordinación a nivel local, comarcal, provincial y autonómico, etc.

En 2017/18, desde la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía y con la asesoría técnica de Fundación New Health se ha elaborado una propuesta de Bases del Modelo de Atención integrada intersectorial de Andalucía y el diseño de su posible pilotaje en un territorio de

la Comunidad Autónoma de Andalucía, que se encuentra actualmente en fase de discusión interna. Las Bases del Modelo recogen los elementos e instrumentos del paradigma de la atención integrada que han venido emergiendo bajo el impulso de las apuestas programáticas de estos años y de las iniciativas locales implantadas, a la par que alineados con los ejemplos nacionales e internacionales actuales. Así, encuadrado en la estrategia de salud pública de Andalucía, se propone un modelo poblacional de cuidados, que da prioridad a las personas que sufren mayor adversidad y a su entorno cuidador próximo. El modelo busca la complementariedad, coordinación e integración de servicios mediante el trabajo en red, está diseñado de forma participada por todos

los profesionales implicados en la atención y el movimiento asociativo, está orientado a resultados y está configurado como un marco de gobernanza local.

Un reciente ejemplo de cómo avanzar juntos entre todos los sectores es el lanzamiento del *I Plan Andaluz de Atención Integral a Personas Menores de 6 años en situación de Dependencia o en riesgo de Desarrollarla 2017-2020*. “De carácter transversal, es un exponente de la necesaria coordinación entre los servicios sanitarios, educativos y sociales para la consecución de un mayor nivel de calidad en la atención a las niñas y niños menores de seis años, en situación de dependencia o en riesgo de desarrollarla y a sus familias”³⁰.

EXPECTATIVAS DE AVANCE

*La originalidad de Andalucía radica en buscar el encaje de la atención integrada con la promoción y prevención de la salud de la población desde el enfoque de los determinantes sociales de salud, frente a modelos asistencialistas orientados al individuo. Este es ciertamente un tema de interés y debate internacional y Andalucía tiene una sólida base de aportación al avance del paradigma y de construcción de su propio modelo*³¹.

Desde el OMIS animamos a la Comunidad Autónoma de Andalucía a completar el proceso de formulación de su modelo de atención integrada intersectorial y a la puesta en marcha de experiencias piloto que lo lleven a la práctica.

2.2 Aragón



Antecedentes

La Comunidad Autónoma de Aragón ha comenzado a recoger el paradigma de la atención integrada a partir del reciente Plan de Salud de Aragón 2030, como se verá más adelante.

Sin embargo, anteriormente, ya en el año 2003 el Servicio Aragonés de Salud creó las Unidades de Valoración Sociosanitarias (U.V.S.S.) para realizar la valoración integral de las necesidades del paciente, establecer el plan de cuidados personalizados, y orientar hacia recursos más adecuados al alta hospitalaria. En la actualidad existen tres en Aragón, localizadas en los tres hospitales de Zaragoza (Hospital Miguel Servet), Huesca (Hospital Sagrado Corazón de Jesús) y Teruel (Hospital San José). Constituidas por facultativos geriatras, diplomados en Enfermería, trabajadores sociales y personal de apoyo, actúan como enlace con el resto de dispositivos asistenciales.

Con posterioridad a estas unidades, en cronología, el Programa de Atención a Enfermos Crónicos dependientes de Aragón de 2006 no contuvo referencias a la coordinación sociosanitaria ni acciones que alcancen a los servicios sociales.

Iniciativas programáticas

La Estrategia de Atención y Protección Social a Personas Mayores de 2018 reconoce la necesidad de cooperación y coordinación entre servicios sociales y sanitarios y dedica la línea estratégica 5 a la “Coordinación y colaboración institucional”. Incluye una serie de medidas como, por ejemplo, la recomendación del “inicio de un proceso de colaboración voluntaria de las administraciones locales competentes para la elaboración de protocolos y experiencias piloto en referencia al programa de atención a personas mayores so-las”. Igualmente, el vigente Plan de Salud Mental 2017-2021 de Aragón contempla la coordinación con servicios sociales para personas sin hogar, población psicogerátrica, personas con discapacidad intelectual, etc., aunque sin incluir un modelo específico de coordinación sociosanitaria.

En cambio, el Plan de Salud de Aragón 2030, elaborado en mayo de 2018, realiza una apuesta firme por la coordinación, específicamente dentro del Área 3 titulada “Orientación del Sistema Sanitario hacia las personas”. La firmeza de la apuesta viene expresada en frases como la siguiente: “La oferta de servicios sociales y sanitarios, suficientemente coordinada, diversificada y dotada, debe llegar a todos los hogares, incluidos los más vulnerables”. Para ello, el Objetivo 5 se orienta a “Impulsar la coordinación sanitaria y social para optimizar la respuesta a las necesidades de pacientes y cuidadores”, que incluye una serie de **actuaciones para mejorar la coordinación a nivel local** entre los profesionales que prestan servicios:

- Potenciar la atención de proximidad, conectando los cuidados sanitarios y los cuidados personales domiciliarios en personas con ambas prestaciones.
- Crear una “Comisión Interdepartamental de Coordinación de recursos sociales y sanitarios encargada de definir circuitos que faciliten la atención a tiempo de las personas en el recurso y por los profesionales adecuados”.
- Desarrollar un proyecto de continuidad de cuidados en personas que no pueden valerse por sí mismas y presentan riesgo social tras el alta hospitalaria.
- Pero queremos destacar una segunda línea de ese mismo Objetivo 5 que se orienta a “mejorar la dotación de recursos sociales comunitarios y la capacidad para gestionarlos, y reducir el impacto de los cuidados en los cuidadores de pacientes con afectación crónica”. La mejora de los recursos sociales comunitarios es una apuesta tan esencial y obvia como quizá por ello rara vez explicitada en los diferentes planes y estrategias, por lo que queremos resaltarla aquí como muy oportuna. Las medidas consideradas para esta segunda línea son:
 - Ampliar el número de plazas en residencias públicas y hospitales de convalecencia.
 - Potenciar la atención de apoyo a los cuidadores directos y la evaluación sistemática del riesgo social en su entorno habitual.
 - Mejorar los recursos en el ámbito socio-sanitario para prevenir la claudicación familiar.

EXPECTATIVAS DE AVANCE

Creemos que el avance de la agenda integrada sociosanitaria en Aragón puede estar, inicialmente, vinculado al desarrollo y éxito que logre el Plan de Salud de Aragón 2030. Recientemente, se ha anunciado que el Gobierno de Aragón está diseñando una estrategia para la atención a las personas mayores que implicará a todo el sistema público de servicios sociales, al sanitario y a entidades, con especial foco en los mayores solos y en la prevención y erradicación de los malos tratos a ancianos³².

Desde el OMIS alentamos a la Comunidad Autónoma de Aragón a potenciar esta agenda, aprovechando estos impulsos mencionados y aprendiendo de las experiencias locales ya en marcha. En particular, consideramos muy importante la puesta en funcionamiento de las actuaciones mencionadas del Plan de Salud, tales como la Comisión Interdepartamental de Coordinación de recursos sociales y sanitarios.

2.3 Asturias, Principado de



Antecedentes

En 2009, la *Estrategia de Cuidados Paliativos para Asturias* incluía el objetivo de “alcanzar una atención sociosanitaria que oferte una respuesta integral a las necesidades simultáneas de atención sanitaria y social”, mediante el establecimiento de “un procedimiento de actuación común de servicios sanitarios y sociales, con mecanismos específicos, especialmente en lo que se refiere a necesidades de material sanitario, facilitación de trámites al cuidador, alojamientos, y relación con la Ley de Dependencia”³³.

En 2013, la Consejería de Sanidad del Principado de Asturias elaboró un documento técnico de *Propuesta de Acciones Sociosanitarias*, que priorizaba la atención sociosanitaria sobre grupos de personas con necesidades complejas, establecía la creación de estructuras de coordinación sociosanitaria (comisión interinstitucional, subcomisión técnica interinstitucional, equipos operativos de atención sociosanitaria), de unidades de convalecencia en residencias de personas mayores, y definía acciones específicas por colectivo priorizado.

Iniciativas programáticas

En cronicidad, la estrategia asturiana *Personas Sanas, Poblaciones Sanas: ordenación y elaboración de las estrategias de salud y atención a la población con enfermedad crónica en Asturias (2014)* está escrita desde y para la intersectorialidad, al buscar ordenar y reorganizar las iniciativas que desde diferentes sectores se estaban ya realizando e incorporar otras nuevas en la misma línea. Así el proyecto estratégico 4, titulado “desarrollo de proyectos intersectoriales”, requiere “establecer un marco de coordinación entre diferentes departamentos de la administración pública que permita desarrollar acciones relacionadas con la salud en todas las políticas con un enfoque de determinantes de la salud y desigualdades”. Por su parte, el proyecto estratégico 6, de “Coordinación Sociosanitaria”, recoge las acciones de la *Propuesta de Acciones Sociosanitarias* de 2013, que ahora reciben un nuevo impulso, en espera del Plan Sociosanitario que mencionamos más adelante.

En salud mental, el *Plan de Salud Mental del Principado de Asturias 2015-2020 (2015)* contiene una línea estratégica sobre “Coordinación interinstitucional e intrainstitucional”, en la que se listan una serie de actuaciones. Y el *Plan de Actuación Integral para Personas con Discapacidad de Asturias 2015-2017*, también publicado en 2015, incluye la atención sociosanitaria como

una de las cuatro áreas de intervención (junto a educación y formación; trabajo y empleo; y ocio y tiempo libre).

El impulso más decisivo a la atención integrada lo ha aportado el Decreto 70/2016, de 23 de noviembre, de la Consejería de Presidencia y Participación Ciudadana del Principado de Asturias, por el que se establecen órganos de planificación y apoyo para la mejora de la atención y coordinación sociosanitaria en Asturias³⁴. El decreto pretende sentar las bases y fijar las principales líneas de actuación que posteriormente se despliegan en el Plan Sociosanitario del Principado de Asturias. El decreto establece tres estructuras de coordinación: un Consejo Interdepartamental o mecanismo de coordinación para integrar las actuaciones de los distintos departamentos; una Comisión Técnica que se ocupará de proponer mejoras en la atención sociosanitaria y de la evaluación y seguimiento de estas iniciativas; y Equipos de Coordinación sociosanitaria territoriales, que serán los dispositivos de proximidad que garanticen una prestación simultánea o sucesiva de los servicios públicos.

Consecuente con la dirección del Decreto 70/2016, en 2018 se elabora el Plan Sociosanitario del Principado de Asturias 2018-2021³⁵. El Plan define el ámbito compartido entre los sectores sociales y sanitario (y eventualmente otros sectores como el educativo o justicia) y señala actuaciones para evitar “que se produzcan situaciones de desamparo temporal y garantizando la continuidad de los cuidados”. La primera línea estratégica del Plan describe actuaciones para colectivos diana (personas mayores frágiles; personas en situación de dependencia o diversidad funcional; con trastorno mental grave; en edad infantil con alta vulnerabilidad; que sufren violencia o maltrato; en final de vida; vulnerables con problemas de

salud oral; con enfermedades neurodegenerativas, neuromusculares). El Plan, además, realiza un esfuerzo sistemático por coordinar estas actuaciones con aquellas incluidas en otros planes o estrategias, como la Estrategia de Envejecimiento Activo, con la estrategia Personas Sanas, Poblaciones Sanas, con el Plan de Atención al Paciente con Multimorbilidad, etc. Entre las medidas novedosas, destaca el establecimiento de unidades sociosanitarias de convalecencia en centros residenciales de ancianos, la integración de la historia clínica y la historia social, medidas de formación continuada y transferencia del conocimiento (como el registro y difusión de buenas prácticas) así como la creación de estructuras de apoyo (Consejo Interdepartamental de Coordinación Sociosanitaria; Comisión Técnica para la Coordinación Sociosanitaria; Equipos de Coordinación Sociosanitaria).

Y es en el marco de las medidas de coordinación sociosanitaria que el Principado de Asturias está impulsando donde se encuentra el novedoso Protocolo Sociosanitario para la Promoción del Buen Trato y la Detección e Intervención ante el Maltrato a Personas Mayores, elaborado conjuntamente por la Consejería de Servicios y Derechos Sociales y la Consejería de Sanidad. La necesidad de coordinarse intersectorialmente aparece además en otros dos documentos publicados en 2018: la Estrategia de Envejecimiento Activo del Principado de Asturias (ESTRENA) 2018-2021 de la Consejería de Servicios y Derechos Sociales; y la Estrategia para un nuevo enfoque de la Atención Primaria del Principado de Asturias 2018-2021. Así, la Estrategia ESTRENA habla de “fortalecer estructuras de coordinación entre administraciones y agentes implicados, mediante el desarrollo de proyectos en favor del envejecimiento activo, asegurando la presencia e incorporación de las personas mayores”.

EXPECTATIVAS DE AVANCE

Aunque los antecedentes reseñables de atención integrada en Asturias sean más recientes que en otras comunidades autónomas, lo cierto es que -quizá por eso mismo- Asturias está en estos momentos en pleno impulso del paradigma de la atención integrada.

Merece ser destacado el esfuerzo por la convergencia “conceptual” de las estrategias desarrolladas recientemente y porque las acciones de unas y otras se alineen y encajen. La estrategia de cronicidad Personas Sanas, Poblaciones Sanas toma en consideración lo establecido en la Propuesta de Acciones Sociosanitarias de 2013 y todo ello se recoge e integra en el Plan Sociosanitario.

Desde el OMIS animamos a la Comunidad Autónoma de Asturias a seguir poniendo en marcha todas las medidas y acciones incluidas en estos documentos programáticos, sin perder la coherencia conceptual y estratégica que se ha establecido. Observamos con mucho interés el proceso de desarrollo de las estructuras de coordinación que establece el Plan, en particular el despliegue de los Equipos de Coordinación Sociosanitaria y sus resultados.

2.4 Baleares, Islas



Antecedentes

Los antecedentes sociosanitarios en las Islas Baleares se remontan a los Planes Sociosanitarios impulsados por el consejo de gobierno de las Islas Baleares en 2003 y posteriormente en 2006. En 2010, Baleares formuló un *Plan de Acciones Sanitarias en el ámbito Sociosanitario del Servicio de Salud 2010-2014* para definir “los recursos y los circuitos para responder a las necesidades desde el ámbito sanitario como primer paso para establecer las bases que tienen que permitir la coordinación y el engranaje con el sistema social”³⁶. “El modelo que sigue el Plan mantiene la diferenciación clara entre los servicios sanitarios y los servicios sociales, pero crea una figura intermedia de coordinación sociosanitaria, tanto en el ámbito técnico como en el institucional, que ha de ayudar a responder a las necesidades de la población más vulnerable y a favorecer los circuitos de comunicación y de gestión de recursos”³⁷.

Posteriormente el *Proyecto de Ib-Salud 2020 de promoción de la salud*, formulado en 2011 no recogió un enfoque integrado, y se utilizó la fórmula de la recomendación para la elaboración de un plan sociosanitario para la atención geriátrica y de crónicos.

Iniciativas programáticas

Desde el sub-sector de la atención a la cronicidad, el *Plan de Atención a las Personas con Enfermedades Crónicas 2016-2021*. El *reto del sistema sanitario (2017)* contiene el objetivo de “impulsar una coordinación eficaz entre los servicios sanitarios y los servicios sociales” estableciendo canales de comunicación y proyectos comunes con la Conselleria de Servicios Sociales y con los Consells de Mallorca, Menorca e Ibiza, manteniendo reuniones periódicas e impulsando acuerdos. El Plan no ha llegado a proponer estructuras formales de coordinación, herramientas o dispositivos.

En paralelo, el Servicio de Salud de Islas Baleares de la Consejería de Salud ha priorizado la atención a la complejidad. El documento *Atención al Paciente Crónico Complejo y al Paciente Crónico Avanzado*, publicado en 2017 define el modelo de atención a tales pacientes, con el objetivo de “mantenerles el máximo tiempo posible en el entorno comunitario y con la mejor calidad de vida posible”, para lo que resulta necesario “el uso ordenado de diferentes servicios sanitarios y sociales”³⁸. Con el fin de pasar de la gestión de la enfermedad a la gestión del caso, los elementos clave del modelo de atención serían: la identificación de pacientes mediante los grupos de morbilidad ajustados, los sistemas de información, el trabajo en equipo multidisciplinar, la valoración multidimensional, el plan de cuidados individualizado, la atención domiciliaria y la coordinación eficaz³⁹.

Desde el sub-sector de salud mental, en 2018 se ha publicado el Plan Estratégico de Salud Mental de las Islas Baleares 2016-2022 con objetivos específicos y acciones de importancia. Así, la acción 11 potencia “la coordinación y la formación entre el equipo de salud mental, atención primaria y los dispositivos de los

servicios sociales” e incluso el desarrollo de “equipos intersectoriales –salud, educación y servicios sociales– para trabajar en los diferentes niveles e intervención de acuerdo a la gravedad y a las características específicas de los casos” (acción 92).

EXPECTATIVAS DE AVANCE

La atención a la cronicidad y a la salud mental son actualmente los ejes de avance del paradigma de la atención integrada en Baleares, reflejándose en la colaboración forjada entre los profesionales gestores de casos con la red social.

Desde el OMIS consideramos que la Comunidad Autónoma de Islas Baleares puede avanzar desde los elementos e instrumentos que se ha venido dotando en estas áreas, como la identificación proactiva de los grupos priorizados, el trabajo en equipos multidisciplinares, la importancia de la valoración multidimensional y la formulación de planes individualizados de cuidados. Creemos importante el desarrollo de estructuras de coordinación como las que consideraba ya el Plan de Acciones Sanitarias de 2010 o el Plan Estratégico de Salud Mental de 2018 y la formulación de un Plan Sociosanitario interdepartamental que recoja las diferentes iniciativas que se han venido impulsando desde cada sector.

2.5 Canarias



Antecedentes

En 2002, Canarias elaboró el *Plan Integral Sociosanitario de Canarias* que incluía la puesta en marcha de comisiones de coordinación sociosanitaria de zonas. Sin embargo, el *Programa de Atención a las Personas Mayores en Atención Primaria* elaborado por el Servicio Canario de Salud en ese mismo año no incluyó medidas de carácter sociosanitario o algún dispositivo de coordinación con servicios sociales.

También en 2002, desde la Dirección General de Programas Asistenciales del Servicio Canario de Salud se potenció el conocido como “Servicio de Continuidad de Cuidados para la Atención Domiciliaria”, prestado por una enfermera comunitaria de enlace que apoya al equipo de atención primaria, y gestiona los cuidados domiciliarios de forma coordinada con todos los profesionales de la zona, de los diferentes niveles asistenciales y entre los sectores de atención. El Protocolo del Servicio de Continuidad de Cuidados para la Atención Domiciliaria propuso “crear y/o mantener mecanismos de coordinación con los recursos y servicios sociales de la zona de salud destinados a la atención a las personas dependientes y sus cuidadores/as”.

Este objetivo se tradujo en tres metas:

- Participar en las Comisiones de Coordinación Sociosanitaria de la Zona.

- Elaborar protocolos de coordinación entre los profesionales de los servicios sociales comunitarios, los centros sociosanitarios y el equipo de atención primaria de la Zona Básica de Salud para la atención a personas dependientes y sus cuidadores/as.
- Promover redes de apoyo, formales e informales, para el apoyo a los/as cuidadores/as principales de las personas incluidas en la atención domiciliaria.

Iniciativas programáticas

Las referencias a plantear el cambio hacia un modelo de atención compartida, cooperativa y coordinada con los servicios sociales y de salud aparecen en el *Plan de Salud de Canarias 2016-2017*(2016) o en la reciente *Estrategia Canaria de Envejecimiento Activo 2017-2020*, publicada en 2017. Por ejemplo, el *Plan de Salud de Canarias 2016-2017* incluye un área de colaboración sociosanitaria que procura mejorar la colaboración con Ayuntamientos, Cabildos y entidades y asociaciones sociales. Estas llamadas no se han trasladado todavía, sin embargo, a programas o intervenciones concretas.

EXPECTATIVAS DE AVANCE

El avance de la atención integrada en esta comunidad estará unido al desarrollo específico en que se concrete la Estrategia de Envejecimiento Activo y el Plan de Salud. Otro potencial impulso está en la futura Ley de Servicios Sociales que se ha anunciado que entrará a regular la coordinación sociosanitaria entre los centros de atención⁴⁰.

Desde el OMIS animamos a la Comunidad Autónoma de Islas Canarias a retomar el espíritu e iniciativa del pionero Plan Integral Sociosanitario de Canarias de 2002 y a reformular un nuevo plan, que recoja su trayectoria e identidad, por ejemplo, como pioneros en la implantación de la gestión de casos en España, así como en la puesta en marcha de instrumentos esenciales de cualquier modelo integrado: comisiones de coordinación sociosanitaria de zonas, equipos multidisciplinares, valoración sociosanitaria integral, desarrollo de rutas integradas, etc. Creemos que la formulación del modelo de atención apoyaría y orientaría el despliegue de la necesaria infraestructura sociosanitaria o la elección de las tecnologías más útiles para sustentar y facilitar el trabajo coordinado de los gestores y profesionales que prestan la atención.

2.6 Cantabria



Antecedentes

La Comunidad Autónoma de Cantabria no ha elaborado un plan de atención integrada socio-sanitaria pero existen variadas líneas programáticas que fomentan la atención integrada. En el año 2000, desde la Fundación Botín se promovió la elaboración de un *Plan de Acción Socio-sanitario para el Mayor. Cantabria 1999-2005*, que no llegó a ser adoptado como política pública regional.

Por su parte, el *Programa Integral Atención Paliativa Cantabria*⁴¹ de 2006 listaba los “instrumentos de trabajo que permitan ofrecer una respuesta asistencial multidisciplinar coordinada entre los distintos niveles asistenciales y con los distintos recursos sociosanitarios del Servicio Cántabro de Salud y con los servicios sociales: protocolos conjuntos de actuación interdisciplinar; protocolos de coordinación consensuados entre niveles ante el ingreso y alta hospitalaria; registros informáticos; elementos de comunicación entre niveles; documentos de apoyo comunes”.

Iniciativas programáticas

El *Plan de Salud Mental de Cantabria 2015-2019* (2014) marca las directrices generales de la atención integrada, abundando en referencias a fomentar la coordinación entre servicios de salud mental y servicios sociales, aunque no describe las estructuras, recursos o herramientas para lograrlo. Por ejemplo, para la atención a la salud mental de la población infanto-juvenil, se recomienda el establecimiento de una “pauta de contactos programados”. Para Trastorno Mental Grave, el Objetivo General 2 del Plan prescribe “crear una vía integrada de atención a la persona con trastorno mental grave y crónico en Cantabria”. De igual forma, el Objetivo General 3 del Plan establece “crear una unidad de coordinación con el sistema para la autonomía y atención a la dependencia, que ocupe el espacio de interacción entre ambos sistemas, y propicie la promoción de la autonomía personal y la prevención de la dependencia”.

El *Plan de Atención a la Cronicidad de Cantabria 2015-2019* (2015), sin embargo, es algo más explícito en la propuesta de acciones, alguna de ellas, de importante calado. Por ejemplo, en la definición de mecanismos de colaboración entre todos los niveles asistenciales sanitarios y entre ellos y Servicios Sociales; en la implantación de Unidades de Convalecencia, Unidades de Rehabilitación Activa, Atención Sociosanitaria en los servicios sociales orientada al deterioro funcional y prevención de la

dependencia; en el diseño de rutas o itinerarios, con enfoque sociosanitario, para cada patología crónica prevalente; constituyendo nuevos cauces de colaboración entre los proveedores de servicios sanitarios y sociales, extendiendo los servicios de Atención Sanitaria Domiciliaria que aseguren al paciente la atención adaptada a sus necesidades. El Plan se refiere al Sistema Integrado de Prestaciones y Servicios Socia-

les, como sistema de gestión e información del SAAD en Cantabria, gestionado por el ICASS, como herramienta de valoración de situaciones de dependencia y de asignación de prestaciones y servicios del catálogo del SAAD y que al estar instalado en los Centros de Salud de Atención Primaria, se constituye “como elemento destacado para la coordinación entre sistemas”.

EXPECTATIVAS DE AVANCE

Creemos que el avance de la agenda integrada sociosanitaria en Cantabria podría aprovechar el impulso y visión de colaboración del Plan de Atención a la Cronicidad de 2015.

Desde el OMIS animamos a la Comunidad Autónoma de Cantabria a avanzar en la línea de la generación de estructuras concretas y en el desarrollo de mecanismos de coordinación, desde el impulso político y mediante el consenso interdepartamental. El diseño de rutas o itinerarios para situaciones de complejidad social y sanitaria (no tanto por patología), fruto del acuerdo de los agentes implicados, podría ser una de las herramientas más útiles. Creemos que la elaboración de un plan conjunto de atención integrada sociosanitaria para Cantabria sería una buena oportunidad para generar esas dinámicas de articulación de consensos.

2.7 Castilla y León



Antecedentes

El final de los 90 y principios de 2000 fue una época de innovación y definición estratégica en lo socio-sanitario en Castilla y León. El I Plan Sociosanitario de 1998 y el Plan Estratégico del Sistema de Acción Social de Castilla y León de 2000, fueron avanzando, en clara apuesta por el principio de integralidad, hacia la actuación coordinada entre sectores. El II Plan Sociosanitario de 2003 puso en marcha Equipos de Coordinación de Base (participados por trabajadores del primer nivel de atención de los servicios sociales y de equipos de atención primaria sanitaria, para atender casos complejos) y Comisiones de Coordinación Sociosanitaria (que son estructuras estables de evaluación, dirección y soporte a nivel provincial y regional).

Quizá el hecho más diferencial de Castilla y León haya sido el avance hacia el desarrollo de un sistema de servicios sociales integrado, que cristaliza en la Ley de Servicios Sociales de 2010⁴², como paso previo para que ambos sistemas social y sanitario funcionen de forma complementaria y establezcan procesos compartidos de atención.

La Estrategia de Atención al Paciente Crónico en Castilla y León (2013) es quizá la estrategia de crónicos con más foco integrado e intersectorial. Propone pasar de una atención fragmentada a una "atención integrada", mediante la coordinación funcional de estructuras y el desarrollo de procesos integrados y

la coordinación intersectorial entre el sistema sanitario y social:

"El proceso integrado de atención a la cronicidad se enmarca dentro de la política de coordinación sociosanitaria de Castilla y León e incorpora la atención compartida entre servicios sanitarios y servicios sociales que se presta a los pacientes crónicos tal como recoge la normativa vigente respecto a la atención sociosanitaria que dice será compartida con los servicios sociales, y contempla la integración y coordinación de recursos y cuidados sanitarios con los recursos y cuidados de servicios sociales, de manera que se garantice la continuidad de la atención, la coordinación centrada en las personas, la elección del recurso más adecuado en cada caso y la atención a las personas con problemas de salud".

Entre los proyectos relevantes, la Estrategia incluye la definición del proceso de atención integrada en domicilio y del proceso de atención integrada en residencias; el programa de atención farmacéutica en el ámbito sociosanitario; la definición de nuevas unidades, competencias y roles en atención especializada (las Unidades de Continuidad Asistencial y las Unidades de Convalecencia Sociosanitaria) y el proyecto de incorporación de información social en la Tarjeta Sanitaria informatizada.

Iniciativas programáticas

Bajo este impulso, las intervenciones más destacables recientemente se han concentrado en pacientes pluripatológicos complejos y en salud mental. Así, el Proceso Integrado de Atención al Paciente Crónico Pluripatológico Complejo (PCPPC) busca prestar una atención integral a las necesidades globales de estos pacientes, coordinando los servicios de salud (atención primaria (AP) y hospital) y servicios sociales, teniendo como ejes o principios rectores la integración asistencial, la continuidad y la implicación del paciente. Se gestiona fundamentalmente a través de estructuras funcionales específicas: las Unidades de Continuidad Asistencial, que facilitan un acceso y gestión ágil de los pacientes entre los dos ámbitos asistenciales (AP y hospital); y las Unidades de Convalecencia Sociosanitaria que son recursos residenciales para cuidados intermedios de titularidad social, con soporte sanitario y gestión compartida entre servicios de salud y servicios sociales.

Respecto a salud mental, en 2016 se aprobó el Acuerdo 66/2016 que establece *las directrices que ordenan el funcionamiento del modelo integrado de atención sociosanitaria para personas con discapacidad por enfermedad mental*⁴³. El objetivo de las directrices es articular “toda una red de prestaciones de recuperación e inclusión social de salud mental y de servicios sociales tanto generales como específicos”. A la base está un modelo comunitario de atención a la salud mental, que concibe el domicilio o entorno habitual como el espacio idóneo de atención, activando y coordinando todos los recursos comunitarios (públicos y privados) disponibles. El modelo se construye con estructuras de coordinación específicas (Equipo Mixto Provincial, Comisión Mixta Regional) e instrumentos claves como el Proyecto de Vida y el profesional de referencia.

Como herramienta de apoyo de estos procesos de integración, la Junta de Castilla y León está desarrollando una “Plataforma de Atención Sociosanitaria al paciente crónico y personas en situación de dependencia”,⁴⁴ en el marco de un Convenio de colaboración suscrito, en diciembre de 2015, entre el Ministerio de Economía y Competitividad, la Gerencia de Servicios Sociales, la Gerencia Regional de Salud y la Agencia de Innovación, Financiación e Internalización Empresarial de Castilla y León. Está cofinanciado con fondos FEDER. El marco de colaboración del proyecto finaliza en diciembre de 2019.

La Plataforma centra su atención en la mejora de la atención de las personas con enfermedad crónica en situación de dependencia, ya sea en su domicilio o en centro residencial, que presentan necesidades de atención simultánea y coordinada del sistema social y sanitario. Este proyecto no se implementará en toda la Comunidad Autónoma, sino que tiene como horizonte final un pilotaje de diferentes soluciones organizativas y tecnológicas (prototipo) en contextos reales. Más allá de la fecha de finalización del convenio, se continuarán evaluando soluciones y desarrollando proyectos sobre esta infraestructura tecnológica y organizativa. Se trata de un laboratorio vivo o living lab: entornos de pruebas (domicilios y centros) donde los usuarios y profesionales interactuarán de manera natural en situaciones y contextos reales, de las interacciones que se produzcan obtendremos información sobre la utilidad, la innovación, la satisfacción y el grado de eficiencia de la tecnología implantada. Este proyecto supone la creación de un espacio de experimentación y aprendizaje que perdure en el tiempo y permita ensayar diferentes innovaciones organizativas, previamente a la incorporación de soluciones que mejoren la eficacia de la atención sociosanitaria integrada en entornos domiciliarios y residenciales en el sistema.

Las fases se corresponden con tres procesos de compra pública innovadora de tecnología:

1

2017

Establecimiento de la arquitectura del sistema de información. En esta fase se consolidarán los respectivos sistemas de información y se sentarán las bases para que la plataforma sea interoperable y disponga de un acceso personalizado, teniendo en cuenta lo establecido en la Ley de Protección de Datos y Ley de Autonomía del Paciente. Esta fase incluyó cuatro lotes: de coordinación sociosanitaria; historia social digital para personas en situación de dependencia; nuevo profesional sociosanitario digital; mediateca de interacción paciente/usuario y profesional.

2

2018

Desarrollo de la tecnología innovadora para:

- Los procesos de atención integrada que se encuentran en funcionamiento y los que está previsto desarrollar.
- Desarrollo de la teleatención: teleconsulta, teleasistencia avanzada, telemonitorización y gestión de alertas.

3

2019

Se desarrollará la parte tecnológica destinada a facilitar la accesibilidad online; y la orientada al análisis de la información y la ayuda a la toma de decisiones.

Estas fases se concretan en un desarrollo funcional que contiene dos escenarios principales: atención integrada en domicilios y centros y funcionalidades transversales que afectan a ambos.

En el ámbito de los cuidados al final de la vida, el *Plan de Cuidados Paliativos de Castilla y León 2017-2020* destaca sobre los demás planes autonómicos por su abordaje integrado y de coordinación entre servicios sociales y sanitarios. Lo sociosanitario aparece en el Objetivo 5 de la Línea Estratégica 2 de desarrollo de mecanismos de coordinación entre los servicios sanitarios y de servicios sociales, así como en la Línea Estratégica 6 titulada “políticas intersectoriales y participación de la sociedad”: *“esta política incluye potenciar especialmente la coordinación sociosanitaria puesto que, al igual que ocurre en la atención a los pacientes crónicos y dependientes, solo de esta forma se puede prestar una atención integrada centrada en la persona”*.

“Es necesario definir una cartera de servicios sociales, que se complementen con los sanitarios, pues no hay que olvidar que el lugar de atención de la persona al final de la vida va a depender, por una parte, de la complejidad clínica, pero también y de forma importante de la disponibilidad de una red familiar y social que preste apoyo suficiente para que el paciente pueda permanecer en su domicilio. Por ello, el proceso de atención integrada sociosanitaria en el domicilio y en el ámbito residencial, que incluye también el paciente terminal y los cuidados paliativos, se desarrollará dentro del proyecto de diseño e implantación de la Plataforma Tecnológica para la Atención Sociosanitaria en pacientes crónicos y personas en situación de dependencia concretamente, en la «Detección de situaciones de necesidad de apoyo social urgente»⁴⁵.

La Estrategia de Prevención de la Dependencia para las Personas Mayores y de Promoción del Envejecimiento Activo 2017-2021, fue propuesta por la Consejera de Familia e Igualdad de Oportunidades y elaborada en colaboración con varias consejerías participantes. La Acción 19 de la Estrategia establece “impulsar bajo la forma de protocolo, la coordinación entre el sistema sanitario y el sistema de servicios sociales, en la que, periódicamente, se fijen los objetivos de actuación conjunta, los modelos de atención, los perfiles de necesidad socio-sanitarios, los protocolos de intervención así como el desarrollo de los elementos técnicos y tecnológicos necesarios para garantizar la ca-

lidad de vida de las personas mayores en los entornos donde las personas residan”.

Como una de las medidas de esta Estrategia, la Junta de Castilla y León puso en marcha el proyecto piloto “A gusto en mi casa”, cuyo objetivo es que las personas mayores con dependencia, discapacidad o enfermedad crónica que residan en el medio rural sean atendidas en sus hogares en función de su individualidad y singularidad para que puedan permanecer en sus domicilios, a través de la actuación coordinada entre servicios sociales, sanitarios, entidades y corporaciones locales.

EXPECTATIVAS DE AVANCE

Castilla y León es una de las comunidades autónomas que está impulsando el avance de la agenda de atención integrada en España. Como motores de este avance están las innovaciones tecnológicas y las propuestas de modelos de atención en cronicidad compleja, en cuidados paliativos y en salud mental.

Desde el OMIS, exhortamos a Castilla y León a seguir por este camino, alineando estas innovaciones con los elementos propios que se han venido implantando en la región y que han venido configurando los rasgos identificativos de su abordaje: una apuesta por desarrollar la cartera y recursos de servicios sociales, para alcanzar un nivel de desarrollo suficientemente comparable con los servicios sanitarios; la articulación de la coordinación mediante las estructuras recogidas en los planes sociosanitarios (Equipos de Coordinación de Base y Comisiones de Coordinación Sociosanitaria); la actitud de búsqueda de consensos entre las gerencias regionales de salud y servicios sociales. Es posible que este alineamiento conceptual, estratégico y operativo requiera de un esfuerzo de renovación programática. Animamos además a la Comunidad a dar visibilidad y difusión a su modelo y a las experiencias que está lanzando, recogiénolas, documentándolas y evaluándolas sistemáticamente.

2.8 Castilla-La Mancha



Antecedentes

El II Plan de Atención a Personas Mayores en Castilla-La Mancha. Horizonte 2011 (publicado en 2008) dedicó el Eje Estratégico 3 a la “atención Sociosanitaria” de las personas mayores en situación de dependencia. Como objetivo general se plantea “desarrollar medidas encaminadas a integrar las actuaciones sociales y sanitarias articulando un modelo sociosanitario de atención a la dependencia. Los objetivos específicos que se proponen para hacer posible dicho objetivo general son los siguientes:

- Establecer estructuras que desarrollen un modelo de atención sociosanitaria para las personas mayores en situación de dependencia.
- Potenciar el desarrollo de medidas de coordinación sociosanitaria para las actuaciones en la comunidad de los servicios sociales y sanitarios.
- Potenciar el desarrollo de medidas de coordinación sociosanitaria para mejorar la atención de las personas mayores en Centros Residenciales”.

En 2011, la Consejería de Salud y Bienestar Social de Castilla-La Mancha publicó la Estrategia 20/20 de Salud y Bienestar Social. El modelo de Castilla-La Mancha. Compromiso de Futuro. Esta estrategia planteaba un modelo

de “integración suave” y “coordinación fuerte”. “La integración se refiere a la dirección política en una misma Consejería, y a las funciones de planificación, sistema de información, autorización, acreditación e inspección”. Por el contrario, la coordinación y cooperación en los servicios ha de ser fuerte, apoyada en el desarrollo de herramientas funcionales, como son: un mapa social y sanitario único; una única tarjeta social y sanitaria; historias electrónicas social y sanitaria compatibles e interoperables; protocolos de actuación para la atención a las personas de forma integral; metodología de gestor de casos y gestor de procesos; enfoque de la Estrategia a los resultados; evaluación de la eficiencia en la utilización alternativa y complementaria de recursos sociales y sanitarios.

La orientación a los resultados es uno de los puntos fuertes de la estrategia: “La Estrategia 20/20 se orienta a los “resultados” y a los “procesos”. Pondrá el acento en lo cualitativo. No se trata de hacer más cosas, sino de hacerlas mejor. Por supuesto, tendremos que completar recursos y dispositivos allí donde hagan falta. Pero sobre todo nos fijaremos en la innovación y el uso de las tecnologías más apropiadas, insistiremos en la formación de los profesionales y en cómo funcionan los servicios, y daremos más capacidad de gobierno y de gestión a las personas”.

Iniciativas programáticas

Publicado en 2015, el *Plan Director en Atención a la Cronicidad en un Modelo de Integración Asistencial en Castilla la Mancha 2014-2017* es un documento fruto del trabajo multidisciplinar e intersectorial, aunque liderado por el SESCOAM. Busca “desarrollar una visión integral y longitudinal de los servicios que recibe el ciudadano tanto en los dispositivos sanitarios como de asistencia social, urgentes como no urgentes, institucionalizados como ambulatorios, que se concreta en la definición de un Plan de Atención Personalizado para cada paciente”. Desde el punto de vista de este análisis, lo más distintivo del Plan Director es la importancia al perfil del trabajador social en salud, y esto se traduce en la incorporación del trabajador social a los procesos de atención (Línea Estratégica 3, Proyecto 18) y en el desarrollo de planes de formación y capacitación (Línea Estratégica 2, Proyecto 4).

Quizá la apuesta más sociosanitaria se hace en la *Estrategia Regional de Cuidados Paliativos de Castilla-La Mancha 2016-2020 (2016)*⁴⁶, en la que uno de sus principios generales es:

“Facilitar la coordinación / convergencia de los servicios sanitarios y sociales dentro de un programa de atención integrado y personalizado para cada paciente”. La Estrategia crea “unidades funcionales de cuidados paliativos” o “servicios de cuidados paliativos” y especifica que deben operar “en coordinación con atención primaria y con servicios sociales”.

En el sector de salud mental, uno de los ejes del *Plan de Salud Mental de Castilla-La Mancha 2018-2025 (2018)* es “proporcionar en el ámbito comunitario, servicios de asistencia social y de salud mental, completos, integrados y con capacidad de respuesta”. Incluye líneas de actuación para potenciar la continuidad de cuidados en el trastorno mental grave, mediante figuras profesionales de enlace que faciliten la coordinación de servicios de atención primaria y servicios sociales de base y la creación de “equipos de intervención comunitaria multinivel”, que incluyan a atención primaria, a la Fundación Sociosanitaria de Castilla-La Mancha (FSCLM), a los servicios de salud mental y a los servicios sociales de base.

EXPECTATIVAS DE AVANCE

La *Estrategia 20/20 de Salud y Bienestar Social de 2011* fijó objetivos y metas a alcanzar en 2020, por lo que su vigencia sigue siendo de actualidad.

Desde el OMIS, sugerimos a la Comunidad Autónoma de Castilla-La Mancha desarrollar los elementos incluidos en ese documento: un mapa social y sanitario único; una única tarjeta social y sanitaria; historias electrónicas social y sanitaria compatibles e interoperables; protocolos de actuación para la atención a las personas de forma integral; metodologías de gestión de casos y gestión de procesos; enfoque de la Estrategia a los resultados; evaluación de la eficiencia en la utilización alternativa y complementaria de recursos sociales y sanitarios.

2.9 Cataluña



Antecedentes

El Programa “*Vida als anys*” de atención sociosanitaria a la gente mayor con larga enfermedad de 1986 fue pionero en la definición de un modelo sociosanitario en España. Creado por Orden del Departamento de Sanidad y Seguridad Social de 29 de mayo de 1986⁴⁷, el programa tenía “como finalidad planificar y coordinar las actuaciones del Departamento referentes a la atención de aquellas personas que precisen tratamiento médico prolongado integrado con la prestación de servicios sociales específicos de la vejez”. Como órganos de dirección, el programa instituyó un Comité Directivo (formado con representantes del Departamento de Sanidad y Seguridad Social, del Instituto Catalán de la Salud, Instituto Catalán de Asistencia y Servicios Sociales, Instituto de Estudios de la Salud) y un Director del Programa. El programa pretendía “que la atención se llevara a cabo lo más cerca posible de la familia, comunidad o ambiente propio”, que se potenciaran “medidas alternativas al internamiento”, así como medidas de prevención de la cronicidad, y creaba centros residenciales sociosanitarios para personas mayores dependientes.

Posteriormente, se formuló un *Plan de Acción Sociosanitaria* (2000) y un *Plan Director Sociosanitario* (2007). Y la necesidad de prestar una atención integrada se encuentra asimismo en la base del *Plan Director de Salud Mental y Adicciones de Cataluña* (2006) y del *Plan Integral de Atención a las Personas con Trastorno Mental y Adicciones* (2010).

Iniciativas programáticas

Desde un enfoque de cronicidad, Cataluña ha transitado hacia un modelo de atención integrada social y sanitaria con visión poblacional, que fomenta la toma de decisiones compartida con las personas y promovido por una estructura de gestión estable⁴⁸.

El *Plan de Salud 2011–2015* estableció el objetivo de lograr un sistema más orientado a los enfermos crónicos y el *Programa de Prevención y Atención a la Cronicidad de Cataluña 2011-2014* pidió definir un modelo colaborativo entre servicios sanitarios y servicios sociales para personas en situación de complejidad. Para ello, en febrero de 2014 se lanzó el *Plan Interdepartamental de Atención e Interacción Social y Sanitaria (PIAISS)*, dependiente del Departamento de la Presidencia y con la participación de los departamentos de Salud y de Bienestar Social y Familia y del mundo local, que impulsó el surgimiento de proyectos territoriales colaborativos de modelos de atención integrada. Aunque con vocación poblacional, se priorizó inicialmente su aplicación a los que tienen necesidades de atenciones sociales y sanitarias complejas de forma concurrente o están en riesgo de tenerlas: el Paciente Crónico Complejo (PCC). En julio de 2014 se aprobó la ruta del PIAISS y en noviembre se aprobaron los proyectos operativos a realizar en 2014-2015; en febrero de 2015 se aprobó el documento de Bases Conceptuales del Modelo Catalán de Atención Integrada y en

junio de 2015, el Parlamento catalán aprobó por unanimidad la propuesta de resolución sobre atención integrada de los servicios sociales y sanitarios. Se hizo además un esfuerzo por unificar la terminología, con el lanzamiento del diccionario de terminología de atención integrada recogido en TERMCAT⁴⁹; y se trabajó en la estratificación del riesgo poblacional en pacientes crónicos utilizando los Grupos de Morbilidad Ajustada (GMA) en base a la base de datos agregada de morbilidad de Catsalut.

En 2016, la celebración del ya comentado Congreso ICIC16 en Barcelona fue también un éxito del PIAISS, como comité organizador local. Ese año, Cataluña formuló su nuevo Plan de Salud 2016-2020 que incluyó la Línea Estratégica 6 titulada “Atención Integrada y Cronicidad”.

Los proyectos que abarca esta línea estratégica son:

- Implementación de un modelo de atención integral y centrado en las personas con enfermedades crónicas y con necesidades complejas, desde una óptica poblacional.
- Implementación de un modelo de atención integrada en los territorios y los equipos asistenciales.
- Desarrollo de instrumentos transversales facilitadores del modelo de atención integrada.
- Modelo organizativo de atención integral a la población adulta e infantil con necesidades paliativas y en situación de final de vida.
- Atención integrada al paciente crónico complejo de salud mental.

El PIAISS entró así en una fase nueva⁵⁰, publi-

cándose en noviembre de 2016 una Hoja de Ruta para el período 2017-2020⁵¹ con cinco líneas que responden a los retos estratégicos que había lanzado el Plan de Salud de Cataluña:

- LE 1: desarrollo e integración de los sistemas de información social y sanitaria.
- LE 2: proyectos demostrativos de atención integrada de base comunitaria.
- LE 3: atención integrada en el domicilio.
- LE 4: atención sanitaria integrada a las personas que viven en centros residenciales.
- LE 5: atención integrada en salud mental.

Una de las palancas que más se están trabajando es la creación de “entornos de interoperabilidad” entre los sistemas de información. Entre las iniciativas puestas en marcha en Cataluña para la interoperabilidad real entre la Historia Clínica Compartida de Cataluña (HC3) y los sistemas de información de los servicios sociales, destacan: el proyecto en una zona de la ciudad de Barcelona (con el aplicativo SIAS); la interoperabilidad con los Servicios Sociales en 5 comarcas de Girona; y el proceso de planificación de la interoperabilidad con la Plataforma DIBA-Hèstia que presta servicios a casi todos los municipios de la provincia de Barcelona, Lleida y parte de la provincia de Tarragona. El paquete mínimo de información que se comparte comprende: problemática sanitaria y social, discapacidad, dependencia, inclusión en Servicio de Ayuda a domicilio (SAD) y su intensidad, inclusión en Teleasistencia (TLA), y situación de incapacitación legal. Otras iniciativas han sido: la incorporación del Código Identificación Personal (CIP) como número identificador común para el sistema sanitario

y social; la identificación de variables de interés disponibles en los repositorios centrales de dependencia y discapacidad del Departamento de Trabajo, Asuntos Sociales y Familias para su inclusión en HC3; la incorporación de la estación clínica de trabajo de Atención Primaria eCAP disponibles a los equipos de valoración de discapacidad y dependencia.

La implementación del PIAISS ha comportado la puesta en práctica de experiencias colaborativas, de base comunitaria, en los siguientes territorios de Cataluña:

Comarca Garrotxa

Proyecto demostrativo que incluye el desarrollo de un modelo de atención integrada en atención domiciliaria (AD), salud mental y actualmente compartición información sanitaria y social entro HC3 y aplicativo GESS de servicios sociales básicos.

Comarca Alt Empordà

Proyecto en fase inicial con desarrollo de un modelo de atención integrada domiciliaria y Salud Mental.

Comarca Gironès

Experiencia en fase inicial de atención integrada domiciliaria para personas con demencia.

Comarca Ripollès

Experiencia inicial de atención integrada para personas en situación complejidad sanitaria y social.

Comarca Pla de l'Estany

Modelo colaborativo basado en la gestión de casos y la “conferencia de caso” para personas en situación complejidad sanitaria y social y problemática en salud mental.

Comarca Osona

Proyecto demostrativo de la implementación del “Programa Gestión Atención Complejidad” (PGAC) que atiende de manera colaborativa a personas en situación de complejidad y con necesidad de atención sanitaria y social. Este proyecto incluye una experiencia demostrativa de largo recorrido de Banco Ayudas Técnicas y servicio de Terapia Ocupacional de base territorial, ampliado hace un año a las comarcas de la Garrotxa y Ripollès.

Barcelona Ciudad

Proyecto demostrativo de compartición información sanitaria y de servicios sociales básicos entre HC3 y el aplicativo SIAS de SSB de Barcelona. Se dispone de otro proyecto de atención integrada sanitario y social postaguda personas con ictus que incorpora Servicio Ayuda a domicilio (SAD) transitorio postagudo y Rehabilitación (RHB). También hay una experiencia reciente en ABS Cocheras de trabajo colaborativo con gestión de casos y conferencia caso a personas en situación de complejidad sanitaria y social.

Comarca Alt Penedès

Modelo colaborativo para personas en situación complejidad sanitaria y

social, con incorporación del Servicio de Ayuda a domicilio (SAD).

Comarca Garraf

Modelo colaborativo de atención integrada a personas en situación de complejidad sanitaria y social entre gestión de casos sanitaria y servicios sociales básicos de la ciudad de Vilanova i la Geltrú.

Comarca Cuenca Barberà

Modelo colaborativo entre atención primaria de Salud y SSB con incorporación del Banco de Ayudas Técnicas con base territorial para personas atendidas en Atención Domiciliaria (ATDOM).

Comarca Montsià

Modelo colaborativo entre atención primaria de salud y servicios sociales básicos con compartición de información mediante el proyecto "Salud + Social".

Otro de los proyectos de entorno comunitario desarrollados por el PIAISS ha sido el despliegue del Mapa de Activos Comunitarios para identificar e incorporar, conjuntamente con agentes o líderes territoriales, contenidos específicos y recursos en la comunidad tanto del ámbito sanitario como de servicios sociales. En la construcción del Mapa de cada territorio, con esta doble visión y contenidos, ha sido crucial la participación activa e implicación de la Dirección General de Acción Cívica y Comunitaria del Departamento de Trabajo, Asuntos Sociales y Familias con el fin de trabajar conjuntamente las dos redes de atención, la de atención primaria de salud y la de servicios sociales básicos.

La estructura organizativa del PIAISS a lo largo de este periodo, sobre la que ha pivotado todo el proceso de diseño y desarrollo de los diferentes proyectos, ha sido el Comité Operativo, configurado por los departamentos de Presidencia, de Salud y de Trabajo, Asuntos Sociales y Familias (TASF).

EXPECTATIVAS DE AVANCE

Desde el OMIS, compartimos el esfuerzo del PIAISS y animamos a seguir avanzando y consolidando los diferentes proyectos colaborativos, que son una fuente de inspiración y conocimiento para el resto, y que necesitan ser evaluados y sus resultados conocidos. Como ejemplo de innovación que beneficia a todos, recientemente se ha anunciado la extensión del proyecto piloto de interoperabilidad de la historia clínica social y sanitaria a toda la ciudad de Barcelona y que permitirá que centros de primaria, hospitales y centros de atención social puedan compartir datos sociosanitarios⁵².

2.10 Comunidad Valenciana



Antecedentes

Por Orden de 30 de marzo de 1995, de la Consellería de Sanitat i Consum, se crea el programa Especial de Atención Sanitaria a Pacientes Ancianos, a Pacientes con Enfermedades de Larga Evolución y a Pacientes en Situación Terminal, conocido como “programa PALET”, donde se proponían fórmulas alternativas a la hospitalización tradicional de estos tipos de pacientes, con recursos como la hospitalización a domicilio, las unidades médicas de corta estancia (UMCE) y los hospitales de media y larga estancia (HACLE). En todo caso, era fundamentalmente una respuesta desde el sistema sanitario, que coordinaba el trabajo de agentes sanitarios (atención primaria, unidades de hospital a domicilio, servicios de emergencias sanitarias, unidades de salud mental, enfermeras gestoras de casos hospitalarias y comunitarias)⁵³.

Posteriormente, el *Plan Integral de Atención Sanitaria a las Personas Mayores y a los Enfermos Crónicos en la Comunidad Valenciana 2007-2011* (2007) incluía un eje estratégico titulado “Coordinación e integración de sistema sanitario con los servicios de Bienestar social” en el que se proponen unos “compromisos que unifiquen la base de actuación conjunta”: desarrollar un Acuerdo Marco entre las Consejerías de Sanidad y de Bienestar Social; poner

en marcha la Comisión Técnica de Coordinación; definir e implantar criterios de valoración homogéneos a lo largo del proceso asistencial; establecer una planificación territorial conjunta entre Sanidad y Bienestar Social; etc.

Desde 2007 se desarrolla el Modelo de Atención Integrada de Casos Crónicos Complejos. El objetivo es el abordaje integrado de dos colectivos de pacientes, en cierta medida evolutivos: los pacientes crónicos complejos y los pacientes con necesidad de atención paliativa. La identificación se lleva a cabo mediante la estratificación mensual de la población valenciana a través del sistema de clasificación de pacientes de la Comunidad Valenciana, que actualmente utiliza los grupos de riesgo clínico (*clinical risk groups*, CRG), y su validación profesional como pacientes de alto riesgo. Otro elemento fue la creación de dos perfiles específicos de enfermería (enfermera gestora de casos hospitalaria y enfermera gestora de casos comunitaria) que identifican, enlazan y coordinan los distintos servicios asistenciales que intervienen en la atención a este tipo de pacientes.

La *Estrategia de Envejecimiento Activo de la Comunidad Valenciana* (2013), elaborada por la Consejería de Sanidad, también incluía

áreas estratégicas dirigidas a la “coordinación institucional, gobernanza y participación social” (Área 1) o a la “atención integral a los problemas de salud” (Área 4). Pero los objetivos específicos que pedían un abordaje intersectorial, fijan, sin embargo, una respuesta sanitaria.

Iniciativas programáticas

El espíritu de coordinación que imbuía el *Plan Integral de Atención Sanitaria a las Personas Mayores y a los Enfermos Crónicos* de 2007 vuelve a aparecer en la *Estrategia de Atención al Crónico de la Comunidad Valenciana* de 2014. En el Objetivo “Orientar el sistema sanitario hacia la atención a la cronicidad”, se incluye la Línea Estratégica “Integrar las políticas sanitarias y sociales”, en la que se plantea: establecer con Bienestar Social un marco general de coordinación; implantar protocolos de ingreso/derivación entre recursos sanitarios y sociales para las personas con condiciones crónicas y dependencia; instaurar circuitos asistenciales entre las residencias y los servicios sanitarios; hacer compatibles los sistemas de información sanitarios y sociales, incluyendo la implantación de SIA-ABUCASIS en el ámbito residencial.

El enfoque de coordinación lo comparte la *Estrategia Autonómica en Salud Mental de la Comunidad Valenciana 2016-2020*, que contiene una línea estratégica específica (Línea Estratégica 3: “Organización de la red de salud mental, y coordinación sociosanitaria e intersectorial”) e identifica los elementos en los que pivota la coordinación: “las comisiones de coordinación de gestión de casos, la implantación de protocolos de derivación, la generación de un lenguaje y cultura comunes por medio de la formación y la gestión del conocimiento y la articulación de mecanismos específicos para

garantizar el funcionamiento sinérgico de diferentes profesionales y dispositivos, que han de actuar simultáneamente o sucesivamente sobre un mismo paciente, son elementos que facilitan la coordinación y aumentan la consistencia del sistema”.

La Estrategia de salud mental propone medidas concretas para cada grupo de personas priorizadas. Por ejemplo, se propone crear una comisión de coordinación entre servicios sociales, sanitarios y educativos para población infanto-adolescente. En el caso de personas con trastorno mental grave, se pretende diseñar e implantar un plan integral de atención que garantice la continuidad de los cuidados y “que abarque todo el abanico de necesidades sanitarias, sociosanitarias, sociales y residenciales, conjuntamente con todos los agentes implicados (Conselleria de Sanidad, de Igualdad y Políticas Inclusivas, Conselleria de Economía Sostenible, Sectores Productivos, Comercio y Trabajo y Asociaciones de personas usuarias y Asociaciones de familiares)”.

En septiembre de 2016, la Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública de la Comunidad Valenciana anunció la creación del grupo de trabajo “Espacio Socio Sanitario Valenciano”. Durante 2016-17, 8 grupos de trabajo de coordinación socio sanitaria estudiaron y consensuaron líneas de acción, generando un documento de consenso que se encuentra en estos momentos en fase de borrador. El fruto del trabajo multidisciplinar son 15 líneas estratégicas y 88 acciones de coordinación socio sanitaria que inspirarán las medidas futuras de las Consellerias con competencias en salud (Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública) y asuntos sociales (Conselleria d’Igualtat i Politiques Inclusives).

En el primer trimestre de 2018 se puso en

marcha el proyecto de Historia sociosanitaria Compartida entre los ámbitos sanitario y social. Su objetivo es construir un sistema de información que, por una parte, sea la herramienta de trabajo unificada del ámbito social en todo el territorio y, por otra parte, que permita el compartir la información entre los ámbitos social y sanitario, tanto de atención primaria como especializada. El sistema estará integrado con el resto de sistemas que dan soporte a cualquier proceso de atención social o sanitaria. En estos momentos está en proceso de contratación pública.

En el último trimestre de 2018, la Conselleria d'Igualtat i Politiques Inclusives puso en marcha el "Nou model residencial" (Nuevo modelo residencial). Se ha iniciado un ensayo en la mayor residencia pública de la Comunidad Valenciana que implica la coordinación con los servicios sanitarios del Departamento de Salud para conseguir la integración efectiva de cuidados sociales y sanitarios.

El avance fundamental, por el que la Comunidad Valenciana está despuntando se refiere al diseño de Rutas Asistenciales Integradas (RAI) como palancas de transformación cultural y del modelo asistencial. Una ruta asistencial es un pacto entre los profesionales y las organizaciones de los diferentes ámbitos asistenciales que operan en un mismo territorio y atienden a una misma población afectada de un problema de salud específico, para aplicar los criterios de buena práctica, optimizar los circuitos asistenciales y planificar las respuestas ante escenarios previsibles. Desde esta comprensión, las rutas asistenciales son un instrumen-

to altamente valioso para la coordinación y la continuidad asistencial⁵⁴.

La estrategia de RAI en la Comunidad Valenciana se caracteriza por 4 elementos:

- Desarrollo a partir de una innovación local (Bottom-Up)
- La ruta asistencial de la Diabetes Mellitus del Departamento de Salud de Elda (2015).
- Estrategia de impulso central desde la Conselleria de Sanitat Universal i Salut Publica (Top-Down) mediante
- Inclusión de las RAI en los Acuerdos de Gestión anuales con los departamentos de salud; Creación de un curso central con la metodología "Ruta 10" en la Escuela Valenciana de Estudios de Salud (EVES).
- Liderazgo compartido
- Cada RAI en cada Departamento de Salud tiene un líder directivo y varios líderes clínicos.
- Formación centralizada de los líderes
- Cada año 5 líderes por Departamento de Salud recibe la formación en la EVES.

Entre 2016 y 2019, se han implantado o están en fase de desarrollo un total de 79 RAIs en los diferentes departamentos de la Comunidad, siendo las más comunes las rutas para pacientes crónicos complejos y/o paliativos, diabetes tipo 2 e insuficiencia cardíaca.

EXPECTATIVAS DE AVANCE

Hay muchas dinámicas positivas de cambio actualmente en marcha en la Comunidad de Valencia (p.ej. la Comisión Central de Coordinación Sociosanitaria, las iniciativas “rutas” en distintos departamentos de salud, etc.) que dibujan un escenario alentador que necesita de tiempo para consolidarse y expandirse.

Mientras que los avances a nivel macro serán, probablemente, dependientes del contexto político, sin embargo, a nivel clínico se observan cambios importantes en algunos departamentos de salud, cierta impregnación de una nueva visión de futuro y de otra manera de hacer las cosas que puede albergar expectativas de avance en la transformación cultural y del modelo asistencial.

Es por ello que, desde el OMIS, consideramos muy oportuna la formulación de una Estrategia o Plan regional que recoja todas estas iniciativas, oriente el camino por el que discurrir y haga converger voluntades políticas y gestoras.

2.11 Extremadura



Antecedentes

La primera concreción de la apuesta de Extremadura por la atención sociosanitaria fue la creación, en el año 2003, de una Dirección General con ese nombre en la estructura del Servicio Extremeño de Salud, para potenciar e integrar, dentro del propio sistema sanitario, los programas de atención que incorporan prestaciones sociales y sanitarias.

En 2006, el *Plan Marco de Atención Socio-Sanitaria en Extremadura 2005-2010* sentó las bases programáticas para dar cabida a una serie de iniciativas como el Plan Integral de Atención Sociosanitaria al Deterioro Cognitivo (PIDEX), el Centro Extremeño de Desarrollo Infantil (CEDI) o el Plan Integral de Salud Mental. El PIDEX se formuló en el año 2007 y se implantó el Servicio Público de Rehabilitación Neurocognitiva: Las personas que se benefician de dicho servicio son derivadas desde las Consultas de Deterioro Cognitivo (CEDEC), (formadas por neurólogo y neuropsicólogo) a un terapeuta ocupacional (dependiente del futuro Servicio Extremeño de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a la Dependencia, SEPAD) que presta servicio en su centro de salud más próximo.

El Plan Marco incluyó la creación de recursos asistenciales específicos para personas altamente dependientes y que necesitan cuidados o supervisión prolongada, no-curativa ni intensa, dentro de un contexto sanitario. Eran

las unidades de atención sanitaria continuada, conocidas como “camas T2” cofinanciadas por sanidad y servicios sociales, que se distinguían de las “T1” financiadas por sanidad y las “T3”, pagadas por el ámbito social.

Asimismo, el Plan Marco descansaba sobre estructuras de coordinación en los distintos niveles: comisiones sociosanitarias comunitarias; comisiones sociosanitarias de área; comisión de asuntos sociosanitarios, comisiones de salud mental de área, subcomisiones de gestión de casos.

También destacaba la integración del personal médico de los centros residenciales de mayores en el servicio de salud o el suministro farmacéutico y el acceso a programas sanitarios desde dichos centros.

El proceso culminó con la creación en 2009 del SEPAD, ente paralelo al Servicio Extremeño de Salud en el seno de una Consejería de Sanidad y Dependencia.

Estas iniciativas tuvieron posteriormente diversa suerte, continuándose algunas acciones, aunque no siempre con su potencialidad original. El *Plan de Salud de Extremadura 2013-2020*, publicado en 2013, habla de la atención sociosanitaria en el Eje Estratégico III, sin mencionar el Plan Marco de Atención Sociosanitaria de 2006.

Iniciativas programáticas

Algo más de una década después de haber apostado por la convergencia de la atención a la enfermedad y la atención a las necesidades generadas por situaciones de dependencia, y tras un periodo de abandono e incertidumbre de las iniciativas que se habían puesto en marcha, Extremadura retomó en 2016 el enfoque de atención integrada.

Desde el SEPAD, se recuperó el diseño de un sistema de servicios sociales paralelo y complementario al sistema sanitario “que, partiendo de un adecuado soporte normativo, cuente con una cartera de servicios definida, mecanismos de gestión y planificación, sistemas de información potentes y que avance hacia la cobertura universal y accesible”⁵⁵. Entre las iniciativas que se han puesto en marcha está la recuperación de los espacios de coordinación entre ambos sistemas, que ha permitido impulsar nuevas iniciativas como la potenciación de los programas sanitarios en los centros residenciales (paliativos, dolor, telemedicina...), la gestión conjunta de casos complejos, el diseño de programas intersectoriales integrados (como el Proceso Asistencial Integrado de Trastorno Mental Grave o el de Autismo).

El *III Plan Integral de Salud Mental 2016-2020* (PISMEX) (2017) ha establecido como Objetivo 1 el “actualizar la oferta de servicios sanitarios y sociales a las necesidades de la población en materia de atención a la Salud Mental en Extremadura”.

Y durante 2017, se ha venido trabajando en la formulación de un *Plan de Acción para la Atención de las Personas con Discapacidad Intelectual y Trastornos de Salud Mental (PDISM)*, y en colaboración con el Servicio Extremeño de Salud (SES) y el CERMI Extremadura. El Plan de Acción, que ha sido publicado en enero de 2019, está imbuido en el principio de la coordi-

nación intersectorial:

“La atención que reciben las PDISM, está condicionada por el carácter social y sanitario de las demandas que plantean y que deben ser por ello, solventadas tanto en la red sanitaria de salud mental, como en la red de servicios sociales especializados que atienden a las personas con discapacidad. Esta condición socio-sanitaria de las necesidades cuestiona el funcionamiento de ambas redes y obliga a la necesidad de ofrecer respuestas coordinadas y complementarias en el marco de un proceso de atención, aspecto éste no siempre fácil, teniendo en cuenta la separación administrativa y organizativa en la que se desenvuelven las mismas”⁵⁶.

El modelo contempla la planificación de apoyos y servicios englobados en las redes genéricas de salud mental y discapacidad, la creación de servicios especializados en el abordaje de la problemática específica que presentan las PDISM y el desarrollo de mecanismos de coordinación entre las redes, encuadrado todo ello en el diseño de un proceso de atención específico, coherente con el modelo de atención sociosanitaria implantado en Extremadura.

Desde el sector de la discapacidad, en 2017 el Observatorio Estatal de la Discapacidad (OED) -organismo técnico impulsado por el Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social y el SEPAD de la Junta de Extremadura- publicó el estudio *Modelos Integrados de Atención a la Discapacidad*⁵⁷, con la autoría conjunta del OED y el OMIS de Fundación New Health. El documento buscaba proporcionar información sobre experiencias de atención integrada en materia de discapacidad, analizar la posible aplicación al contexto de Extremadura y realizar una propuesta de diseño de herramientas

que aporten al sistema y a los profesionales soluciones para favorecer la coordinación de la atención que los servicios sociales y sanitarios prestan a personas con discapacidad.

Como se explica en la introducción del documento, el encargo de realizar ese proyecto

refleja la intención del SEPAD y del SES en “seguir avanzando en el desarrollo de estas y otras actuaciones conjuntas que permitan una mejora de la atención a las situaciones” de adversidad, como es el caso de la discapacidad que crea dependencia.

EXPECTATIVAS

En 2018 ha habido noticias del desarrollo de la Estrategia de Prevención y Atención a Personas con Enfermedades Crónicas desde el SES, pero aún no ha sido publicado. Actualmente se trabaja en la integración en el SES de estructuras dependientes del SEPAD, pero que tienen un carácter sanitario, como algunas unidades de los antiguos centros psiquiátricos y en la incorporación plena de los centros residenciales del SEPAD al Plan de Seguridad de Pacientes. También se pretende profundizar en el desarrollo del Plan de Discapacidad Intelectual y Salud Mental, así como en el diseño del abordaje de las demandas que genera el envejecimiento de las personas con trastorno mental.

Desde el OMIS, hacemos una llamada cordial a retomar el impulso que un día alentó el Plan Marco de Atención Socio-Sanitaria y a reactivar “las estructuras de coordinación y los programas que requieren la participación y coordinación de los sectores social y sanitario”. Un potencial primer paso podría consistir en hacer un estudio que constatare qué elementos e instrumentos diseñados en el Plan Marco están actualmente en funcionamiento, cómo han evolucionado, qué ha demostrado resultados y qué nuevas herramientas y estrategias sería interesante explorar e incorporar a la respuesta sociosanitaria de Extremadura.

2.12 Galicia



Antecedentes

El Programa de Atención Sociosanitaria (PASOS) de Galicia de 1999 es otro de los hitos importantes de la historia de la atención integrada en España. El Programa se orientó a la coordinación de la atención sanitaria y social prestada a tres grupos de población: personas mayores con pluripatología y/o deterioro físico o cognitivo; personas con enfermedad mental crónica; personas con discapacidad física, psíquica o sensorial. Y se pusieron en marcha experiencias piloto de coordinación entre centros de atención primaria de salud, hospitales y servicios sociales municipales – experiencias sobre las que no ha trascendido su evaluación.

En 2008, la Ley 8/2008, de Salud de Galicia (art. 137.1.º) fijó la constitución de la Comisión Interdepartamental de Coordinación Sociosanitaria de Galicia, integrada por representantes de las Consejerías de Sanidad, Servicios Sociales y Economía y Hacienda. Al año siguiente, por Orden conjunta del 7 de agosto de 2009, de la Consejería de Sanidad y de la Consejería de Trabajo y Bienestar, como estructura de apoyo técnico de la Comisión, se le vincula un Comité de Planificación de la Atención Sociosanitaria.

Posteriormente, la Estrategia SERGAS 2014, publicada en 2009, fija el Objetivo 1.4 de “integración de la atención sociosanitaria” para lo cual se proponen actuaciones como: la elaboración de un mapa de recursos sociosanitarios públicos y privados de Galicia; la incorporación de la historia

social de los pacientes en la historia clínica electrónica; la elaboración de protocolos de atención sociosanitaria; la adaptación de los sistemas de información, integrando la atención sociosanitaria en un continuo asistencial único; etc.

El Plan Gallego para las Personas Mayores. Plan actuación Galicia 2010-2013. Horizonte 2015 fijó como primer objetivo operativo “establecer instrumentos y/o estrategias de mejora de cooperación interdepartamental para el logro de los objetivos que exigen una actuación conjunta”. Y este objetivo incluyó las medidas: definición y utilización de indicadores conjuntos de medición y control de los procesos de atención a las personas mayores; constitución de una Comisión Interdepartamental de Atención a las Personas Mayores.

En marzo de 2013 se formuló el Plan Marco de Atención Sociosanitaria de Galicia. El Plan fue elaborado conjuntamente por la Consejería de Sanidad y la Consejería de Trabajo y Bienestar. El Plan rechazaba explícitamente crear un “tercer” espacio, el sociosanitario, mientras que considera que la “unión o integración de atención primaria y hospitalaria en una gestión integrada, según el Decreto 168/2010, de 7 de octubre, por el que se regula la estructura organizativa de gestión integrada del Servicio Gallego de Salud es ya un hecho, y la gestión por procesos describiéndolos y analizándolos es una oportunidad para la creación del espacio sociosanitario, con todo su entramado de definición de usuarios, servicios y recursos”. El

Plan delimitó los perfiles de las personas a las que se dirige la atención sociosanitaria:

“La atención sociosanitaria se presta, esencialmente, sobre aquellos colectivos que combinan la presencia de enfermedad con diversas situaciones de dependencia y un mayor o menor grado de carencias sociales. Se deberán identificar una serie de situaciones o perfiles de personas, donde la necesidad de atención sociosanitaria es más frecuente. Para no llevar a equívoco, conviene señalar que continuarán existiendo personas con perfiles similares y que no se incluirían en el espacio sociosanitario: personas con enfermedad crónica pluripatológica no dependientes o pacientes oncológicos con apoyo social adecuado. Así mismo, habrá personas con necesidades sociales cuya enfermedad crónica no juega un papel determinante a la hora de precisar atención sociosanitaria”.

Iniciativas programáticas

A pesar de que Galicia arrancaba este periodo con estos antecedentes programáticos, y particularmente con el entonces reciente Plan Marco de Atención Sociosanitaria de Galicia, a fecha de hoy el grado de desarrollo del Plan Marco es una incógnita. La aparente pérdida de importancia de estas cuestiones en la agenda política regional lo secunda la ausencia de mención a la atención integrada en la Estrategia SERGAS 2020, publicada en 2016.

Sin embargo, Galicia ha destacado en particular por los avances en el uso de las TICs aplicadas a cuidados, y en especial en que la información global compartida electrónicamente sea la palanca de transformación. Bajo el paraguas del Plan TRABE de modernización tecnológica, se han puesto en marcha proyectos como la generación de una historia social única (HSUE) que nace integrada con la tarjeta sanitaria y anticipa la construcción de la futura

Historia Sociosanitaria; herramientas para la gestión del paciente en su entorno; o el programa “Conecta72. Conectados para Coidarte”.

Es interesante que la Estrategia Gallega para la Atención a Personas en Situación de Cronicidad de 2018 sí refiere a que “la Atención a las y a los pacientes con condiciones crónicas, -generalmente, pero no siempre, personas de edad-, hace precisa la puesta en marcha de nuevas dinámicas de trabajo que favorezcan una atención sociosanitaria integral, con una visión global de las personas y una perspectiva temporal amplia. Dicha atención debe prestarse por parte de equipos interdisciplinares, formados por profesionales de los servicios sanitarios y sociales, y con la participación activa de la familia y del paciente pero también de su entorno más inmediato (...) Por ello se hace necesario desarrollar un enfoque integrador, tanto de los niveles asistenciales como de aquellos otros actores (servicios sociales, salud pública o el tercer sector) implicados en el cuidado de los diferentes aspectos de la salud”⁵⁸.

EXPECTATIVAS DE AVANCE

Desde el OMIS, esperamos que la Estrategia Gallega para la Atención a Personas en Situación de Cronicidad sea uno de los motores de avance del enfoque de atención integrada sociosanitaria en Galicia, que ayude a retomar y a desarrollar en plenitud las líneas del Plan Marco de Atención Sociosanitaria de Galicia. Nos parece particularmente importante que las innovaciones tecnológicas vengán supeditadas y en apoyo de un modelo de atención sólido, que las ha de preceder y orientar.

2.13 Madrid, Comunidad



Antecedentes

Madrid no ha llegado a elaborar un marco, estrategia o plan de atención integrada intersectorial. Los antecedentes los encontramos en el ámbito de la salud mental. Así, destaca el trabajo por coordinar la red de salud mental con la red pública de atención social a personas con enfermedad mental grave de la Consejería de Familia y Asuntos Sociales.

Más recientemente, la orientación de la Comunidad de Madrid hacia lo sociosanitario ha venido de la mano del desarrollo de la *Estrategia de Atención a Pacientes con Enfermedades Crónicas*, formulada en 2013 y puesta en marcha durante este periodo. La línea de Ejecución 7 de la Estrategia se dedica al “desarrollo de elementos para potenciar la coordinación sociosanitaria”. Durante todo este tiempo, se ha implantado extensivamente en hospitales y centros de salud el proceso asistencial integrado del paciente crónico complejo (PAIPCC) y se están formulando procesos asistenciales integrados para las patologías de mayor impacto priorizadas en la *Estrategia de Atención a Pacientes con Enfermedades Crónicas*.

Iniciativas programáticas

Durante 2016 se trabajó en la elaboración del borrador de la *Ruta Sociosanitaria. Estrategia de Coordinación y Atención Sociosanitaria en la Comunidad de Madrid 2017-2021* que, sin embargo, no llegó a prosperar. Las líneas y programas de intervención que se definían en esta Ruta Sociosanitaria “alcanzan a los centros, servicios y unidades tanto sociales como sanitarios... así como a los profesionales de ambos ámbitos encargados de facilitar asistencia a las personas que presentan necesidades de atención sanitarias y sociales y ocupan plazas en centros de titularidad pública, tanto de gestión directa como indirecta. Así mismo, se contemplaba extender las intervenciones a aquellos centros que tengan sus plazas concertadas con la red pública de atención social”. Entre las medidas que se contemplaban en la Ruta Sociosanitaria de Madrid destacamos las siguientes:

- Establecimiento de medidas de financiación dirigidas a fomentar la puesta en marcha de los programas que favorezcan la atención integral eficiente, la coordinación y la valoración conjunta de las necesidades sociosanitarias de las personas.
- Establecimiento de financiación conjunta para la provisión de servicios dentro del llama-

do espacio sociosanitario, que serán afrontados por ambos sectores.

- Optimización de costes a través de fórmulas que aseguren un aumento de la eficiencia en los servicios para obtener una mayor cobertura con una misma dotación presupuestaria persiguiendo la racionalización y contención del crecimiento del gasto.
- Delimitación de las responsabilidades económicas de cada sector en su dotación presupuestaria para la prestación de servicios.

Con más éxito, en este periodo se han desarrollado las actuaciones lideradas por la Subdirección General de Continuidad Asistencial, con la implantación del Proceso Asistencial Integrado del Paciente Crónico Complejo y el Proceso Asistencial Integrado del Paciente con EPOC, en todos los ámbitos asistenciales del Servicio Madrileño de Salud (Atención Primaria, Atención Hospitalaria y Summa 112) y los aspectos de humanización en la asistencia (enmarcados en el *Plan Estratégico de Humanización de la Asistencia Sanitaria de la Subdirección General de Humanización*). Ambos temas son convergentes con el paradigma más amplio de la atención integrada.

Las referencias a la necesidad de coordinarse intersectorialmente han seguido apareciendo en diferentes declaraciones programáticas. Así, la *Estrategia de Atención a las Personas Mayores de la Comunidad de Madrid 2017-2021*, elaborada en 2017 por la Dirección General de Atención a la dependencia y al Mayor de la Consejería de Políticas Sociales y Familia

establece la mejora de la coordinación sociosanitaria en el ámbito de la atención a la dependencia y al mayor como una línea estratégica, con un objetivo explícito de “desarrollar un itinerario prestacional sociosanitario”. De igual forma, el *Plan Estratégico de Salud Mental de la Comunidad de Madrid 2018-2020* (2018) plantea como reto el “desarrollo completo de la ruta sociosanitaria en salud mental”.

Finalmente, la *Estrategia Madrileña de Atención a Personas con Discapacidad 2018-2022* (2018) establece como línea estratégica la de “implantar gradualmente procesos de intervención que garanticen la atención sociosanitaria a aquellas personas que requieran de una atención sanitaria y social simultánea”:

“entre los principios que rigen la protección de la salud de las personas con discapacidad, contemplados en el Texto Refundido, se encuentra la atención específica a las necesidades de las personas con discapacidad; la coordinación de la atención de carácter social y de carácter sanitario, de forma efectiva y eficiente, dirigida a las personas con problemas de salud que tienen necesidad simultánea o sucesiva de ambos sistemas de atención y la promoción de las medidas necesarias para favorecer el acceso de las personas con discapacidad a los servicios sanitarios en condiciones de igualdad con el resto de ciudadanos. Estos principios encuentran su reflejo y desarrollo en la legislación general y sectorial sanitaria, así como en los distintos planes y programas dirigidos específicamente a la protección de la salud de las personas con discapacidad” (p.132-133).

EXPECTATIVAS DE AVANCE

El momento creado por la Estrategia de Atención a las Personas Mayores de la Comunidad de Madrid 2017-2021 y especialmente por el Plan Estratégico de Salud Mental de la Comunidad de Madrid 2018-2020 es, sin duda, una oportunidad para retomar las iniciativas que existían, incorporar las necesarias contribuciones y adoptar un sólido abordaje intersectorial.

Desde el OMIS recomendamos retomar el esfuerzo de elaboración de una Estrategia de Coordinación y Atención Sociosanitaria, aunque quizá no con el fin de diseñar un marco nuevo sino con la intención expresa de ordenar y alinear las diferentes iniciativas sectoriales bajo un mismo paradigma de atención: entre otras, la Estrategia de Atención a Pacientes con Enfermedades Crónicas en la Comunidad de Madrid, la Estrategia de Atención a las Personas Mayores, el Plan Estratégico de Salud Mental, el Plan Estratégico de Humanización de la Asistencia Sanitaria y la Estrategia Madrileña de Atención a Personas con Discapacidad. El reto por tanto sería buscar elementos y herramientas transversales a las diferentes situaciones de adversidad, actuaciones sinérgicas y dinámicas de cambio sistémico.

2.14 Murcia, Región de



Antecedentes

En 2006, la Consejería de Trabajo y Política Social publicó el *Plan de Acción Social para las Personas Mayores de la Región de Murcia 2005-2007*, cuya área de actuación 6 se titulaba “Coordinación Sociosanitaria” y fijaba el objetivo de crear una Comisión de Trabajo entre las Consejerías de Sanidad y Trabajo y Política Social que abordara la coordinación entre los servicios sociales y los de atención sanitaria. Además incluía tres medidas: “hacer coincidir la distribución territorial de los recursos especializados del sistema de servicios sociales con las áreas de salud”; “diseño de un sistema que coordine la información que se genera desde los sistemas de servicios sociales y de salud”; “diseño y desarrollo de experiencias de coordinación sociosanitaria en ámbitos territoriales concretos”.

De esta forma, la Comisión Regional de Coordinación Sociosanitaria se creó por la Orden de 2 de marzo de 2006, de las Consejerías de Sanidad y de Trabajo y Política Social. A su vez, se realizó el esfuerzo de proyectar una zonificación sociosanitaria coincidente, aunque parece que esta medida no progresó más allá del diseño. Y en 2012 se realizó un proyecto piloto en el Área de Salud IX-Vega Alta del Segura un modelo de coordinación sociosanitaria.

La *Estrategia para la Atención a la Cróni-*

dad en Murcia 2013-2015, publicada en 2013, dedicaba también una línea estratégica a la “Integración de recursos sociosanitarios”, que recogía medidas como las que ya proponía en 2006 el *Plan de Acción Social para las Personas Mayores*. Así, se hablaba de: “potenciar una estructura de coordinación socio-sanitaria cuya función fundamental sea promover acciones dirigidas a alinear objetivos comunes, disminución de trámites burocráticos y facilitar la accesibilidad a los distintos recursos sociales y sanitarios que precise el paciente crónico” (objetivo 58); “facilitar la comunicación e intercambio de información entre los trabajadores sociales del SMS, IMAS, Ayuntamientos etc. y el establecimiento de unos circuitos socio-sanitarios ágiles, con interrelación entre sus diferentes recursos” (Objetivo 59); “disponer de un mapa de recursos socio-sanitarios para cada área” (Objetivo 65); “definir y desarrollar el modelo de atención socio-sanitaria que puede incluir una persona de enlace integrada en el equipo y unas directrices claras de cómo proceder en caso de necesitar recursos adicionales a los habituales” (Objetivo 66); “desarrollar estrategias comunes y protocolos de actuación socio-sanitarios ante los problemas más prevalentes de la comunidad de la mano de equipos multidisciplinares, de los que deben formar parte activa los pacientes/ciudadanos” (Objetivo 67).

Iniciativas programáticas

Al igual que en otras comunidades autónomas, el mayor impulso pro-atención integrada en Murcia se ha producido en el ámbito de la salud mental, y en particular en la búsqueda de modelos de atención sociosanitaria para personas con trastorno mental grave. Desde 2013 se llevan desarrollando Encuentros Sociosanitarios para la mejora de la atención a personas con trastorno mental grave y/o drogodependencia (TMG-D), en distintas áreas de salud, siendo el primero en Lorca, posteriormente Cartagena (2015), Yecla (2016), Caravaca (2016) y Murcia (2017).

Murcia ha formulado un interesantísimo Protocolo de Coordinación Sociosanitaria en la atención a personas con trastorno mental grave y/o drogodependencia⁵⁹, bajo el siguiente principio de actuación: “la coordinación sociosanitaria se convierte en una obligación política y asistencial para los ciudadanos y ciudadanas de la Región de Murcia en el momento actual. El espacio natural y operativo de la coordinación sociosanitaria, aparte lógicamente del institucional, que debe marcar las directrices, es el ámbito comunitario y local, en el cual deben coordinarse los profesionales de ambos sis-

temas: el personal de medicina y enfermería tanto de atención primaria (AP) como especializada, así como los profesionales de los servicios sociales de la CARM y de las Entidades Locales”. Establece las siguientes estructuras de prestación de servicios y coordinación: el Equipo Base de TMG-D como unidad técnica de coordinación para la atención de las personas con TMG-D; y la Comisión de Coordinación de TMG-D del Área de Salud como instrumento técnico de dirección, adscrito a cada Gerencia de Área.

En 2014, se formuló el Plan Sociosanitario de la Región de Murcia, que recoge el modelo de atención que se venía pilotando en el Área de Salud IX-Vega Alta del Segura desde 2012, y que pivotaba sobre la existencia de una Unidad de Gestión, Evaluación y Valoración (UGEV) que recibe y gestiona las solicitudes enviadas desde atención primaria, atención hospitalaria, salud mental y servicios sociales para su potencial inclusión como paciente sociosanitario. La UGEV tramita el caso para su valoración por el equipo de valoración de área de salud (EVA) y con ese informe de valoración, se le asigna el recurso más idóneo y se le realiza el seguimiento.

EXPECTATIVAS DE AVANCE

Murcia tiene la experiencia de haber formulado, y eventualmente implementado, medidas concretas de avance, como el caso de las estructuras de coordinación, los mapas sociosanitarios, los espacios de encuentro para profesionales e incluso una experiencia de proyecto piloto.

Desde el OMIS creemos importante recoger y documentar todas estas experiencias murcianas que conforman su historia sociosanitaria y explorar su alineamiento con las iniciativas en salud mental para catalizar la transformación en el resto de sectores. Para ello, un buen comienzo sería la elaboración de un nuevo Plan Sociosanitario de la Región de Murcia que recogiera esta tradición e innovación.

2.15 Navarra, Comunidad Foral de



Antecedentes

La comunidad autónoma de Navarra fue una de las pioneras en España con la formulación en 2000 de su *Plan Foral de Atención Sociosanitaria de Navarra*, que establecía el modelo de atención sociosanitaria, identificaba los recursos (y realizaba una propuesta de reordenación), la cartera de servicios, incluía programas específicos (de gestión de altas hospitalarias, de atención a personas con trastorno mental grave, de apoyo a las personas cuidadoras) y establecía instrumentos de coordinación (Comisión Técnica y de Seguimiento del Plan; Coordinador-a de Atención Socio-sanitaria de Navarra; Núcleo de coordinación de la Atención Socio-sanitaria de salud mental; Núcleo de coordinación de la Atención Socio-sanitaria de Zona Básica). El Plan recibió el apoyo político con la aprobación por acuerdo de Gobierno de Navarra del 27 de junio de 2000.

Una década después, tanto el *Plan Estratégico de Salud Mental de Navarra 2012-2016* (2012) como la *Estrategia Navarra de Atención Integrada a Pacientes Crónicos y Pluripatológicos* (2013) mantenían el abordaje intersectorial, con una línea estratégica en cada documento dedicada a la coordinación intra-institucional e inter-institucional.

Iniciativas programáticas

En octubre de 2014 se inicia el despliegue de la *Estrategia Navarra de Atención Integrada a Pacientes Crónicos y Pluripatológicos* en cinco Zonas Básicas de Salud (ZBS) de Navarra, junto a la red de Salud Mental correspondiente a estas cinco ZBS (San Juan, Tafalla, Ultzama, Estella y Tudela Oeste) y los tres hospitales públicos (Complejo Hospitalario de Navarra, Hospital García Orcoyen y Hospital Reina Sofía). Al año de la implantación se realizó una evaluación del impacto poblacional de la estrategia, que constató buenos resultados y se decidió continuar con la implantación en el 100% de las ZBS de Navarra.

En 2018, se ha publicado la *Evaluación de la Estrategia Navarra de Atención Integrada a Pacientes Crónicos y Pluripatológicos a los dos años de implantación*⁶⁰ donde se constata que “la integración social y sanitaria, y dentro de la sanitaria la integración entre niveles asistenciales mediante herramientas innovadoras y cambios organizativos y culturales, facilita que profesionales, pacientes y personas cuidadoras utilicen de una manera más adecuada los recursos sanitarios y obtengan una mayor satisfacción”.

En la *Estrategia de Envejecimiento activo y saludable de Navarra 2017-2022* (2017) se hace una llamada a los sistemas sanitario y social a “adecuar sus modelos de atención para cambiar la actual prestación de servicios (más individual, por procesos, reactiva y fragmentada) hacia un enfoque de atención proactivo e integrado que posibilite la continuidad de cuidados”. Para lo cual, se lanza una línea de actuación orientada al “diseño de protocolos y sistemas de información compartida entre Atención Primaria de Servicios Sociales y Salud, y desarrollo de acciones preventivas y de detección conjunta”.

Y el *III Plan de Salud Mental 2019-2023* des-

glosa objetivos de mejora de la coordinación con Educación, con Justicia, la creación de una Comisión Interinstitucional para la Prevención de Conductas Suicidas que lidere iniciativas y propuestas de mejora, así como la ampliación de la oferta de recursos sociales y sociosanitarios para personas con trastorno mental grave.

Finalmente, hay que mencionar la *Estrategia de Humanización del Sistema Sanitario Público de Navarra* elaborada por el Departamento de Salud en 2018 que incluye como una línea de acción prioritaria la definición de “protocolos de actuación en situaciones de riesgo social con coordinación de acción sociosanitaria”⁶¹.

EXPECTATIVAS DE AVANCE

La comunidad autónoma de Navarra ha venido llevando a cabo iniciativas interesantes, pero que, sin embargo, no han tenido la visibilidad debida, siendo poco conocidas tanto a nivel local como nacional. Destacamos, por ejemplo, que está implantando con éxito el instrumento de valoración sociosanitaria InterRAI-CA en el territorio foral, que consideramos una de las herramientas con mayor capacidad de transformación sistémica.

Desde el OMIS, sugerimos a la comunidad autónoma de Navarra revisar el punto en el que se encuentran las diferentes medidas impulsadas en su día por el Plan Foral de Atención Sociosanitaria de Navarra de 2000 y construir desde las fortalezas de su modelo, que muy posiblemente necesita ser reconsiderado al calor de los avances e iniciativas recientes. Recomendamos asimismo esforzarse por dar a conocer y difundir las experiencias, tanto en el seno de la propia comunidad autónoma para ir consiguiendo transformar las propias culturas organizativas, como a nivel nacional (e internacional).

2.16 País Vasco



Antecedentes

Desde los años 90, en Euskadi, se ha venido buscando y promoviendo el acuerdo entre instituciones como pieza clave para hacer efectiva la atención sociosanitaria en toda su extensión mediante la implantación de un sólido marco normativo⁶². Así, cristalizaron acuerdos en cada territorio histórico: en 1996 en Guipúzcoa; y en 1998 en Vizcaya; y en Álava. En 2003 se firmó un convenio de colaboración global entre el Gobierno Vasco, las Diputaciones Forales de Álava, Vizcaya y Guipúzcoa, y la Asociación de Municipios Vascos (EUEDEL), para el desarrollo de la Atención Sociosanitaria en la Comunidad Autónoma del País Vasco, constituyéndose el Consejo Vasco de Atención Sociosanitaria, con la finalidad de orientar y seguir las decisiones políticas, normativas, económicas, organizativas y asistenciales en materia de coordinación sociosanitaria.

Uno de los primeros frutos del Consejo Vasco fue la elaboración del *Plan Estratégico para el Desarrollo de la Atención Sociosanitaria en el País Vasco 2005-2008*, presentado en 2005, que tenía como metas el definir el modelo de atención sociosanitaria de la comunidad autónoma del País Vasco y fijar los grandes objetivos a conseguir para la consolidación de dicho modelo. El Plan rechazaba ampliamente la conformación de un “tercer espacio sociosanitario, con una red diferente y externa a la sanitaria y social”: “las entidades y organismos públicos de la CAPV implicados en el tema propugnamos el enfoque de no integración formal de los sistemas, de manera que existan las dos redes actuales pero funcionando coordinadamente bajo

el principio de integración funcional de ambas en su aportación a la atención sociosanitaria. Integración funcional de los recursos sí, integración formal, orgánica, no”. Además, incluía medidas muy innovadoras (para entonces y todavía para ahora), como, por ejemplo, “valorar y formar tanto a los cuidadores formales como informales ya que sobre ellos descansa básicamente la calidad del servicio”, o incluso “fomentar la creación de un instrumento para la financiación de la atención sociosanitaria pública, como puede ser un seguro de dependencia”.

Esta dinámica coincide en el tiempo con la transformación del sistema de salud vasco hacia el abordaje crónico, con el lanzamiento en julio del 2010 de la *Estrategia para Afrontar el Reto de la Cronicidad en Euskadi*. Uno de los 14 proyectos estratégicos que planteaba la Estrategia era la “colaboración sociosanitaria” (Proyecto Estratégico 9) e incluía 3 objetivos estratégicos:

- Desarrollar los servicios sociosanitarios, potenciando la coordinación sociosanitaria a nivel de Atención Primaria mediante equipos interdisciplinarios, como garantía de una atención integrada en el continuo asistencial, contemplando el domicilio como principal proveedor de cuidados, así como impulsando y homogeneizando el desarrollo de recursos sociosanitarios en los tres Territorios Históricos.
- Mejorar los sistemas y estructuras de coordi-

nación del espacio sociosanitario, impulsando la existencia de un marco normativo común que concrete los catálogos de prestaciones sociales y sanitarias, además de elaborar un nuevo modelo de convenio para la financiación de servicios de carácter sociosanitario.

- Mejorar la gestión del sistema para una mejora de la atención de las personas, mediante la formación y sensibilización de todos los implicados en la coordinación sociosanitaria, además de la implantación de un sistema de información compartida.

En la misma dirección se orientó la *Estrategia en Salud Mental de la CAPV (2010)* con la Línea Estratégica 5 dedicada a la “coordinación inter e intrainstitucional”.

Posteriormente, en 2013, los Departamentos de Empleo y Políticas Sociales y el de Salud avanzaron en la orientación de sus actuaciones hacia una coordinación transversal e intersectorial con el resto de Departamentos del Gobierno y con las Diputaciones Forales y los Ayuntamientos, fijando como objetivos prioritarios de legislatura las líneas de acción que derivan de dicha coordinación. Fruto de este compromiso nacen las *Líneas Estratégicas de Atención Sociosanitaria de Euskadi 2013-2016*. Desarrollada por el Consejo Vasco de Atención Sociosanitaria, éstas recogen los objetivos estratégicos y líneas de acción centrados en la ciudadanía y se suponen una respuesta a las necesidades sociosanitarias individuales y colectivas. Son varios los resultados de las Líneas Estratégicas durante el periodo cubierto⁶³, entre los que destacan el diseño y elaboración de un portal sociosanitario así como de un mapa de recursos sociosanitarios⁶⁴, la creación de las comisiones sociosanitarias, la implantación del instrumento de valoración sociosanitaria interRAI-CA⁶⁵ en los

centros de salud y servicios sociales de base de 70 municipios vascos (como “embrión” de la historia sociosanitaria).

Otros documentos a referenciar en esta trayectoria en País Vasco lo son por diferentes motivos. Las *Líneas Estratégicas del Departamento de Salud 2013-2016* y las *Líneas Estratégicas y Planes de Acción de Osakidetza 2013-2016*, ambos documentos de 2013, pivotan sobre el concepto de atención integrada. Por ejemplo, la sección 3.2 de las Líneas Estratégicas del Departamento de Salud 2013-2016 se titula “Respuesta integrada a nuevos retos: vejez, cronicidad y dependencia”. Respecto a la coordinación intersectorial con los servicios de bienestar social, concreta las siguientes medidas: definición de metas y objetivos comunes; impulso a la interrelación y colaboración entre los profesionales de ambos sectores, avanzando en una cartera de servicios y recursos compartida; redacción y desarrollo de un Plan de Comunicación Sociosanitario; formalización de acuerdos entre los sectores sanitario y social, con el objetivo de compartir e integrar la información necesaria; desarrollar un modelo de gobierno integrador, a través del Consejo Vasco y los consejos territoriales de Atención Sociosanitaria, y de las comisiones que éstos desplieguen; y buscar fórmulas de acuerdo y financiación colaborativa que contribuyan a este desarrollo.

A su vez, el Objetivo 2.7 de las *Líneas Estratégicas y Planes de Acción de Osakidetza 2013-2016*, pretende potenciar la coordinación con las áreas de bienestar social mediante acciones tales como: la puesta en marcha de equipos de atención primaria sociosanitaria (EAPSS) con alta capacidad de resolución; implementando una escala de valoración sociosanitaria como lenguaje común de conexión entre los agentes que operan en la comunidad, que esté integrada en la historia clínica; desarrollando servicios sanitarios de media estancia/subagudos y recursos sociosanitarios, homogeneizando el acceso a los mismos; etc.

Iniciativas programáticas

Como aportaciones programáticas, la *Estrategia Vasca de Envejecimiento Activo 2015-2020* comenzaba recordando que “queda pendiente mejorar una verdadera coordinación entre los servicios sociales y sanitarios, para garantizar acciones preventivas eficaces. Aunque existen “mesas socio-sanitarias” y haya buenas relaciones entre ambos ámbitos, se destaca falta de abordajes conjuntos y, sobre todo, de mayor consideración y participación por parte del ámbito sanitario”. Sin embargo, la *Estrategia* no brilló por aportar medidas específicas para conseguirlo.

Más interesante ha sido el *IV Plan Vasco de Inclusión 2017-2021*. Euskadi, territorio inclusivo que estableció varias metas para conseguir la “coordinación y articulación interinstitucional”: desarrollar planes específicos de actuación en comarcas y municipios desfavorecidos y fomentar el trabajo en red a nivel territorial; desarrollar herramientas de coordinación inter-sistemas a nivel de barrio, municipio o comarca y favorecer la dimensión comunitaria de los procesos de intervención; promover la coordinación de los agentes en los procesos de intervención individual; generar un marco común de intervención en el ámbito de la inclusión social que articule la práctica profesional en torno a los principios de atención centrada en la persona, individualización, activación inclusiva y calidad de vida; desarrollar un modelo de atención sociosanitario efectivo, coordinado y sostenible, centrado en la persona como protagonista de su proyecto vital.

En el sector sanitario, se ha seguido consolidando la integración organizativa con la extensión a toda Euskadi del modelo organizativo de Organizaciones Sociosanitarias Integradas (OSI) que agrupan diferentes organizaciones asistenciales (hospital comarcal junto con sus centros de salud de referencia) en una única organización sanitaria integrada que asume la gestión de la prestación de servicios asistenciales en un determinado territorio. Así, pro-

gresivamente, se ha ido conformando la implantación en el conjunto de Euskadi de las OSI, cuyo despliegue total está ya culminado y regulado bajo el *Decreto 100/2018, de 3 de julio, de las organizaciones sanitarias integradas del ente público Osakidetza-Servicio Vasco de Salud*. El decreto regula los diferentes órganos de dirección con los que deben dotarse las OSIs (estableciendo una Dirección de Atención Integrada en aquellas más grandes) y sus órganos de participación (el Consejo Clínico Asistencial, el Consejo Social y la Comisión Sociosanitaria).

A medida que se iba completando esta etapa cuyo foco se había puesto sobre la integración eminentemente estructural, se han dado pasos hacia aspectos de transformación de la cultura organizativa, con el objeto de crear espacios de colaboración entre profesionales (plataforma *Integrasarea*⁶⁶, encuentros colaborativos, etc.).

Un documento conceptualmente muy rico es el *Plan de Atención Integrada en Euskadi*, elaborado en 2015 por Osakidetza y por el Instituto Vasco de Innovación Sanitaria O+berri, que pretendió “orientar el despliegue de la integración estructural de las organizaciones de atención primaria y organizaciones hospitalarias para facilitar un proyecto colectivo de cambio de modelo de relación entre los profesionales que intervienen en el proceso asistencial para mejorar la atención a los pacientes”.

Pues bien, el *Plan de Atención Integrada en Euskadi* opta por una definición “corporativa” de atención integrada⁶⁷, especifica las dimensiones de la integración (asistencial, clínica, funcional, normativa y sistémica) y explicita los ejes sobre los que ha de pivotar cualquier enfoque de atención integrada: la perspectiva poblacional; la cultura de la integración, compartiendo valores y objetivos; la gobernanza

integrada entre los agentes que planifican, gestionan y proveen los servicios.

A fecha de redacción de este informe OMIS, uno de los proyectos más relevantes impulsado desde Osakidetza es la promoción de rutas asistenciales como palancas de integración asistencial, a la par que se consolida la integración organizativa. El concepto de ruta asistencial es una de las novedades conceptuales más interesantes en España y tiene notas distintivas del movimiento de guías de práctica clínica o de procesos asistenciales integrados. Así, los elementos de consenso y acuerdo entre los profesionales de los niveles asistenciales que participan en la atención, con extensión “interdisciplinar” y no solo multidisciplinar, la inclusión también de la población afectada de un problema de salud y sus allegados en la definición de la ruta, son algunas de las características más definitorias del concepto de ruta asistencial.

En los Retos y Proyectos Estratégicos de Osakidetza 2017-2020, publicados en diciembre de 2017, el desarrollo corporativo de rutas asistenciales es una de las acciones para “seguir avanzando en la búsqueda de sinergias entre

profesionales y con diferentes organizaciones, para garantizar la coordinación y continuidad de cuidados del paciente”. Haciéndose eco de ello, desde el Servicio de Integración Asistencial y Cronicidad (SIAC) de Osakidetza, con amplia participación de profesionales de diferentes instituciones vascas y con el asesoramiento de New Health Foundation, se ha venido trabajando durante 2018 en la elaboración de un *Documento Corporativo para el Diseño e Implementación de las Rutas Asistenciales* en Osakidetza, para consensuar la definición corporativa de ruta asistencial, identificar los elementos que “dotan (a las rutas) de fuerza transformadora” y “ayudar tanto a los gestores como a los propios profesionales a la hora de tomar decisiones en el diseño, implementación y evaluación de las diferentes rutas tanto corporativas como locales que se vayan poniendo en práctica en Osakidetza”.

En 2018, desde el Consejo Vasco de Atención Sociosanitaria se formularon las *Prioridades Estratégicas de Atención Sociosanitaria. Euskadi 2017-2020* que recordaban que la atención integrada es “como la culminación de un complejo abanico de influencias y procesos (a nivel de sistema, de organizaciones, funcional, profesional, etc.) que ocurren simultáneamente a diferentes niveles a lo largo del tiempo”.

EXPECTATIVAS DE AVANCE

El momento actual en Euskadi es ilusionante, tanto por las apuestas programáticas descritas en esta sección como por las diferentes iniciativas que se están poniendo en marcha en las diferentes OSIs o a nivel de la comunidad autónoma.

Desde el OMIS, alentamos a la comunidad autónoma del País Vasco a seguir avanzando y consolidando estas experiencias, que son una fuente de inspiración y conocimiento para el resto, y que necesitan ser evaluados y sus resultados conocidos. Es importante continuar alineando los objetivos y actuaciones sinérgicas de las diferentes instituciones intervinientes, en particular el Consejo Vasco de Atención Sociosanitaria y Osakidetza.

2.17 Rioja, La



Antecedentes

La comunidad autónoma de la Rioja no ha llegado a elaborar un marco, estrategia o plan de atención integrada intersectorial. Sin embargo, bien pronto creó, por Decreto 47/1996 de 30 de agosto, la Comisión Interinstitucional de Bienestar Social, como órgano de cooperación y coordinación entre las distintas Consejerías del Gobierno de la Rioja, adscrita a la Consejería de Políticas Sociales, Familia, Igualdad y Justicia⁶⁸. En 2004, el Decreto 24/2004, de 16 de abril, creó los centros sociosanitarios de convalecencia, gratuitos y dependientes de la Consejería de Salud, para atender el tránsito del paciente hospitalizado en recuperación de un proceso agudo y con falta de autonomía potencialmente recuperable a estos centros de media estancia (tiempo máximo de estancia de 90 días).

Entre 2005 y 2010 se publicaron diferentes planes sectoriales (discapacidad, mayores, violencia de género), donde más que un abordaje intersectorial, lo que se explicita es qué le corresponde a cada sector. Por ejemplo, el *II Plan Integral de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia: Personas Mayores 2007-2010* atribuía al sector salud la responsabilidad de “dar respuesta desde el sistema sanitario a las necesidades sanitarias de las personas mayores”. Pero no encontramos un enfoque especialmente integrado, ni se ha avanzado en propuestas de creación de equipos integrados,

protocolos conjuntos o estructuras de coordinación. Y el *III Plan Integral de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia: Personas con Discapacidad 2007-2010* organiza los objetivos y medidas por áreas: de servicios sociales, de salud, de transporte, de juventud, de empleo, etc., sin que exista una sección intersectorial común.

Iniciativas programáticas

La *Estrategia de Atención al Paciente Crónico de la Rioja*, de 2014, formula un objetivo general muy prometedor: “mejorar los resultados en salud y en calidad de vida de las personas con enfermedades crónicas a través de una atención integral ajustada al nivel de necesidades de cuidados y en coordinación con los servicios sociales, en un entorno de sostenibilidad”. Queda el desarrollo de las líneas estratégicas y de sus objetivos concretos. Tan solo el Objetivo Específico 2.3 avanza en la atención integrada diciendo “informar sobre los apoyos sociales y recursos disponibles para prevenir el impacto negativo sobre la salud y el bienestar en las personas cuidadoras”.

Lo mismo ocurre con el *III Plan Estratégico de Salud Mental de la Rioja. 2016-2020*, que comienza:

“Las personas que padecen un trastorno mental grave y persistente presentan una compleja problemática que no se reduce a la sintomatología psicopatológica, sino que además conllevan un grado variable de discapacidad, dependencia y disfunción social que dificultan o impiden el desarrollo de sus capacidades funcionales en relación a aspectos básicos de la vida diaria. Muchas de estas personas presentan discapacidades psicosociales que se expresan en dificultades en su autonomía personal y social, en sus relaciones interpersonales, en su integración laboral, pérdida de la red social de apoyo y están en mayor riesgo de encontrarse en situaciones de desventaja social, sin perder de vista los problemas de tensión y sobrecarga que sufren sus familiares y cuidadores. Por ello su adecuada atención integral exige la actuación coordinada y complementaria entre el sistema sanitario de servicios de

salud mental y el sistema de servicios sociales, especialmente del sistema de atención a las personas con discapacidad y dependencia”.

El Plan dedica una línea estratégica a la “coordinación interinstitucional y con asociaciones de pacientes y familiares”, en la que describe una lista de “recomendaciones”, aunque sin formar parte de un modelo global de atención.

De forma similar, el recientísimo Plan de Cuidados Paliativos de La Rioja (2018)⁶⁹ contempla, dentro del Objetivo 2, la siguiente acción de carácter genérico: “avanzar en el área de Salud de La Rioja, entre los procesos asistenciales y sociales en la continuidad de cuidados, con el soporte informático y de coordinación con la Consejería de Política Social y Servicios Sociales”.

EXPECTATIVAS DE AVANCE

El debate sociosanitario está centrado actualmente en la cuestión de la creación de unidades de atención sociosanitaria públicas en residencias para personas mayores, como establece el nuevo anteproyecto de Decreto del Gobierno de La Rioja.

Además de la generación de recursos sociosanitarios, desde el OMIS animamos a la Comunidad Autónoma de La Rioja a avanzar en la generación de estructuras y mecanismos de coordinación, mediante el impulso político y el consenso interdepartamental. Creemos que la elaboración de un plan conjunto de atención integrada sociosanitaria para La Rioja sería una buena oportunidad para generar esas dinámicas de articulación de consensos.

Análisis General

A modo de resumen, la TABLA 1 al final de esta sección recoge las diferentes estrategias y planes sociosanitarios elaborados por las distintas comunidades autónomas.

En términos generales, se podrían agrupar las comunidades autónomas en **tres grandes grupos**, según el grado de avance hacia modelos de atención integrada durante el periodo de tiempo considerado en este informe:

- **CCAA con un mayor desarrollo programático e instrumental: Andalucía, Castilla y León, Cataluña, Navarra, País Vasco.**
- **CCAA actualmente con desarrollos programáticos y en grado de avance de carácter instrumental: Asturias, Islas Baleares, Comunidad Valenciana, Extremadura, Galicia, Madrid.**
- **CCAA que requieren de un impulso programático e instrumental: Aragón, Canarias, Cantabria, Castilla-La Mancha, Murcia, La Rioja.**

El movimiento regional contrasta, sin embargo, con la ausencia de iniciativas y propuestas a nivel nacional. Si bien el Libro Blanco de la Coordinación Sociosanitaria en España del Ministerio de Sanidad en 2011 marcó un antes y un después, ha faltado impulso posterior: el borrador del Documento Base para una Atención Integral Sociosanitaria, elaborado en 2015, avanzó hasta discutirse incluso con las comunidades autónomas, pero no llegó a ver la luz. El documento se enfocaba a cinco grandes temas: el perfil de la persona a atender, el catálogo de servicios, requisitos básicos comunes, instrumentos de coordinación y sistemas de información compartida.

TABLA 1. PLANES SOCIOSANITARIOS POR COMUNIDAD AUTÓNOMA

CCCAA	TÍTULO DEL PLAN	PUBLICACIÓN
Andalucía	---	---
Aragón	---	---
Asturias, Principado de	Propuesta de Acciones Sociosanitarias. Documento Técnico (Consejería de Sanidad) Plan Sociosanitario del Principado de Asturias 2018-2021	2013 2018
Baleares, Islas	Plan de Acciones Sanitarias en el ámbito Sociosanitario del Servicio de Salud 2010-2014.	2010
Canarias	Plan Integral Sociosanitario de Canarias	2002
Cantabria	---	---
Castilla y León	I Plan Sociosanitario de Castilla y León II Plan Sociosanitario de Castilla y León	1998 2003
Castilla la Mancha	Estrategia 20/20 de Salud y Bienestar Social. El modelo de CastillaLa-Mancha. Compromiso de Futuro	2011
Cataluña	Plan de Acción Sociosanitaria Plan Director Sociosanitario Plan interdepartamental de atención e interacción social y sanitaria (PIAISS)	2000 2007 2014
Comunidad Valenciana	---	---
Extremadura	Plan Marco de Atención Socio-sanitaria de Extremadura (2005-2010)	2006
Galicia	Programa de Atención Sociosanitaria (PASOS) Plan Marco de Atención Sociosanitaria de Galicia	1999 2013
Madrid, Comunidad de	---	---
Murcia, Región de	Plan Sociosanitario de la Región de Murcia	2014
Navarra, Comunidad Foral de	Plan Foral de Atención Sociosanitaria de Navarra	2001
País Vasco	Plan Estratégico para el Desarrollo de la Atención Socio-sanitaria en el País Vasco. 2005-2008.	2005
	Líneas Estratégicas Atención Sociosanitaria Euskadi 2013-2016/Prioridades Estratégicas de Atención Socio-sanitaria. Euskadi 2017-2020	2013/18
Rioja, la	---	---

Fuente: elaboración propia.



Bien están los buenos pensamientos, pero resultan tan livianos como burbujas de jabón si no los sigue el esfuerzo.

Jovellanos

3.

**Experiencias
de Atención
Integrada
registradas en el
OMIS 2014/19**

Entre abril de 2014, fecha del lanzamiento del OMIS y marzo de 2019, fecha de cierre de este informe, se registraron en el Observatorio un total de 73 experiencias de atención integrada. En la TABLA 2 se recogen las experiencias por comunidades autónomas y año de registro:

TABLA 2. EXPERIENCIAS REGISTRADAS EN EL OMIS ENTRE 2014-2019 Y POR COMUNIDAD AUTÓNOMA

CCAA	2014	2015	2016	2017	2018/19	TOTAL
Andalucía		7	1	3		11
Aragón		1				1
Asturias, Principado de	1				2	3
Baleares, Islas	1					1
Canarias						0
Cantabria						0
Castilla y León	1	1	1	2		5
Castilla - La Mancha	1					1
Cataluña	1	7	8	1		17
Comunidad Valenciana	1				1	2
Extremadura			2		2	4
Galicia						0
Madrid, Comunidad de	2	1	4			7
Murcia, Región de						0
Navarra, Comunidad Foral de						0
País Vasco	11	2	3	4	1	21
Rioja, La						0
TOTAL	19	19	19	10	6	73

2014

Tal y como muestra la TABLA 3, en 2014, se registraron 19 experiencias de integración de la atención social y sanitaria en el OMIS, que incluían desde guías clínicas y protocolos asistenciales acordados conjuntamente (PAINNE), equipos de evaluación de casos y figuras responsables de la gestión de casos (Etxean Ondo), circuitos de atención (RESC), consejos o comisiones de coordinación (experiencia de Uribe), sistemas de estratificación de pacientes (Cataluña) o plataformas tecnológicas para la gestión (GASS; TELBIL+T; IN3CA).

El País Vasco era ya entonces la comunidad autónoma con mayor número de experiencias y donde la atención integrada había avanzado más en cuanto al grado o “intensidad” y el número de categorías sobre las que se interviene. La voluntad política se percibe al observar el origen institucional de muchas de sus experiencias.

TABLA 3. EXPERIENCIAS REGISTRADAS EN EL OMIS EN 2014

NOMBRE DE LA EXPERIENCIA	CCAA
Programa de atención integral a personas con Acondroplasia	Asturias
Programa RESC para pacientes EPOC	Baleares
Atención Integral al nuevo lesionado medular y/o su familia	Castilla-La Mancha
GASS: plataforma tecnológica para la gestión del trabajo de equipos de coordinación de base	Castilla y León
Estratificación del riesgo poblacional en pacientes crónicos	Cataluña
Formación sociosanitaria en hospitales para familiares de afectados por daño cerebral. Escuela de Familias	Madrid
Red de buenas prácticas. Modelo y Ambiente	Madrid
Etxean Ondo Residencias. Modelo de atención centrado en la persona en centro gerontológico	País Vasco
Vivir con voz propia	País Vasco
Etxean Ondo Domicilio y Entornos	País Vasco
Servicio de Atención integral en el domicilio (SAID)	País Vasco
Coordinación sociosanitaria en la atención al daño cerebral sobrevenido	País Vasco
Atención sociosanitaria dirigida a personas mayores en su entorno habitual de residencia. Comarca Uribe	País Vasco
Proceso de Atención Integrada a niños y niñas con necesidades especiales (PAINNE)	País Vasco
Envejecer de forma activa y saludable. Lasarte-Oria	País Vasco
TELBIL+T	País Vasco
Grupo Funcional de Cuidados Paliativos	País Vasco
OSI Red Salud Mental Bizkaia	País Vasco
Adsum+. Inclusive Introduction of Integrated Care (IN3CA)	Comunidad Valenciana

Programa de Atención Integral a personas con acondroplasia

TEMA	CATEGORÍA	ORGANIZACIÓN	LUGAR	INICIO
Discapacidad	Servicios	Fundación Alpe Acondroplasia	Gijón (Asturias)	2000

La Fundación ALPE ACONDROPLASIA se formó en el año 2000 para proporcionar atención, seguimiento y evaluación de las personas con acondroplasia y sus familias, desde una perspectiva global. La Fundación no solo pretende solucionar problemas de salud, desarrollo físico, psíquico sino también la creación de un marco legal y social que facilite el desarrollo de los objetivos anteriormente citados, la promoción de programas de investigación, métodos de prevención, diagnóstico y tratamiento de la acondroplasia, la integración social y la concienciación de la sociedad del respeto debido a los acondroplásicos. El Programa de Atención Integral es un programa de medicina alternativa enfocado a diversos aspectos como la alimentación, la fisioterapia o rehabilitación y el desarrollo psíquico para niños con acondroplasia.

- Se mantiene contacto con la mayoría de los Pediatras que hacen el seguimiento en sus Centros de Salud de estos niños, así como con los médicos que aplican la ozonoterapia fuera de Asturias.
- El tratamiento que se sigue en ALPE, siempre desde una perspectiva global, se basa en diferentes técnicas homeopáticas: organoterapia, oligoterapia, homeopatía, terapia ortomolecular y elixires florales.
- Es gratuito y lo desarrollan en Gijón la Fundación ALPE para la Acondroplasia y la Clínica de Medicina Bionérgica NT.
- Se facilita atención telefónica personalizada y por correo electrónico a todas las familias.
- Se realiza una constante búsqueda de información y asistencia a eventos en los que se pueda encontrar actualizaciones en el tratamiento de los niños y/o que permitan iniciar una línea de investigación que mejore su desarrollo.

DESTACAMOS:

- ★ Coordinación con los pediatras de atención primaria.
- ★ Apoyo integral a la familia.

ELEMENTOS PRINCIPALES

Programa de continuidad asistencial para enfermos respiratorios crónicos (RESC)

TEMA	CATEGORÍA	ORGANIZACIÓN	LUGAR	INICIO
Cronicidad o Cuidados de Larga Duración	Gestión y Administración; Servicios	Unidad de respiratorio	Bunyola (Mallorca)	2002

El Programa RESC es un programa de continuidad asistencial de base hospitalaria realizado en el Hospital Joan March, que recibe pacientes respiratorios avanzados desde los hospitales de agudos de Mallorca.

ELEMENTOS PRINCIPALES

El programa RESC establece un circuito formalizado de derivación para garantizar la continuidad asistencial de pacientes respiratorios crónicos. Los pacientes respiratorios avanzados desde los hospitales de agudos de Mallorca son previamente evaluados por los equipos de soporte hospitalarios (UVASS). Al incluir el paciente en el programa RESC se realiza una evaluación integral.

- El programa ofrece la rehabilitación pulmonar ambulatoria en grupos, accesibilidad telefónica a través de la enfermera de enlace o gestora de casos, y la coordinación entre los distintos niveles asistenciales y atención en el domicilio a través del equipo de soporte domiciliario (ESAD-Respiratorio).
- La Unidad de Respiratorio del Hospital Joan March dispone de 26 camas de hospitalización de media estancia, para convalecencia y rehabilitación y área de consultas externas.
- En el periodo terminal de la enfermedad, se procura atender las necesidades del paciente y su entorno desde la óptica de los programas de cuidados paliativos.

- Desde el inicio del programa, en 2002, se han realizado evaluaciones de varias de las áreas, constatando mejoras significativas en:

- Las 4 áreas de dependencia y calidad de vida respiratoria (SGRQ) tras aplicación de plan de cuidados.
- El manejo de dispositivos terapéuticos, cumplimiento, calidad de vida específica y reducción de hospitalizaciones, gracias a la enfermería de enlace.
- En pacientes con EPOC grave y muy grave con la aplicación del programa de rehabilitación respiratoria ambulatoria.

DESTACAMOS:

★ Se consiguió reducir la estancia media hospitalaria de los pacientes en programa en un 60% durante los dos primeros años de experiencia: de 3,18 a 1,26 días.

Atención Integral al Nuevo Lesionado Medular y/o su familia

TEMA	CATEGORÍA	ORGANIZACIÓN	LUGAR	INICIO
Promoción de la Salud y Autonomía Personal	Servicios	Federación Nacional ASPAYM (Asociación de Lesionados Medulares y Grandes Discapacitados Físicos)	Hospital Nacional de Paraplégicos, Toledo (Castilla-La Mancha)	2007

El programa “Atención Integral al Nuevo Lesionado Medular y/o sus familias” busca intervenir integralmente en las necesidades del recién afectado por una lesión medular, junto con su familia, desde el propio centro hospitalario y posteriormente, en su nueva situación en el entorno habitual.

- El proyecto está coordinado por la Federación Nacional ASPAYM, y ejecutado por sus asociaciones integrantes; colaborando diversos hospitales y centros especializados para el tratamiento de la lesión medular del territorio español.
- Se desarrolla principalmente, durante dos etapas de gran importancia para el lesionado medular y sus familiares y/o allegados: el periodo hospitalario y el post-hospitalario.
- Se pretende que la persona disfrute de una vida lo más autónoma posible, evitando de este modo la excesiva dependencia de terceras personas, siempre valorando su nivel de lesión y capacidades.
- La continuidad de este proyecto en la fase post-hospitalaria, ha permitido la inclusión del apoyo psicosocial, que supone un elemento clave en la adaptación a la nueva situación.

ELEMENTOS
PRINCIPALES

DESTACAMOS:

- ★ La figura del voluntario lesionado medular veterano de ASPAYM, que acompañará al nuevo lesionado medular y sus familias en este periodo tan importante de cambio y en colaboración con el equipo de trabajo social del hospital de referencia y/o unidad especializada de tratamiento de la lesión medular.

Plataforma tecnológica para la gestión de equipos de coordinación de base (GASS)

TEMA	CATEGORÍA	ORGANIZACIÓN	LUGAR	INICIO
Promoción de la Salud y Autonomía Personal	Sistemas de Información y Nuevas Tecnologías; Cambios Organizativos	Dirección General de Asistencia Sanitaria de la Junta de Castilla y León	Valladolid (Castilla y León)	2011

GASS es un Sistema de Información que da soporte a la gestión de la actividad sociosanitaria de toda la comunidad autónoma. Busca facilitar la atención sociosanitaria de todos los actores implicados en la misma: el Servicio de Asistencia Psiquiátrica y Coordinación Sociosanitaria de la Gerencia Regional de Salud, Las Comisiones de Coordinación Sociosanitaria de ámbito provincial y los Equipos de Coordinación de Base que actúan en las zonas básicas. Esta herramienta permite la atención integral individual de las personas con problemas de salud y problemas sociales que precisan una intervención conjunta de los profesionales de los servicios sociales y sanitarios, pero también permite la intervención familiar y con grupos, así como el registro de actividades que se realizan con las asociaciones de pacientes y familiares.

El sistema se construyó siguiendo los estándares corporativos de la Junta de Castilla y León y la Consejería de Sanidad, mediante la metodología Métrica V3 de Gestión de Proyectos que garantiza la calidad técnica y está estructurado en varios módulos:

- Gestión de perfiles de usuarios.
- Actas de las reuniones de los profesionales
- Atención a personas con problemas de salud y sociales.
- Guía de Gestión Compartida para el estudio de casos con especial complejidad.
- Post-it para ayuda y recordatorio de tareas.
- Módulo de explotación de datos.
- Es un sistema de información abierto y parametrizable que constituye una potente herramienta de trabajo para la gestión de la

actividad sociosanitaria, según unos perfiles definidos.

- El GASS controla el acceso a la información para cumplir la Ley Orgánica de Protección de Datos y la normativa de acceso a la historia clínica electrónica.
- Su diseño intuitivo y funcional, facilita la detección de los problemas sociosanitarios, su análisis, la adecuación de la carga de trabajo profesional y una evaluación continua de las actividades, a la vez que es una herramienta de ayuda para la prevención de la dependencia y la detección precoz de nuevas situaciones de necesidad.

DESTACAMOS:

- ★ Integrado en el sistema de información de Atención Primaria de Castilla y León (Medora 4).

ELEMENTOS PRINCIPALES

Estratificación del riesgo poblacional en pacientes crónicos de Badalona

TEMA	CATEGORÍA	ORGANIZACIÓN	LUGAR	INICIO
Cronicidad o Cuidados de Larga Duración	Gestión y Administración de Recursos y Servicios; Servicios; Sistemas de Información y Nuevas Tecnologías	Badalona Serveis Assistencials, S.A.	Badalona (Cataluña)	2011 FIN 2012

Badalona Servicios Asistenciales (BSA) ha puesto en marcha un modelo de estratificación de los pacientes que contribuye a mejorar la atención a las personas con enfermedades crónicas. Esta experiencia cuenta además con una aplicación web que, en tiempo real, sirve de ayuda a la decisión de los profesionales en la selección de pacientes adultos con enfermedades crónicas.

- La utilización de este sistema de clasificación facilita la optimización de los recursos y el desarrollo de las estrategias de intervención más adecuadas para cada uno de los niveles establecidos. La aplicación web permite conocer el riesgo cardiovascular, la complejidad y la fragilidad que presenta un paciente, un grupo o a la población en general, posibilitando una atención más próxima, individualizada y una optimización de resultados que debe convertirse en una mejora de la calidad de vida de estos enfermos.
- El proyecto se vincula al programa Innovando en el Tratamiento de la Hipertensión Aumentando el Cumplimiento y la Adherencia (ITHACA), patrocinado por Novartis Farmacéutica. El programa ITHACA junto con la plataforma de estratificación del paciente crónico, son dos de las iniciativas que contempla el modelo de atención a la cronicidad que defiende BSA.
- Se avanza hacia una asistencia basada en potenciar la vida activa y la autonomía de la

persona enferma, con una visión global e integradora de la asistencia primaria y hospitalaria, reforzando la visión preventiva con la incorporación del entorno familiar y social de la persona enferma y evaluando los resultados en salud mediante el uso de indicadores de calidad asistencial. El objetivo no es evitar que el enfermo vaya a Urgencias, sino evitar que lo necesite.

ELEMENTOS PRINCIPALES

DESTACAMOS:

- ★ *Diseño de una aplicación web que, en tiempo real, sirve de ayuda a la decisión de los profesionales en la selección de pacientes adultos con enfermedades crónicas. Partiendo de la historia clínica informatizada, cada profesional puede consultar con registros agregados y simples la información disponible, que comprende unas 40 variables de 90.000 pacientes.*

Formación sociosanitaria en hospitales para familiares de afectados por daño cerebral. Escuela de Familias

TEMA	CATEGORÍA	ORGANIZACIÓN	LUGAR	INICIO
Promoción de la salud y autonomía personal	Servicios	Fundación DACER	San Sebastián de los Reyes (Madrid)	2011

La Escuela de Familias es una iniciativa puesta en marcha por la Fundación DACER en donde se ofrece a familiares de afectados de daño cerebral adquiridos hospitalizados en las unidades de ictus, neurología o neurocirugía, una formación especializada y herramientas eficaces que durante el periodo de readaptación ayuden a manejar a la persona y estimularle de forma precoz, global e intensiva.

ELEMENTOS PRINCIPALES

- La Escuela de Familias ofrece un modelo de atención unificado al afectado de daño cerebral -que incluye a la familia, personal de enfermería, auxiliares de clínica y celadores- y contribuye a la estimulación continua y temprana del paciente, favorece un buen clima familiar, disminuye la percepción de carga del cuidador principal y reduce las complicaciones médicas al alta hospitalaria.
- Se lleva a cabo con el personal sanitario y no sanitario del centro hospitalario.
- Se desarrolla semanalmente una escuela para familiares de personas con daño cerebral en el hospital, en la que se enseñan los aspectos prácticos y concretos de la estimulación de su familiar y el manejo diario en relación a dificultades tales como problemas de movimiento, cognitivos, conductuales, respiratorios, de comunicación o de deglución.
- Como apoyo a la escuela de familias, se ha desarrollado una guía completa de descarga gratuita que sirve de soporte documental a familiares y en donde se expone, con un lenguaje sencillo e imágenes, una serie de pautas que se pueden llevar a cabo desde el hospital y posteriormente en casa, que permitirá estimular a su familiar con seguridad.

DESTACAMOS:

★ *Papel activo del familiar como agente implicado en la recuperación del paciente. La familia se convierte en una fuente de estimulación precoz, intensiva y global y recibe formación por un equipo multidisciplinar (fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, logopeda y neuropsicólogo).*

Red de Buenas Prácticas Modelo y Ambiente

TEMA	CATEGORÍA	ORGANIZACIÓN	LUGAR	INICIO
Promoción de la salud y autonomía personal	Formación de profesionales y Liderazgo	Fundación Pilares para la Autonomía Personal	España	2012

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.).

- El modelo de Atención Integral y Centrada en la Persona (AICP) de la Fundación Pilares coloca en el centro a las personas, porque se diseña con su participación efectiva y/o la de su familia, respetando sus deseos y preferencias, fomentando el ejercicio de su autonomía y aspirando a que continúen con sus proyectos vitales sin que la necesidad de apoyos suponga la renuncia a los mismos. Este modelo de atención requiere la utilización de una metodología también innovadora en los servicios sociales, como es la gestión de casos.
 - Se considera Buena Práctica a toda aquella actuación innovadora, sistematizada y documentada que aplica formas de intervención coherentes con el modelo AICP.
 - La Red construye una comunidad de aprendizaje y extensión del modelo AICP, a través de la cooperación de profesionales y entidades que están apostando por su desarrollo.
- Sus objetivos son:
 - Reconocer y poner en valor BBPP orientadas a desarrollar las diferentes dimensiones del modelo, impulsando su avance y perfeccionamiento y promoviendo nuevas iniciativas adaptadas a cada ámbito de actuación.
 - Favorecer el aprendizaje, contacto, intercambio y cooperación entre entidades, profesionales, asociaciones y resto de agentes que intervienen.

DESTACAMOS:

- ★ Creación de una comunidad de aprendizaje entre profesionales.

ELEMENTOS
PRINCIPALES

ETXEAN ONDO Residencias

TEMA	CATEGORÍA	ORGANIZACIÓN	LUGAR	INICIO
Personas Mayores; Discapacidad	Servicios	Fundación Matia Instituto Gerontológico	San Sebastián (País Vasco)	2011

El proyecto Etxean Ondo Residencias busca que las personas mayores, con discapacidad o dependencia reciban unos cuidados centrados en las propias necesidades de los pacientes y su entorno que les aseguren una buena calidad de vida y autonomía personal. Etxean Ondo Residencias, es una práctica desarrollada como proyecto piloto en 8 unidades de 3 centros gerontológicos del País Vasco, centrada en cubrir las necesidades de las personas y hacer que se sientan como en casa durante su permanencia en las unidades convivenciales y centros de día. El Proyecto está basado en una adaptación de los entornos, en este caso centros gerontológicos, unidades de convivencia y centros de día, de acuerdo con las preferencias de los residentes en relación con la vida cotidiana y basándose en el modelo de atención integral centrado en la persona (AICP).

ELEMENTOS PRINCIPALES

Durante el desarrollo del proyecto se han realizado cambios en los entornos físicos (procurando ofrecer ambientes más domésticos y hogareños, cuidando en general la creación de un ambiente cuidado y agradable), aspectos organizativos (ajustando el funcionamiento de cada unidad de convivencia a las preferencias de las personas residentes y el desarrollo de actividades de vida cotidiana). Se han desarrollado diversas acciones formativas con el fin de dotar a las auxiliares de competencias para la promoción de la independencia y la autonomía personal.

Se hace imprescindible el desarrollo de procedimientos organizativos que faciliten:

- El flujo de información entre auxiliares cuidadores y técnicos del área social y sanitaria.
- La adquisición de competencias por parte de las auxiliares para gestionar (solas o junto con el Equipo interdisciplinar) las necesidades de salud y/o bienestar de los residentes.

- La toma de decisiones integrada (auxiliares referentes y equipos técnicos).
- El flujo de información entre auxiliares cuidadores y técnicos del área social y sanitaria.

DESTACAMOS:

★ *Coordinación interprofesional, para superar la estricta relación jerárquica y avanzar en el conocimiento, comprensión y delegación de tareas entre los profesionales.*

Vivir con voz propia

TEMA	CATEGORÍA	ORGANIZACIÓN	LUGAR	INICIO
Promoción de la Autonomía Personal; Cuidados Paliativos; Discapacidad; Personas Mayores	Servicios	Agruparte-proyectos	Vitoria (País Vasco)	2013

El Servicio integral de la autonomía personal “Vivir con Voz Propia” se entiende como un servicio especializado psico-sociosanitario que busca promover un itinerario vital completo e individualizado, que con los apoyos precisos, fomente la vida autónoma y plenamente comunitaria, dando a la persona participación y capacidad de decisión en todo el proceso, fortaleciendo sus recursos personales y contando con su entorno vital cercano (familia, amigos, comunidad). Vivir con voz propia está dirigido a personas mayores, personas con daño cerebral, atención de cuidados paliativos y/o personas dependientes.

- El Servicio integral de la autonomía personal Vivir con Voz Propia pretende desarrollar en sus beneficiarios un itinerario vital completo, plenamente comunitario que asegure la activación personal y social.
- Valoración y evaluación individualizada, en relación al itinerario de Promoción de la Autonomía Personal, teniendo en cuenta una programación centrada en la persona y en la historia de vida.
- Asesoramiento y apoyo a las familias, tutores, cuidadores, auxiliares de ayuda a domicilio, estableciendo un contacto permanente.
- Programas de estimulación en aquellos aspectos específicos en función de cada dependencia y de la necesidad de cada individuo: sociosanitario, audición y lenguaje –logopedia–, estimulación cognitiva, fisioterapia, del movimiento o dinámica corporal.
- Fomento de la participación en programas de integración social y comunitaria y en programas de ocio y tiempo libre utilizando los recursos de la comunidad.

ELEMENTOS
PRINCIPALES

DESTACAMOS:

- ★ No existe un tiempo límite de permanencia en dicho servicio y en cada una de sus etapas, sino que responde a las necesidades y características de cada persona que se incorpore a este proceso
- ★ El seguimiento personalizado de la persona favoreciendo su desarrollo sociosanitario y psíquico integral así como el apoyo a familiares y cuidadores.

ETXEAN ONDO Domicilios y Entornos

TEMA	CATEGORÍA	ORGANIZACIÓN	LUGAR	INICIO
Personas Mayores; Discapacidad	Servicios	Fundación Matia Instituto Gerontológico	San Sebastián (País Vasco)	2014

El proyecto Etxean Ondo– Domicilios y Entornos busca construir y aplicar un modelo de atención integral y centrada en la persona (AICP) a quienes por su situación de fragilidad, discapacidad o dependencia precisan de apoyos, atención profesional y de ayudas de otras personas para seguir viviendo en su hogar y desarrollando su propio proyecto de vida. Se trata de un proyecto piloto de atención domiciliaria integral, en el que se evalúan distintas fórmulas para determinar con qué servicios y con qué modelo de intervención se garantiza la permanencia de las personas mayores en su domicilio habitual en las mejores condiciones para su calidad de vida, lo mismo que su plena participación e inclusión social comunitaria.

ELEMENTOS PRINCIPALES

- Aplicación del método de gestión de casos, que se realiza por parte de las trabajadoras sociales municipales (profesionales de referencia) las cuales perciben este enfoque como un salto cualitativo al que otorgan alta valoración, tanto en lo que se refiere a la mejora de su cualificación profesional, como, sobre todo, a la alta eficacia de su intervención con esta metodología.
- En cuanto a la coordinación socioasistencial entre las gestoras de casos y las enfermeras de los equipos sanitarios, la valoración es de gran enriquecimiento mutuo y alta eficacia y eficiencia en las intervenciones coordinadas.
- A nivel asistencial, disponibilidad de varias herramientas para realizar una evaluación comprehensiva de las necesidades de la persona y del cuidador; el Plan de Atención y Vida que personaliza los servicios que ha de recibir; y las intervenciones para adaptar la vivienda.
- Los dos principales objetivos que se buscan son:
 - Promover que las personas mayores y con discapacidad con necesidad de apoyos y atención vivan en sus domicilios o en centros, y sus familias cuidadoras los reciban de manera integral, coordinada y continuada y en las mejores condiciones para su bienestar y calidad de vida, procurando su mayor grado de independencia y su autonomía personal.
 - Generar conocimiento sobre la eficacia y eficiencia del modelo aplicado, que integra la coordinación entre niveles y sectores, especialmente socioasistenciales, la generación de nuevos servicios de proximidad, el apoyo a cuidadores y otros profesionales, la teleasistencia avanzada, los productos de apoyo y la accesibilidad.

DESTACAMOS:

- ★ *El cambio del concepto en la atención socioasistencial al organizar ésta según las necesidades y decisiones de la persona (modelo de Atención Integral Centrada en la Persona).*

Servicio de Atención Integral en el Domicilio

TEMA	CATEGORÍA	ORGANIZACIÓN	LUGAR	INICIO
Personas Mayores	Servicios	Fundación Matia	San Sebastián (País Vasco)	2013

Servicio de Atención Integral en el Domicilio (SAID) para satisfacer la demanda existente de personas mayores que desean envejecer en su domicilio cuando necesitan ayuda, contando con los apoyos necesarios para ello.

La necesidad de poner en marcha este servicio surge ante la necesidad de apoyo de las familias o personas ante un cambio de su estado de salud y ante la escasez de servicios no cubiertos por la red sociosanitaria comunitaria. En ocasiones responde a la necesidad de garantizar la continuidad de cuidados al alta de pacientes de centros hospitalarios.

- Aplica los principios del modelo de atención centrado en la persona.
- El SAID permite el trabajo en red entre diferentes agentes: servicios sociales de base, atención primaria, centro de salud mental, consultas de especialistas, asociaciones, centros sociales de recursos para personas mayores o discapacitadas.
- La metodología de la gestión de casos facilita la permanencia en el hogar a las personas que necesitan ayuda. Asimismo, permite, con un apoyo de baja intensidad, que la persona pueda seguir dirigiendo su propia vida.
- La gestora del caso, con el consentimiento de la persona usuaria y/o su familia, ejerce un papel de coordinación y enlace entre los dife-

rentes niveles asistenciales consiguiendo una mayor eficacia en la utilización de recursos comunitarios (muchas veces totalmente desconocidos para la persona mayor y su entorno) y hace de puente entre sistemas sanitario y social.

ELEMENTOS
PRINCIPALES

DESTACAMOS:

- ★ *Eficacia de la asistencia personal para las personas mayores y personas con discapacidad. Es una respuesta profesional que promueve la autonomía de las personas.*

Coordinación sociosanitaria en la atención al daño cerebral sobrevenido

TEMA	CATEGORÍA	ORGANIZACIÓN	LUGAR	INICIO
Promoción de la salud y autonomía personal	Servicios	Fundación Casaverde	España	2013

Programa para la promoción de la autonomía personal y la integración social de las personas con discapacidad derivada del daño cerebral sobrevenido (DCS) que se ha puesto en marcha en la Unidad de Reinserción de los Centros de Rehabilitación Física y Neurológica Casaverde.

ELEMENTOS PRINCIPALES

- La Unidad de Sub-agudos de los Centros de Rehabilitación Física y Neurológica Casaverde se dirige a aquellas personas que han alcanzado una situación estable y han sido dadas de alta en el hospital. En dicha unidad, pueden proseguir con un tratamiento intensivo y rehabilitador dentro del Sistema Sanitario. Con un coste muy inferior al hospitalario, la Unidad de Sub-agudos ofrece un tratamiento adecuado a este tipo de pacientes, logrando que mediante una atención temprana y un tratamiento intensivo e interdisciplinar, alcancen en el menor tiempo posible la mayor recuperación esperable de sus déficits y su posterior reinserción evitando entrar en dependencias crónicas.
- En la Unidad de Reinserción de los Centros de Rehabilitación Física y Neurológica Casaverde se desarrolla el Programa para la promoción de la autonomía personal y la integración social de las personas con discapacidad derivada del Daño Cerebral Sobrevenido. Esta unidad está destinada a personas que ya han superado la fase sub-aguda y que se puedan beneficiar de una continuación del tratamiento de rehabilitación centrado en la potenciación de las habilidades residuales y la compensación de los déficits. La intervención no solamente se realiza con el usuario, sino también se interviene con la familia, por considerarla un pilar fundamental en la rehabilitación. El paso de una unidad a otra viene marcado por unos criterios de derivación bien definidos y el criterio profesional del equipo multidisciplinar.
- La coexistencia de la unidad de Sub-agudos y la unidad de reinserción en el Centro de Rehabilitación Neurológica Casaverde, permite al paciente, "sin moverse de la cama", pasar de una unidad asistencial a otra sin mayor preocupación que la de su rehabilitación. De esta manera se realiza un cambio muy significativo en la dinámica asistencial, evitando que sea el paciente y su familia los que tengan que vagar por las distintas administraciones, siendo las administraciones las que se acercan para ponerse al servicio de las necesidades de las personas.

DESTACAMOS:

- ★ *La continuidad asistencial se favorece al disponer de la unidad de Sub-agudos y la unidad de reinserción en el mismo centro de Rehabilitación Neurológica.*

Atención sociosanitaria dirigida a personas mayores en su entorno habitual de residencia. Comarca de Uribe

TEMA	CATEGORÍA	ORGANIZACIÓN	LUGAR	INICIO
Personas Mayores	Gestión y Administración de Recursos y Servicios; Cambios Organizativos; Servicios; Formación de Profesionales y Liderazgo	Comarca Uribe de Atención Primaria. Osakidetza	Getxo, Vizcaya (País Vasco)	2013

Dentro de la Comarca de Uribe se ha creado un entorno que promueve la colaboración sociosanitaria en la asistencia a las personas mayores con problemas de salud o problemas funcionales y/o riesgo de exclusión social. El sistema está ajustado al principio de continuidad asistencial y basado en las necesidades que cada sector identifica respecto al otro para poder ofrecer una mejora en la atención de los pacientes.

- El programa comenzó identificando los recursos locales sanitarios y sociales, el tipo de servicios y los destinatarios de los mismos, para elaborar un mapa de recursos. En esta primera fase, fue crucial identificar las necesidades que plantean los agentes del ámbito social respecto al sanitario y viceversa.
- Tras esto, se organizó un Grupo de Trabajo Rector con agentes sociales y sanitarios en el que están representadas las distintas entidades y/o instituciones implicadas en la atención integrada sociosanitaria.
- Se elaboraron protocolos para abordar actividades de prevención de la dependencia y de promoción de la autonomía y se diseñaron intervenciones conjuntas de los casos detectados favoreciendo el mantenimiento de su entorno habitual de residencia y la continuidad de cuidados entre domicilio y centro residencial.
- De este proceso creador surgieron propuestas para la organización de nuevas estructuras de atención integrada sociosanitaria: los

equipos de atención primaria sociosanitaria (EAPSS).

- El proceso de implantación de EAPSS es: (1) Fase de comunicación a todos los profesionales sanitarios y sociales; (2) Organización y promoción de EAPSS con reuniones periódicas de los profesionales sanitarios y sociales que lo conforman para facilitar la implantación y dinamizar la creación de los EAPSS. Se propone una representación del grupo rector, tanto sanitaria como social, que actúa como Grupo de apoyo de los EAPSS; (3) La metodología de la fase de implantación se apoya en un círculo de mejora continua PDCA; (4) El seguimiento de la implantación del protocolo lo realiza el Grupo Rector de colaboración sociosanitaria.

ELEMENTOS PRINCIPALES

DESTACAMOS:

- ★ Creación de Equipos de Atención Primaria Sociosanitaria.

Proceso de Atención Integrada a Niños y Niñas con Necesidades Especiales (PAINNE)

TEMA	CATEGORÍA	ORGANIZACIÓN	LUGAR	INICIO
Infancia	Gestión y Administración de Recursos y Servicios	Organización Sanitaria Integrada Bilbao-Basurto. Osakidetza/Servicio Vasco de Salud	Bilbao (País Vasco)	2013

Guía del Proceso de Atención Integrada a Niños y Niñas con Necesidades Especiales (PAINNE). A través de las recomendaciones de cinco grupos de trabajo multidisciplinares se han identificado un total de once conjuntos de actividades. Se han consensado los procedimientos de detección e intervención en todas aquellas circunstancias que pudieran afectar al óptimo desarrollo de los niños, con una atención preferente a los aspectos psicológicos, educativos y sociales. En todo momento se ha buscado la coordinación entre los planteamientos de los diferentes grupos con el objetivo de evitar omisiones y duplicidades, lo que ha sido facilitado por el equipo coordinador del proyecto.

ELEMENTOS PRINCIPALES

- Un grupo de profesionales de diferentes instituciones han utilizado la metodología de gestión por procesos para, partiendo de la identificación de las necesidades de las familias y los propios profesionales, llegar a acuerdos sobre los procedimientos a efectuar,
- El fin último es mejorar la eficacia y la eficiencia en la atención a estos niños y sus familias, y facilitarles además el tránsito entre los distintos niveles asistenciales del espacio sanitario (primaria, especializada, salud mental) y los espacios social y educativo.

DESTACAMOS:

★ Es una experiencia bottom-up, que demuestra como a través del consenso de los profesionales implicados, se pueden derribar barreras y llegar a acuerdos para ofertar realmente una atención integrada (sanitario-socio-educativa) a los niños y niñas con necesidades especiales.

Coordinación sociosanitaria en el municipio de Lasarte-Oria en torno a la promoción de la salud y prevención de la dependencia

TEMA	CATEGORÍA	ORGANIZACIÓN	LUGAR	INICIO
Promoción de la Salud y Autonomía Personal	Gestión y Administración de Recursos y Servicios; Formación de Profesionales y Liderazgo	Comarca Guipúzcoa de Atención Primaria. Osakidetza	San Sebastián (País Vasco)	2012

Envejecer y vivir en la comunidad aún en situaciones de dependencia, es la fórmula preferida por las personas mayores, por la población general y por los/las cuidadores/as familiares. Con el fin de promover la permanencia en los propios lugares de residencia, es imprescindible el impulso de iniciativas dirigidas a fomentar la autonomía de las personas en situación de dependencia o en riesgo de padecerla; desde las actuaciones preventivas hasta las que con un carácter más rehabilitador, favorezcan el mantenimiento en su entorno durante el mayor tiempo posible y en las mejores condiciones posibles. Para poder cumplir estos objetivos en Lasarte-Oria se ha diseñado un plan de actuación financiado por Etorbizi. En él han participado miembros del servicio sanitario local, siete técnicos de diferentes servicios municipales y también miembros del ámbito de la salud mental.

- Se puso en marcha un grupo interdisciplinar, interinstitucional y con representantes de la comunidad con el que vertebrar la actuación a nivel local de las intervenciones en salud comunitaria y atención sociosanitaria.
- Se realizó un análisis de las necesidades y los activos en salud aplicando una metodología participativa y se conocieron las barreras existentes y los elementos que facilitan la participación ciudadana.
- Con esta información, se diseñó el plan de acción que aborda proyectos y programas coordinados que fomentan el desarrollo de los tres pilares del envejecimiento activo: la salud, la participación y la seguridad.
- Un propósito que se perseguía con este proyecto es que una vez evaluado pudiera ser

adaptado a la realidad de otros municipios y desarrollar experiencias similares en la Comarca Guipúzcoa. Esto ya es una realidad, en el municipio de Lezo en febrero del 2014 se ha puesto en marcha el proyecto Envejecimiento Saludable, con los recursos propios de las entidades participantes. Se ha transferido la experiencia en diferentes foros profesionales y comunitarios.

DESTACAMOS:

- ★ *La participación activa y formalizada de agentes y metodología de ambos campos, previendo la mejora en la interrelación entre ellos ha puesto las mimbres para el desarrollo de un sistema local integrado de salud.*

ELEMENTOS
PRINCIPALES

TELBIL+T: Telemonitorización + Teleasistencia en pacientes crónicos

TEMA	CATEGORÍA	ORGANIZACIÓN	LUGAR	INICIO
Cronicidad o Cuidados de Larga Duración	Sistema de Información y Nuevas Tecnologías; Servicios	Etorbizi / Osakidetza. Osatek. betiOn. BIOEF	Bilbao (País Vasco)	2012

Protocolo de actuación coordinado para pacientes crónicos entre Atención Primaria, betiOn (la plataforma de teleasistencia gestionada por Osatek), Consejo Sanitario y el servicio de Urgencias del Hospital de Santa Marina que garantiza velar 24 horas al día los 365 días del año por los intereses del paciente sin sobrecargar a nivel asistencial a los profesionales, simplemente con una coordinación efectiva y aprovechando las sinergias de los diferentes agentes.

ELEMENTOS PRINCIPALES

- Se actúa sobre factores sociales para mantener y mejorar la salud, y además se hace de forma coordinada, para conseguir servicios eficientes, de calidad y definitivamente sostenibles.
- TELBIL+T es un equipo interdisciplinar que participa en los cuidados.
- La valoración de los pacientes que se incorporan a la telemonitorización es el resultado del trabajo conjunto de la trabajadora social de Teleasistencia, el equipo de enfermería del proyecto, y de los profesionales sanitarios del Centro de Salud y EGCA (enfermeras gestoras de competencias avanzadas).
- Esta corresponsabilidad de las decisiones se mantiene a lo largo del proceso de telemonitorización, gracias a la utilización de una plataforma de intercambio de información. Se ha incorporado la red de la telemonitorización de las trabajadoras sociales de Osakidetza, así como a los profesionales de referencia de Atención Hospitalaria, además de las enfermeras del Consejo Sanitario. El Centro de Atención de Teleasistencia (betiOn) desarrolla labores de aprovisionamiento, instalación, formación, mantenimiento y atención a usuarios.
- Contribución de los pacientes en su cuidado y activación del cuidador no profesional como un agente de ese cuidado. Se han observado dos perfiles de personas usuarias: (1) personas que son capaces de manera autónoma de llevar a cabo sus mediciones; (2) personas que presentan dependencia moderada-severa y que se apoyan en un cuidador para desarrollar las actividades de la vida diaria. En ambos casos la teleasistencia (telealarma y telemonitorización) supone un elemento de apoyo.

DESTACAMOS:

- ★ *Utilización de la plataforma del Servicio Público de Teleasistencia betiOn para el intercambio de información.*

Grupo Funcional de Cuidados Paliativos

TEMA	CATEGORÍA	ORGANIZACIÓN	LUGAR	INICIO
Cuidados Paliativos	Servicios	Osakidetza-Servicio Vasco de Salud. Comarca Sanitaria de Álava	Álava (País Vasco)	2012

El Grupo Funcional de Cuidados Paliativos (GFCP) es una iniciativa de coordinación de servicios de atención primaria y especializada para pacientes que precisan cuidados paliativos de la comarca sanitaria de Álava. El objetivo fundamental del grupo funcional es la mejora de la calidad de la atención prestada en la fase final de la vida, mediante el cumplimiento de los deseos los pacientes y sus familias. En pos de este objetivo se consigue mejorar la eficiencia del sistema sanitario al evitar intervenciones innecesarias, ingresos hospitalarios, repeticiones de pruebas diagnósticas, etc.

- El GFCP es una estructura de gestión que se ocupa: de la coordinación de altas del Hospital Universitario de Álava (HUA) a atención primaria, de las pruebas diagnósticas de atención primaria en HUA, así como de los ingresos de pacientes en el Hospital de Cuidados San Onofre.
- Semanalmente, los miembros del grupo funcional se reúnen e intercambian información sobre pacientes que están siendo atendidos en un nivel asistencial pero que dadas sus necesidades presentes o potenciales pueden requerir de otro nivel distinto.
- El GFCP se pone al servicio de los médicos de familia para la realización en hospital de pruebas diagnósticas, transfusiones, ingresos programados, etc. Para ello, se apoya en los sistemas de información de atención primaria y especializada de Osakidetza que se encuentran actualmente conectados.
- Se facilita así una atención verdaderamente orientada a lo que el enfermo y sus cuidadores precisan y desean, evitando agujeros asistenciales y el sufrimiento añadido de una atención descoordinada.
- El grupo comparte actividades formativas y genera iniciativas de difusión de los cuidados paliativos en la Provincia, incluidas propuestas de rotación de residentes con el GFCP.
- Poner al paciente en el centro de la atención facilita drásticamente el cumplimiento de sus deseos y evita intervenciones innecesarias. Esto conlleva además un importante ahorro económico que hace que los esfuerzos en este sentido sean totalmente sostenibles. Además la coordinación realizada desde la confianza en otro profesional no descansa sobre un protocolo o una guía sino sobre la búsqueda de la mejor opción para el enfermo y su familia.

ELEMENTOS
PRINCIPALES

DESTACAMOS:

- ★ *Apoyo que el GFCP ofrece a los médicos de Atención Primaria, estando a su disponibilidad telefónicamente, por correo electrónico o mensajería instantánea y acompañándoles en visitas conjuntas a nuevos pacientes.*

Red de Salud Mental de Bizkaia (RSMB)

TEMA	CATEGORÍA	ORGANIZACIÓN	LUGAR	INICIO
Salud Mental	Cambios Organizativos; Servicios; Financiación	Red Salud Mental Bizkaia. Osakidetza	Vizcaya (País Vasco)	2013

La Red de Salud Mental de Bizkaia (RSMB) es una Organización Sanitaria Integrada (OSI) que se responsabiliza de la atención integrada de salud mental de pacientes del territorio de Vizcaya en coordinación con los servicios sanitarios y sociales de otras instituciones, con el propósito de favorecer el desarrollo del modelo de atención comunitario.

ELEMENTOS PRINCIPALES

Los pilares que sustentan la integración organizativa y de servicios de la RSMB son: visión sistémica; enfoque de salud poblacional; énfasis en la coordinación de servicios (coordinación inter-organizacional e intra-organizacional); orientación a resultados; y continuidad de la atención y atención centrada en el paciente.

- La RSMB integra los servicios y dispositivos que hasta entonces configuraban las organizaciones de servicios del Hospital de Bermeo, Hospital de Zaldibar, Hospital de Zamudio y Salud Mental Extra-hospitalaria de Bizkaia y los recursos de 4 comarcas sanitarias (Margen Izquierda, Bilbao, Uribe e Interior), que incluyen 25 Centros de Salud Mental (CSM), 5 equipos de Tratamiento Asertivo Comunitario (TAC), 1 Centro Terapéutico Educativo y 1 Centro Terapéutico.

- La RSMB cuenta con una única gerencia para todos los dispositivos que se han integrado en la nueva organización, compartiendo el mismo contrato programa y política de recursos humanos común, con plena integración estructural y de procesos.

- A nivel asistencial, se persigue el aumento de la atención comunitaria y la consecuente reducción de largos periodos de hospitalizaciones en hospitales psiquiátricos, descenso en la frecuentación de urgencias y mejora de la accesibilidad a los servicios. Las alternativas a la hospitalización se concretan en Hospitales de Día, Equipos de Tratamiento Asertivo Comunitario ETAC (conformados por un equipo de enfermería psiquiátrica y trabajadores sociales) que acuden al domicilio del paciente.

DESTACAMOS:

★ Los logros principales han sido el cambio del modelo de financiación de la RSMB para acompañar la reconfiguración asistencial hacia un modelo comunitario, con una financiación con enfoque poblacional (5%); y la mejora de resultados intermedios de acceso y calidad, con bajada de % de reingresos en <30 días en hospitales de agudos.

Inclusive Introduction of Integrated Care (IN3CA)

TEMA	CATEGORÍA	ORGANIZACIÓN	LUGAR	INICIO
Crónicos o Cuidados de Larga Duración	Sistemas de Información y Nuevas Tecnologías	IDI Eikon, S.A.	Valencia (Comunidad Valenciana)	2013

IN3CA es un proyecto europeo liderado desde España que descansa en el despliegue de una solución tecnológica para el desarrollo, personalización, implantación y evaluación que permita hacer frente a los desafíos para la gestión de programas de atención al paciente crónico.

- El objetivo último de IN3CA es facilitar el acceso a una mejor atención socio sanitaria (a través de servicios digitales) permitiendo la integración de ambos sistemas cuando existe voluntad para ello.
- El control que IN3CA facilita, su carácter participativo y no excluyente y su facilidad de uso, permiten mejorar los resultados:
 - Para los pacientes y/o sus cuidadores: mayor y mejor información, una mayor concienciación a través de su educación e información, promoviendo el auto-cuidado y la prevención = mayor satisfacción.
 - Para los profesionales: posibilidad de intercambiar información, con independencia de qué sistemas se utilicen en la práctica diaria, entre quienes intervienen en la cadena de los cuidados a largo plazo (crónicos), apoyando a los pacientes (médicos, enfermeras, farmacias, laboratorios, servicios domiciliarios...).
- Las pruebas piloto se organizaron en entornos sociosanitarios de los socios con el fin de

demostrar los conceptos, aplicaciones, servicios, dispositivos y tecnologías, así como para recopilar información continua de los usuarios. 4 son los Estados Miembros que participaron en las pruebas piloto: Chipre, Croacia, España y Letonia y 5 los pilotos que se hicieron (en España, en la Comunidad Valenciana y en Murcia).

- La tecnología aplicada en IN3CA ha demostrado que la inclusión de las tecnologías de la información y comunicación orientadas a la prevención y a la gestión de la salud de forma proactiva pueden ayudar a mejorar la calidad de los servicios sanitarios y la salud de los pacientes.

ELEMENTOS PRINCIPALES

DESTACAMOS:

- ★ No duplica sistemas o plataformas pre-existentes (Historia Clínica, Programas de Crónicos, Portal del Paciente...).

2015

En 2015, se volvieron a registrar 19 experiencias en el OMIS. Como muestra la TABLA 4, las experiencias provienen, en su mayoría, de las comunidades autónomas de Cataluña y Andalucía, con un total de siete experiencias cada una. A estas les sigue el País Vasco, que registró un total de dos experiencias. En el caso de Cataluña, el Plan Interdepartamental de Atención e Interacción Social y Sanitaria (PIAISS) impulsó el surgimiento de un gran número de experiencias en atención integrada. Además, su alineamiento con el Programa Catalán de Atención y Prevención a la Cronicidad (2011-2014) ha aportado cierta homogeneidad en cuanto a la población diana a la que se dirigen los programas, en su mayor parte centrados en la atención al paciente crónico, donde la atención integrada cobra especial sentido y relevancia. En referencia a los elementos que entonces nos resultaron especialmente novedosos y que además apuntan a constituir una tendencia, destacamos; (1) la integración de los equipos de servicios sociales dentro del centro de atención primaria (casos de Sabadell y Castelldefels) y (2) la redefinición del rol del profesional farmacéutico en la localidad de El Boalo.

TABLA 4. EXPERIENCIAS REGISTRADAS EN EL OMIS EN 2015

NOMBRE DE LA EXPERIENCIA	CCAA
Atención integral a los pacientes con ELA	Andalucía
Fundación Cudeca; Cuidados Paliativos, Atención a Domicilio	Andalucía
Proyecto Alborada; Sistema de información de atención temprana	Andalucía
Atención integrada en demencias en el área de gestión sanitaria Sur de Sevilla	Andalucía
Control nutricional para la prevención de la fragilidad	Andalucía
Residencia de Mayores Cruz Roja; Programa de Atención Individualizado	Andalucía
Programa para la reducción de la hiperfrecuentación del servicio de urgencias de AP	Andalucía
PITES T-Ayuda: Plataforma de Atención Integrada, social y sanitaria, para crónicos dependientes	Andalucía
Estructuras de coordinación Sociosanitaria; La comisión de coordinación Sociosanitaria de Salamanca	Castilla y León
Programa de Atención Primaria Integrado entre los servicios sociosanitario y los servicios sociales. Reus	Cataluña
Programa Colaborativo Social y Sanitario Alt Penedes (Paciente Crónico Complejo)	Cataluña
La Garrotxa	Cataluña
Planta Comunitaria Virtual	Cataluña
Modelo Colaborativo para el abordaje de la atención sanitaria y social en municipio Tona	Cataluña
Programa de Atención Integrada al paciente complejo	Cataluña
CASAP: Gestión Enfermera de la Demanda y Enfermera de Pediatría	Cataluña
El Boalo; Programa de Atención Domiciliaria	Madrid
Atención integrada a Pacientes Pluripatológicos Complejos	País Vasco
Asistencia a Domicilio en el Albergue Municipal de Elejabarri para personas sin hogar convalecientes	País Vasco

Atención integral a los pacientes con ELA

TEMA	CATEGORÍA	ORGANIZACIÓN	LUGAR	INICIO
Cronicidad o Cuidados de Larga Duración	Servicios	Hospital Universitario Puerta del Mar	Cádiz (Andalucía)	2009

Se trata de un modelo de atención integral a pacientes con Esclerosis Lateral Amiotrófica (ELA) que busca asegurar la coordinación de la atención a los pacientes durante todo el proceso de la enfermedad. Fruto de la colaboración entre la Asociación ELA Andalucía y el Hospital Puerta del Mar de Cádiz, establece una vía clínica local con un sistema de atención multidisciplinar, mediante la cual el paciente recibe un mensaje único en consulta única con el equipo (formado por el neurólogo, el neumólogo, la RHB, el psicólogo, paliativos y la enfermera gestora de casos del hospital). Otros profesionales y la Asociación ELA colaboran a demanda de este grupo central, cuando la situación del paciente lo requiere.

ELEMENTOS PRINCIPALES

- Creación de un grupo interdisciplinar y un Plan de Atención Integral de ámbito local que garantizan la calidad de la atención prestada durante todo el proceso de atención de la enfermedad.
- Consulta y mensaje único.
- Enfermera de casos como nexo de comunicación con atención primaria y así garantizar la continuidad de la atención a domicilio.
- Participación del paciente y de su familia.
- Anticipación a complicaciones y trabajo proactivo.
- Para conocer los cambios producidos por la puesta en marcha de este modelo se realizó un estudio comparativo de la situación de los pacientes previa a la puesta en marcha del

programa y después: se han observado resultados de mejora en el número de episodios y en el número de episodios por paciente; en el número de ingresos no planificados; y en la participación del paciente en la toma de decisiones.

DESTACAMOS

- ★ Desarrollado desde la Metodología "Al Lado..." de la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía.
- ★ "Consulta única, mensaje único".
- ★ Itinerario de atención compartida, co-producido entre los profesionales y las personas afectadas y sus familias.

Fundación CUDECA: cuidados paliativos y atención a domicilio

TEMA	CATEGORÍA	ORGANIZACIÓN	LUGAR	INICIO
Cuidados paliativos	Servicios	CUDECA	Málaga (Andalucía)	1992

La Fundación CUDECA ofrece al paciente oncológico una atención integrada e individualizada en la que equipos multidisciplinares evalúan y atienden las necesidades (físicas, psicológicas, sociales y espirituales) de los pacientes de una manera holística. Para ello la Fundación se coordina con los distintos niveles asistenciales y servicios, incluidos los hospitalarios, atención primaria o servicios sociales.

- Apoyo y asesoría a los profesionales de atención primaria en el proceso de asistencia a las personas en situación terminal no compleja.
- Interconsulta y asistencia directa mediante la evaluación del enfermo y la familia de nivel de complejidad media y el diseño de estrategia terapéutica conjuntamente con el profesional del equipo de atención primaria.
- Asistencia directa y continuada por los equipos especializados de CUDECA, a los pacientes y familiares con un nivel de complejidad alta, con el apoyo de los equipos de atención primaria. La coordinación y comunicación con AP se llevará a cabo mediante la gestión de la enfermera gestora de casos del centro de salud.
- Coordinación con los recursos sociales existentes en la provincia de Málaga.
- El programa de Atención Domiciliaria y Consulta Externa está dirigido a pacientes oncológicos avanzados y a sus familias y responde al objetivo de mantenerlos en su propio hogar siempre que sea posible.
- Los equipos de atención a domicilio (médico y enfermera) son gestionados por una enfermera coordinadora y se complementan con los equipos del programa psicosocial (psicólogo y trabajadora social). Sus principales funciones son la valoración, asesoramiento, seguimiento y tratamiento continuado desde un abordaje integral y multidisciplinar. El programa psico-social se encarga de movilizar recursos sociales. El nexo entre los servicios sociales comunitarios y la residencia es la trabajadora social del centro.

ELEMENTOS PRINCIPALES

DESTACAMOS

- ★ Coordinación con hospitales y centros de salud a través de protocolos de actuación compartidos que aseguran la continuidad de los cuidados. Coordinación asegurada a través de convenios de colaboración.

Proyecto Alborada: sistema de información de atención temprana

TEMA	CATEGORÍA	ORGANIZACIÓN	LUGAR	INICIO
Infancia	Sistemas de información y nuevas tecnologías	Secretaría de Salud Pública y Consumo	Sevilla (Andalucía)	2011

El Sistema de Información de Atención Temprana es un sistema de información y comunicación perteneciente a la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía, que tiene como objetivo facilitar la coordinación de todos los actores que intervienen en el seguimiento del paciente menor de 6 años con trastornos del desarrollo o riesgo de padecerlos y sus familias. Esta herramienta facilita la provisión de una atención integrada y continuada al menor.

ELEMENTOS PRINCIPALES

- El sistema de información de atención temprana (Alborada) es un sistema de gestión cuyo objetivo general es ser la herramienta que facilite la coordinación de todos los equipos profesionales que intervienen en el seguimiento de menores de 6 años con trastornos del desarrollo o riesgo de padecerlos y sus familias.
- El sistema da cobertura a todo el ciclo de vida de la atención temprana, mejora la atención que se da al colectivo afectado (tanto a menores como a sus familias), acortando los plazos de intervención, integrando dicha atención con los sistemas de información de historia de salud digital del sistema sanitario andaluz (DIRAYA), de forma que, al disponer los equipos profesionales implicados de una información completa acerca de los antecedentes personales y familiares de la población menor, así como su seguimiento posterior, puedan tomar mejores decisiones respecto a la atención.
- Para asegurar esa cobertura el sistema es utilizado, con el mismo nivel de visibilidad de la información, por profesionales del sistema sanitario público de Andalucía, de los Centros de Atención Infantil Temprana, profesionales del ámbito educativo, social y profesionales que aseguren una correcta coordinación provincial desde las Delegaciones Provinciales con competencias en Salud, Educación e Igualdad y Bienestar Social constituidas como Equipo provincial de Atención Temprana (EPAT). Para la derivación, cada profesional accede desde el módulo a los recursos ofertados y asigna un centro para su intervención.
- **Objetivos específicos:** (1) conocer la cobertura real de la atención a la discapacidad infantil en Andalucía; y 2) las diferentes factores de riesgo, causas y tipo de trastornos de discapacidad en la población infantil; (3) conocer los recursos de intervención existentes, tanto públicos como privados; (4) conocer las características de la Intervención recibida; (5) conocer los recursos asignados desde los diferentes sectores a la población afectada; (6) realizar control de calidad de las intervenciones.

DESTACAMOS:

- ★ *Integración de la información de Alborada con DIRAYA.*

Atención integrada en demencias en el área de gestión sanitaria Sur de Sevilla

TEMA	CATEGORÍA	ORGANIZACIÓN	LUGAR	INICIO
Deterioro cognitivo	Servicios	Servicio Andaluz de Salud	Sevilla (Andalucía)	2010

La Unidad de Demencias y Trastornos de la Conducta (UDYTC) del Hospital Universitario Valme-Área Sanitaria Sur de Sevilla es un equipo de referencia multidisciplinar para la atención integrada de pacientes con Alzheimer y otras demencias, para ofrecer una respuesta temprana, conjunta y convergente de todos los actores implicados. Inspirados en la metodología Al Lado, la unidad trabaja de forma coordinada con atención primaria, servicios especializados de hospital, atención sociosanitaria y asociación de familiares de Alzheimer.

- La Unidad de Demencias y Trastornos de la Conducta (UDYTC-Valme) forma parte de la Unidad de Gestión Clínica de Neurología del Hospital Universitario Valme-Área Sanitaria Sur de Sevilla. La Unidad se concibe como un equipo de referencia multidisciplinar capaz de realizar una valoración integral y especializada del Alzheimer y otras demencias. Está constituida por un neurólogo experto y profesionales competentes en Neuropsicología, Enfermería, Trabajo Social y Administrativo. Desde la UDYTC se facilita el acceso a todos los medios técnicos disponibles y necesarios para realizar una evaluación diagnóstica de la demencia sintomática, familiar y social.
- En la UDYTC- Valme se cuenta con una consulta de acto único que engloba una valoración clínica secuencial a cargo del neurólogo responsable, valoración cognitiva a través del neuropsicólogo y valoración socio-familiar realizada por los enfermeros y trabajadores sociales.
- La UDYTC trabaja de forma coordinada con: atención primaria, hospital, atención sociosanitaria y asociación de familiares de Alzheimer.
- Las enfermeras gestoras de casos en atención primaria se encargan de que los pacientes y sus cuidadores cuenten con una valoración integral acorde con sus necesidades, que determine un plan de actuación enfocado fundamentalmente en paliar los problemas de salud existentes y prevenirlos. Realiza, junto con el resto del equipo, todas aquellas actividades dirigidas a la información y formación de las cuidadoras, prestando apoyo a la persona cuidadora de forma individual y grupal.
- Existen referentes en cada dispositivo con los que se han establecido consenso de manejo, tratamiento y derivación.
- La consulta se solicita a través de la plataforma Estación Clínica, como interconsulta con carácter preferente o normal.

ELEMENTOS
PRINCIPALES

DESTACAMOS

★ Desarrollado desde la Metodología “Al Lado...” de la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía.

★ “Consulta única, mensaje único”.

Control nutricional para la prevención de la fragilidad

TEMA	CATEGORÍA	ORGANIZACIÓN	LUGAR	INICIO
Personas mayores	Modelos, Planes y Programas	Grupo Aura	Arcos de la Frontera, Cádiz (Andalucía)	2015

Desde la Residencia Lago de Arcos se está implementando un programa de Prevención de la Fragilidad por Causas Nutricionales teniendo en cuenta los factores psicológicos, sociales y de salud del residente. Para ello se ha creado un equipo multidisciplinar formado por profesionales de la psicología del trabajo social y de la medicina, que trabajando en coordinación con Atención Primaria y Especializada consiguen ofrecer al residente un servicio de atención integrada.

ELEMENTOS PRINCIPALES

- Empoderamiento del paciente y de la familia.
- Implementación por fases atendiendo a los pacientes más graves primero.
- El tratamiento ofrecido al paciente tiene tres cauces: el nutricional, el psicológico y el terapéutico.
- Equipo de psicólogos, trabajadores sociales y enfermeros entrevistan al paciente y crean un informe conjunto que se pasa al departamento de medicina del hospital de referencia. El internista de referencia elabora un informe en el que se determina si el paciente tiene o no una desnutrición. Este informe se le facilita al nutricionista del centro quien crea un tratamiento en función de la existencia o no de desnutrición.
- Se ha formado un departamento interdisciplinar de las disciplinas sociales, clínicas y psicológicas. Se lleva el seguimiento de los casos y se revisa las analíticas realizadas por AP, indicadores médicos y comportamientos considerados negativos por los equipos de psicología y trabajo social de la residencia.
- La jefa asistencial de psicología funciona como gestora de casos.

DESTACAMOS:

- ★ Coordinación con Atención Primaria y Especializada.

Residencia de Mayores Cruz Roja San Fernando: programa de atención individualizado

TEMA	CATEGORÍA	ORGANIZACIÓN	LUGAR	INICIO
Personas mayores	Modelos, Planes y Programas	Residencia Cruz Roja San Fernando	San Fernando, Cádiz (Andalucía)	2014

La Residencia de Mayores Cruz Roja de San Fernando tiene un Programa de Atención Individualizado (PAI) en el que comisiones multidisciplinares elaboran y evalúan objetivos para dar una buena atención a cada uno de sus residentes. Para ello, el equipo que forma las comisiones tiene en cuenta las necesidades biológicas, psíquicas y sociales de los residentes y sus familiares.

- Atención holística que considera tanto las necesidades médicas como sociales y psicológicas de los residentes.
- Los profesionales reciben cursos de formación específicos cada dos meses.
- Se ha creado un equipo multidisciplinar formado por: médico, terapeuta ocupacional, trabajador social, fisioterapeuta, enfermera, psicóloga (directora de servicios) y representante gerencial. (1) El equipo se reúne semanalmente (convoca reuniones extraordinarias en el caso de que sea necesario); (2) sesiones de comisión en las que se revisan los distintos casos a partir de los informes de cada uno de los servicios; (3) se crean planes individualizados por objetivos; (4) se establecen propuestas de actuación (5) el plan por objetivos individualizado y las propuestas de actuación se evalúan cada 3 meses.
- El seguimiento de los pacientes queda registrado en la aplicación informática RESIPLUS. Los informes de cada área quedan registrados

en este programa y, a partir de un permiso de acceso, los profesionales pueden compartir informes para facilitar la coordinación y la atención continua al residente.

- Tanto la enfermera como el médico de la Residencia están en contacto con el médico del centro de salud, con el que se reúnen regularmente. Todos los residentes son atendidos por los mismos dos médicos, de manera que el punto de contacto es siempre el mismo. Gracias a la tarjeta sanitaria electrónica la residencia también se encarga de la provisión de medicamentos estableciendo circuitos de dispensación, distribución y administración de los mismos.

DESTACAMOS:

- ★ La psicóloga actúa como gestora de casos y enlace entre la residencia y la familia del residente.

ELEMENTOS
PRINCIPALES

Programa para la reducción de la hiperfrecuentación en el servicio de urgencias de atención primaria

TEMA	CATEGORÍA	ORGANIZACIÓN	LUGAR	INICIO
Exclusión social	Modelos, Planes y Programas	Centro de Salud de la Algaba	La Algaba, Sevilla (Andalucía)	2008

Programa piloto de atención integrada y centrada en la persona desarrollado en un centro ambulatorio de la provincia de Sevilla que pretendía reducir los altos niveles de hiperfrecuentación existentes en el sistema de salud. El objetivo era atender las necesidades del paciente desde ambas áreas, la social y la sanitaria, mediante la coordinación de los profesionales de ambos sectores. La hipótesis principal de este programa es que la falta de participación del sector social en la atención de los pacientes provoca una “no-resolución” de la problemática y por tanto un sobreuso del servicio de urgencias en Atención Primaria.

ELEMENTOS PRINCIPALES

- Se buscaba realizar un cambio de paradigma en la forma de intervenir ofreciendo (1) una atención basada en un modelo proactivo, (2) que permitiera la atención transversal, (3) facilitara los modelos de prevención y (4) fuera capaz de dar una respuesta sistémica desde el ámbito de lo social y lo sanitario.
- Trabajo social iniciaba el plan de intervención a través de la figura de gestora de casos.
- Se creó una puerta de entrada única y la trabajadora social se postulaba como el nexo entre servicios sanitarios y sociales.
- El médico de AP podía coordinarse con la trabajadora social del centro.
- La trabajadora social se coordinaba con Servicios Sociales Comunitarios para dar respuesta a las necesidades que el paciente pudiera presentar.
- Mediante el intercambio de información se realizaba un plan de intervención conjunta desde ambas áreas, la social y la sanitaria.
- Se recurría a la historia clínica, familiar (obtenida mediante la entrevista personal) y social para la elaboración del plan de intervención conjunta.

DESTACAMOS:

★ Proyecto piloto que trataba de dar respuesta al uso reiterado del servicio de urgencias de Atención Primaria. Se partía de la afirmación de que “el fenómeno de la hiperfrecuentación tiene múltiples causas y factores asociados”.

PITES T-Ayuda: Plataforma de Atención Integrada Social y Sanitaria para Crónicos Dependientes

TEMA	CATEGORÍA	ORGANIZACIÓN	LUGAR	INICIO
Cronicidad o cuidados de larga duración	Sistemas de información y nuevas tecnologías	Servicio Aragonés de Salud	Barbastro, Huesca (Aragón)	2008

PITES es un proyecto alineado con la promoción de soluciones de telemedicina e innovación en servicios sanitarios del Servicio Aragonés de Salud, que busca diseñar, desarrollar y evaluar un protocolo para una atención integrada, social y sanitaria, para ancianos crónicos en situación de dependencia del área geográfica perteneciente al Sector Sanitario de Barbastro, con el fin de mejorar su calidad de vida.

- El nuevo servicio con el uso de una plataforma tecnológica permite identificar el impacto en el estado clínico de pacientes crónicos facilitando el diagnóstico precoz y descompensaciones de las patologías en estudio, e identificar hallazgos patológicos gracias a la telemonitorización de constantes vitales.
- Los pacientes fueron visitados de forma semanal por voluntarios de la Cruz Roja Española que aprovechaban las visitas programadas a sus domicilios para realizar tomas de las constantes vitales. Los resultados eran enviados a un portal que recogía todas las medidas realizadas. La plataforma de recogida de información permite la generación de alarmas en base a los parámetros establecidos para cada paciente, en función de su historial clínico y valores de normalidad.
- El proceso de evaluación consistió en un estudio randomizado para comparar el nuevo

servicio con la asistencia clásica en pacientes que cumplan los criterios de inclusión. La evaluación del servicio se realizó en 4 pilares principales: su impacto en la actividad clínica, en la calidad de vida, aspectos económicos y de satisfacción de usuario.

- Beneficios reconocidos: reducción de consultas en AP y especializada, sentimiento de mayor seguridad por estar controlado, reducción de visitas y desplazamientos, aporte de tranquilidad y compañía para el paciente.

DESTACAMOS:

- ★ Participación de voluntarios de Cruz Roja.

ELEMENTOS PRINCIPALES

Estructuras de coordinación sociosanitaria en Castilla y León: la comisión de coordinación sociosanitaria de Salamanca

TEMA	CATEGORÍA	ORGANIZACIÓN	LUGAR	INICIO
Exclusión social	Cambios organizativos	Diputación provincial de Salamanca	Salamanca (Castilla y León)	2002

Las Comisiones de Coordinación Sociosanitaria, integradas por profesionales de atención especializada, atención primaria, servicios sociales y corporaciones locales nacen del I Plan de Atención Sociosanitaria de 1998. La función de estas comisiones es la de constituir y supervisar los equipos de coordinación de base (ECB) y establecer protocolos con el fin de mejorar la atención sociosanitaria.

ELEMENTOS PRINCIPALES

Estructuras de coordinación:

- Consejo de Dirección del Plan Sociosanitario (ámbito autonómico): su responsabilidad es el impulso, seguimiento y evaluación del Plan de Atención Sociosanitaria.
- Comisión de Dirección del Área Sociosanitaria del Plan (ámbito provincial): su responsabilidad es coordinar actuaciones sanitarias y sociales vinculadas a los objetivos de planificación sociosanitaria en su provincia. Desde su creación ha celebrado cuatro reuniones entre los años 2004- 2010.
- Comisiones de Coordinación Sociosanitaria (CSS) por área de salud: sus funciones son, en primer lugar, resolver los problemas en el contexto de la atención sociosanitaria en el área de salud, constituir los ECB, analizar su organización, y proponer modificaciones, supervisar periódicamente los ECB establecimiento protocolos y procedimientos así como detectar necesidades de formación y proponer acciones normativas.

- Su misión es la gestión de los casos de personas con problemáticas sociales y sanitarias. Sus funciones son la detección de los casos, la valoración multidisciplinar, la preparación del plan de intervención conjunto, y el seguimiento y cierre del caso.

- Su "herramienta" es la "Guía para la Gestión Compartida de Casos de Coordinación Sociosanitaria", originalmente en papel, pero luego integrada en el sistema de información GASS, que está ya integrado en el sistema de información de Historia Clínica Electrónica de Atención Primaria de Castilla y León (Medora 4).

DESTACAMOS:

- ★ Estructuras estables de coordinación.

Programa de atención primaria integrado entre los servicios sociosanitarios y los servicios sociales

TEMA	CATEGORÍA	ORGANIZACIÓN	LUGAR	INICIO
Promoción de la salud y de la autonomía personal	Cambios organizativos	Sagessa-Salud	Reus, Tarragona (Cataluña)	2003

Se trata de un programa de atención integrada en el que los servicios de Atención Primaria (gestionado por la Fundación Sagessa-Salut) del Distrito 5 de Reus y los Servicios Sociales del Ayuntamiento colaboran y se integran para: optimizar recursos y capacidades conjuntas, establecer protocolos asistenciales comunes y ofrecer al ciudadano un servicio que contemple sus circunstancias y estado de salud de manera holística.

- Proyecto de colaboración entre el Ayuntamiento y el centro de salud, en el que el equipo de trabajo de la zona básica de servicios sociales se ubique físicamente en las instalaciones del centro de salud de Reus. Sagessa-Salut y el ayuntamiento de Reus formalizan un convenio de colaboración con el objetivo de llevar a cabo la intervención social y sanitaria conjunta, considerando la salud como un hecho a la vez biológico, psicológico, individual y social.
- Mediante la creación de un equipo de trabajo de atención social se aúna a los profesionales de lo social del centro de salud y los del ayuntamiento.
- Se da un servicio de atención centrado en la persona mediante la realización de valoraciones conjuntas por parte de un equipo multidisciplinar formado por: trabajadoras sociales, educadores sociales y enfermeras.
- Garantiza el continuum asistencial mediante una acción colaborativa del proceso de aten-

ción a la persona y a la familia entre las dos redes de atención.

- Formación de un equipo de atención social primaria formada por profesionales del trabajo social y educación social de del Ayuntamiento y del centro con acceso a todas aquellas aplicaciones necesarias y coordinado con el personal del centro de salud.
- Creación de una comisión de seguimiento formado por un miembro de Segessa-Salut y otro del Departamento de Servicios Sociales en el que aprueban las líneas de colaboración.

ELEMENTOS PRINCIPALES

DESTACAMOS:

- ★ Única puerta de entrada por cualquiera de los dos sistemas (el social o el sanitario integrados en el centro de salud).

Programa colaborativo social y sanitario (paciente crónico complejo) Alt Penedès

TEMA	CATEGORÍA	ORGANIZACIÓN	LUGAR	INICIO
Cronicidad o cuidados de larga duración	Modelos, Planes y Programas	ABS Penedès Rural	Villafranca del Penedès, Barcelona (Cataluña)	2013

La región del Alt Penedès promueve un cambio de modelo hacia una valoración integral e integrada basada en la persona, que exige de la colaboración de los servicios social y sanitario y prioriza la atención en el entorno comunitario. Todo ello a partir de un programa de atención al paciente crónico complejo (PCC).

ELEMENTOS PRINCIPALES

- Sigue las líneas estratégicas definidas del Programa de Prevención y Atención a la Cronicidad (PPAC) y el Plan Interdepartamental de Atención e Interacción Social y Sanitaria (PIAISS).
- Se han reorganizado los distintos recursos de la región del Alt Penedès. A los servicios hospitalarios, AP y centros sociosanitarios, se han añadido los servicios sociales.
- Unidad de Cuidados a PCC compuesta por una unidad de gestores de caso que coordina los distintos niveles, gestiona los recursos y proporciona un servicio de Atención a Domicilio, soporte al enfermo crónico avanzado y un equipo atención residencial (EAR).
- Creación de puerta de entrada única a través del Hospital Comarcal del Alt Penedès.
- Formación para profesionales.
- Interconexión de los tres sistemas de TICs.

DESTACAMOS:

★ *Continuidad Asistencial 7x24 para dar respuesta a las complicaciones mediante la definición de las situaciones clínicas más frecuentes y protocolizar respuestas asistenciales que faciliten la permanencia del paciente dentro de su propio.*

Coordinación social y sanitaria en la Garrotxa

TEMA	CATEGORÍA	ORGANIZACIÓN	LUGAR	INICIO
Cronicidad o cuidados de larga duración	Cambios organizativos	ConSORCI d'Acció Social de la Garrotxa	Olot, Gerona (Cataluña)	1996

Enmarcado dentro del Plan Interdepartamental de Atención e Interacción Social y Sanitaria de Catalunya (PIAISS), se trata de un proyecto colaborativo entre el Consorci d'Acció Social de la Garrotxa, el ICS y el Hospital comarcal de la Garrotxa (Gerona) para desarrollar un modelo de integración social y sanitaria que permita disponer de instrumentos conjuntos de planificación y gestión y el acceso a la cartera de servicios sociales desde el ámbito sanitario.

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 se ha conseguido:

- Modelo de integración de la atención primaria de salud y social: con el objetivo de que las trabajadoras sociales del Consorcio sean los profesionales integrados en el centro de salud y así (1) disponer de una única puerta de entrada para todas las personas, (2) que el diagnóstico y plan de mejora sean realizados conjuntamente, (3) haya una valoración e intervención social y sanitario conjunta, (4) que estén disponibles las dos carteras de servicios.
- Instrumentos conjuntos de planificación y gestión de las listas de espera gracias a la creación de distintas comisiones de trabajo: (1) comisión para personas mayores dependientes; (2) comisión para personas con discapacidad psíquica y enfermedad mental.
- En estos momentos se están trabajando en tres comisiones: (1) para mejorar la integración de la primaria de salud y de servicios sociales; (2) comisión de integración de los servicios domiciliarios; (3) servicios de atención a la salud mental y servicios sociales.

- Se están adaptando los recursos sociales, para que el sistema sanitario disponga de algunos recursos domiciliarios de esta cartera:

- En altas hospitalarias no planificadas: la trabajadora social del hospital y la enfermera de enlace tienen acceso a la cartera de servicios sociales de atención domiciliaria. De este modo pueden atender a las personas que muestran dificultades en el domicilio fuera del horario de atención de los servicios sociales.

- Acceso a los profesionales que acceden en el domicilio a atender personas con situación paliativa (PADES). Fueron este equipo de profesionales quienes formaron a las trabajadoras familiares que deben atender estas situaciones.



DESTACAMOS:

- ★ Las trabajadoras sociales del Consorcio están integradas en el centro de salud para facilitar la existencia de una única puerta de entrada.

Planta Comunitaria Virtual

TEMA	CATEGORÍA	ORGANIZACIÓN	LUGAR	INICIO
Cronicidad o Cuidados de Larga Duración	Servicios	ICS/IAS i Consorci Benestar Social Gironès Salt	Comarca Gironès, Gerona (Cataluña)	2013

El proyecto 'Planta Comunitaria Virtual' es una propuesta de modelo asistencial comunitario de gestión de casos, que traslada elementos de la atención en una planta hospitalaria al domicilio para aquellos pacientes con patologías crónicas y complejas que están en riesgo de reingreso. A través de equipos multidisciplinares (equipo de atención primaria de referencia de salud, trabajador social, terapeuta ocupacional de servicios sociales de base, y enfermera responsable de la Planta Virtual de atención primaria) se visita y evalúa y se realiza un plan individualizado a estos pacientes, teniendo también en cuenta cuáles son sus recursos y necesidades en el contexto de su vida diaria.

ELEMENTOS PRINCIPALES

- Sistema de captación de pacientes desde atención primaria sanitaria, servicios sociales de base y nivel hospitalario.
- Valoración integral en el domicilio: capacidades funcionales del paciente, su cuidador y los recursos externos (estado del domicilio, transporte, red social, adherencia al tratamiento).
- Activación de los recursos necesarios para el abordaje del caso, seguimiento preventivo a través de una combinación de visitas domiciliarias y telefónicas, por los diferentes profesionales.
- Establecimiento de un plan individualizado de intervención revisado periódicamente.
- En los casos de paciente crónico complejo (PCC) y de enfermedad crónica avanzada (MACA) se realiza identificación, registro compartido a través de historia clínica compartida, visible por todos los niveles asistenciales, incluido el servicio de emergencias médicas.

DESTACAMOS:

- ★ *La conformación plural del equipo multidisciplinar.*

Modelo colaborativo para el abordaje de la atención sanitaria y social en el municipio de Tona

TEMA	CATEGORÍA	ORGANIZACIÓN	LUGAR	INICIO
Cronicidad o cuidados de larga duración	Cambios organizativos	Ayuntamiento de Tona, Área Básica de Salud de Tona y Asociación Intervoluntaria Municipal La Plana	Tona, Barcelona (Cataluña)	2012

El Modelo Colaborativo para el abordaje de la atención sanitaria y social de personas con necesidades sanitarias y sociales complejas en el municipio de Tona (Barcelona) es fruto de la colaboración entre el área de servicios sociales del ayuntamiento de Tona y la Mancomunitat La Plana, el área básica de salud de Tona y la Asociación Intervoluntaria Municipal La Plana. El programa colaborativo de Tona tiene como objetivo garantizar una atención social y sanitaria integrada, continuada y coordinada con las necesidades sociales y sanitarias de la ciudadanía. Concretamente, se trata de definir las bases operativas y funcionales para la cooperación socio-sanitaria para una mejor atención a las personas, especialmente las que se encuentran en situación de complejidad.

- Comisión local de dependencia, integrada por profesionales de los servicios sociales y de la salud, que tiene como objetivos: (1) definir procedimientos, criterios, protocolos y circuitos de actuación y (2) definir, de manera conjunta, planes individualizados de atención.
- Fortalecimiento de la atención en AP y en la comunidad y optimización del potencial de los servicios de atención domiciliaria.
- Atención integrada y de calidad a las personas que viven en servicios residenciales incorporando los servicios médicos del centro de atención primaria en las residencias, estableciendo convenios, disponiendo puntos de ECAP (historia clínica informatizada), y trabajando con los mismos protocolos, guías de práctica clínica y recomendaciones.
- Promoción de la autonomía y envejecimiento activo mediante la creación de la Comisión de Envejecimiento Activo.
- Actividades de formación y capacitación conjunta entre los profesionales de los diferentes servicios.

DESTACAMOS:

- ★ Formación y capacitación conjunta.

ELEMENTOS
PRINCIPALES

Programa de Atención Integrada al Paciente Complejo

TEMA	CATEGORÍA	ORGANIZACIÓN	LUGAR	INICIO
Cronicidad o cuidados de larga duración	Modelos, Planes y Programas	Institut Català de Salut, Ayuntamiento de Sabadell	Sabadell (Cataluña)	2013

El Programa de Atención al Paciente Crónico Complejo (PCC) busca activar una red integrada de atención a las personas con patología crónica con múltiples ingresos no programados, situando la Atención Primaria en el eje vertebrador del modelo y ejecutando liderazgo con el resto de dispositivos sociales y de salud. El objetivo principal es atender aquellas situaciones de mayor complejidad en las que la interacción de condiciones sociales y de salud aconsejan un abordaje conjunto para mejorar la eficiencia y la efectividad de la intervención.

ELEMENTOS PRINCIPALES

- Desde 1994 se ubicaron los servicios sociales de atención primaria dentro de los centros de atención primaria de salud (CAP). Así, existen equipos de trabajadores sociales (especializados en dependencia y exclusión social) trabajando cooperativamente con los profesionales de atención primaria.
- Dentro de cada CAP hay una trabajadora social especializada en gente mayor y dependencia que es referente para toda esta población y orienta a la persona y gestiona, dentro del plan terapéutico, hacia los recursos de los tres niveles (envejecimiento activo, prevención, servicios centrados en el domicilio). Esta misma profesional es la que participa, como gestora de caso y referente, en el Programa del PCC.
- Figura de enfermera experta (EE) en PCC que actúa como gestor de caso, como nexo

entre AP y hospitales y coordinando la revisión de casos con los trabajadores sociales, médicos de familia y enfermeras de la atención primaria. Con el propósito de ofrecer una atención personalizada, planificada e integrada, la EE coordina al equipo multidisciplinar para la creación de un plan de atención personalizado. De esta manera se sistematiza la coordinación entre servicios sociales y sanitarios.

DESTACAMOS:

- ★ *Los distintos roles profesionales: trabajadora social especializada en gente mayor y dependencia en cada CAP; enfermera gestora de casos PCC.*

CASAP: Gestión enfermera de la demanda y enfermera de pediatría

TEMA	CATEGORÍA	ORGANIZACIÓN	LUGAR	INICIO
Infancia	Gestión y procesos	CASAP	Castelldefels, Cataluña	2014

El Centro de Salud de Can Bou en Castelldefels, gestionado por CASAP (Consorci Castelldefels Agents de Salut d'Atenció Primària - un consorci público formado por el Instituto Catalán de Salud y el Ayuntamiento de Castelldefels) lleva desarrollando el programa de Gestión Enfermera de la Demanda desde el año 2005 y el programa Enfermera de Pediatría desde 2014. Financiados por CatSalut. La gestión enfermera de la demanda tiene como objetivo dar respuesta, dentro del ámbito de la profesión enfermera, a personas que acuden a un centro sanitario con un problema de salud y necesita atención preferente. La Trabajadora Social del centro se coordina con los Servicios Sociales de la localidad.

- Para una mayor eficiencia y sostenibilidad del sistema, un equipo multidisciplinar ha elaborado un protocolo y circuito de atención a las demandas espontáneas (agudos). Circuito que establece quiénes son los profesionales que van a desempeñar determinadas funciones:
 - Los administrativos son la puerta de entrada a la demanda espontánea y valoran si el usuario tiene que ser atendido por la enfermera en gestión enfermera de la demanda o por su médico o por su enfermera de referencia.
 - La enfermera, a su vez puede darle un tratamiento adecuado o derivarlo al médico.
 - Los médicos de familia se convierten en consultores. Así, se consigue una distribución más racional de tareas, con una participación más activa de las enfermeras;
- Se ha creado un equipo de enfermeras de pediatría que asume las visitas del programa, y el pediatra pasa a ser consultor en aquellos casos donde la enfermera lo solicite.
- Asesoramiento y educación a los pacientes, su familia y la comunidad.
- La comunicación entre el médico y las enfermeras es fluida gracias a la posibilidad de ambos de acceder a la historia clínica y al alto nivel de confianza mutua.
- El CASAP tiene una trabajadora social propia, de manera que ésta pudiera derivar aquellos casos de dependencia a los servicios sociales del Ayuntamiento y hacer de puente entre los problemas sociales que derivan de salud y de los problemas sociales comunitarios.

ELEMENTOS PRINCIPALES

DESTACAMOS:

- ★ *Apuesta por el empoderamiento de las enfermeras y la redistribución de recursos, con el objetivo de aumentar la eficiencia y la sostenibilidad de los servicios del centro.*

El Boalo: programa de atención domiciliaria desde la oficina de farmacia

TEMA	CATEGORÍA	ORGANIZACIÓN	LUGAR	INICIO
Personas mayores	Servicios	Farmacia El Boalo	El Boalo (Madrid)	2015

La oficina de farmacia de la localidad de El Boalo puso en marcha un programa de atención domiciliaria dirigido a la persona mayor con renta baja, plurimedica y/o en situación de soledad, baja movilidad, deterioro cognitivo o convalecientes por una operación. La profesional farmacéutica realizaba varias visitas al mes, y a partir de entrevistas personales comprobaba la adherencia al tratamiento, indicadores de salud y además, asegurándose de que las condiciones de vida del paciente fueran apropiadas. Para ello se desarrolló un proceso de comunicación con atención primaria de la localidad.

ELEMENTOS PRINCIPALES

- El programa ofrecía, a través de entrevistas personalizadas a domicilio, una ayuda adicional en el seguimiento al tratamiento médico, comprobando si el paciente está siguiendo el sistema personalizado de dosificación semanal, y revisando parámetros como la tensión, la glucosa o el control de peso. Este procedimiento es claramente facilitado por la posibilidad de usar la receta electrónica que ya estaba en funcionamiento en el municipio. Las visitas se realizan una o dos veces por semana, dependiendo de las necesidades del paciente.
- El médico de familia disponía de unos formularios para la inclusión al programa.
- Existía un contacto continuado entre la farmacéutica, el médico y las enfermeras de atención primaria del municipio. Mediante llamadas telefónicas y emails se mandaba la información relativa a los pacientes para que ambas partes (AP y Farmacia) estén coordinadas.
- Se crearon unas plantillas para la introducción de los parámetros medidos por la profesional farmacéutica, configurada de manera que saltaba una alarma cuando los indicadores estaban por encima del límite de seguridad.
- La información recolectada por la profesional farmacéutica se enviaba al servicio de AP mensualmente. La farmacéutica podía informar a AP en el caso de que existiera alguna duplicidad en el tratamiento del paciente y así poder ser modificado.
- Las visitas semanales de la profesional ayudan también a evaluar si las condiciones y el entorno del paciente son apropiadas y facilitan que los servicios sociales municipales puedan actuar en caso de que sea necesario.

DESTACAMOS

- ★ *La oficina de farmacia como agente de coordinación, integrada en un equipo multidisciplinar.*
- ★ *Innovación en el ámbito rural.*

Atención integrada a pacientes pluripatológicos complejos

TEMA	CATEGORÍA	ORGANIZACIÓN	LUGAR	INICIO
Cronicidad o cuidados de larga duración	Cambios organizativos	Osakidetza	Guipúzcoa (País Vasco)	2014

Osakidetza (País Vasco) ha definido un modelo organizativo y una ruta de intervención por fases para prestar una atención adecuada a pacientes pluripatológicos. Todas estas acciones están facilitadas por la utilización de diversas herramientas de Tecnología de la Información y Comunicación (TIC). Este programa forma parte del proyecto europeo CareWell del que también forman parte otros países de la Unión Europea.

- El proyecto CareWell se centra en la provisión de cuidados a pacientes con necesidades sanitarias y sociales complejas, con un alto riesgo de ingresar en el hospital y demandar asistencia domiciliaria, y que requieren de un amplio abanico de intervenciones debido a su fragilidad y a sus múltiples enfermedades crónicas.
- El programa implementa nuevos modelos organizativos de atención integrada a pacientes pluripatológicos que sean coste-efectivos, centrándose en mejorar el cuidado y la asistencia sanitaria a través de: (1) coordinación y comunicación entre todos los profesionales involucrados en el proceso de atención al paciente, incluidos profesionales sanitarios y sociales; (2) empoderamiento del paciente y familia y la monitorización de su estado de salud; (3) utilización de las TIC como elemento facilitador.
- La disponibilidad de información médica y farmacológica (historia clínica, prescripción

electrónica, carpeta de salud y Web Paciente Activo) y la plataforma de organización y control de casos (Client-Relationship Management) facilitan el trabajo coordinado entre profesionales y la comunicación entre éstos y los pacientes.

- Así mismo, y dentro del mismo proyecto, se desarrolló un marco evaluativo y un modelo matemático (MODELLING) que permite medir cual ha sido el impacto de la práctica así como predecir el consumo de recursos en el horizonte 2020 en función de la aplicación o no del modelo integrado de atención.

DESTACAMOS

- ★ Utilización de diversas herramientas de Tecnología de la Información y Comunicación (TIC).

ELEMENTOS PRINCIPALES

Asistencia en el Albergue de Elejabarri a personas sin hogar convalecientes

TEMA	CATEGORÍA	ORGANIZACIÓN	LUGAR	INICIO
Exclusión social	Servicios	Delegación Territorial de Salud de Vizcaya, Ayuntamiento de Bilbao	Vizcaya (País Vasco)	2009

Dispositivo integrado en el Albergue Municipal de Elejabarri que, utilizando los recursos generales del centro y añadiendo elementos funcionales específicos, ofrece asistencia sanitaria y social a personas sin hogar que han sido dadas de alta por el servicio hospitalario y necesitan un periodo de convalecencia. El Departamento de Salud y Consumo del Gobierno Vasco a través de la Delegación Territorial de Salud de Vizcaya se coordina con los Servicios Sociales Municipales, con el personal del Albergue y con el de Grupo de Servicios Sociales Integrados (SSI) para ofrecer un servicio de atención integrada a este colectivo.

ELEMENTOS PRINCIPALES

- La derivación del paciente se realiza habitualmente desde el Servicio de Trabajo Social de centros hospitalarios. Para ello será necesaria la revisión de los informes clínico y social de los profesionales derivantes, los cuales solicitarán su ingreso en el Albergue. Será el gobierno vasco quién autorizará el acceso a los servicios contratados.
- El médico del Albergue se coordina con el responsable del programa en el Albergue en relación a las solicitudes de ingreso y con la Jefatura de Sección de Inclusión y Urgencias Sociales del Ayuntamiento. Al alta del programa emite un informe clínico completo y se da una copia al paciente y otra a Osakidetza.
- El auxiliar de enfermería se coordina con el equipo de intervención social del Albergue para el seguimiento de los procesos de recuperación sanitaria y social.
- Sesiones multidisciplinares: médico, trabajadoras sociales, educadores sociales y auxiliares de enfermería se reúnen cuando hay que tratar algún caso concreto.
- Elaboración del plan de atención inicial en el Albergue para evaluar el caso y las prescripciones de tratamiento fijadas desde el hospital.
- Coordinación con los servicios sociales y sanitarios: interconsulta con especialistas hospitalarios y del centro de salud de referencia, interlocución con el servicio de hospitalización a domicilio en su caso; derivación en caso de riesgo y gestión del transporte sanitario en caso de traslado al hospital; emisión de informes en el caso de necesidad de ayudas técnicas (servicios sociales de base; coordinación con el centro de salud para solicitud de suministro de material de curas y apósitos). El médico hace de conexión entre Osakidetza y el equipo del Albergue.

DESTACAMOS:

- ★ *Innovadora intervención por el perfil de personas a las que va dirigido.*

2016

En 2016 se registraron 19 experiencias de integración de la atención social y sanitaria en el OMIS, de 6 Comunidades Autónomas, proviniendo, en su mayoría, de las comunidades autónomas de Cataluña (8) y Madrid (4). A estas les sigue el País Vasco (3), Extremadura (2) y Andalucía y Castilla y León con 1 experiencia registrada respectivamente. 9 de las 19 prácticas registradas se dirigen a la atención de pacientes crónicos, 4 a infancia y discapacidad, 3 a la promoción de la salud y autonomía personal, 2 prácticas atienden la salud mental y 1 se centra en los cuidados paliativos.

En línea con las prácticas de años anteriores, se trataban de desarrollos complejos que integran los elementos básicos del nivel de servicios (única puerta de entrada, evaluación holística de necesidades, plan individualizado de tratamiento, gestión de caso, atención por un equipo multidisciplinar). Muchas definían carteras de servicios conjuntos, avanzado en la planificación precoz de las altas hospitalarias, procedimientos de derivación entre sectores, planes de apoyo a cuidadores, etc. Las tecnologías aparecían para prestar atención remota que permita a la persona mantenerse en su residencia habitual el mayor tiempo posible (p.ej. BetiOn; A tu Lado), apoyar procesos de gestión y coordinación de equipos de profesionales (plataforma web de Salut+Social) o facilitar el acceso a la información clínica del paciente de forma más ágil (p.ej. la historia clínica compartida del Programa de Mútua Tarrasa o la del plan para paciente domiciliado en residencias de Quirón Salud; el servicio de acogida y asistencia para persona sin hogar de la Fundación Rais). Las experiencias han puesto en marcha mecanismos de coordinación, como la Comisión de Evaluación y Seguimiento de la Dependencia (CASSDEP) de El Pla de l'Estany o el Grupo Motor Directivo en Vilanova i la Geltrú.

TABLA 5. EXPERIENCIAS REGISTRADAS EN EL OMIS EN 2016

NOMBRE DE LA EXPERIENCIA	CCAA
Unidad de rehabilitación funcional en residencia tras alta hospitalaria (Abordaje social y sanitario)	Andalucía
Proceso Integrado de Atención a Pacientes Crónicos Pluripatológicos	Castilla y León
Programa de Atención Integrada Sanitaria y Social: Salut+Social	Cataluña
COMSalut. Comunidad y Salud. Atención primaria y comunitaria.	Cataluña
Programa de gestión integrada de recursos sociales y de salud de la comarca Pla de L'Estany	Cataluña
PRINCEP; Plataforma de Respuesta Integral a los Niños Crónicos con Elevada Dependencia. Unidad de crónicos complejos.	Cataluña
Proyecto RESICS	Cataluña
Programa de atención al paciente crónico complejo en salud mental (Mútua Terrassa)	Cataluña
Modelo de atención integrada sanitaria y social: modelo colaborativo en Vilanova i la Geltrú	Cataluña
Unidad funcional de crónicos (Mútua Terrassa)	Cataluña
Aplicación de la telemedicina en un centro de atención a personas con demencia (ATULADO)	Extremadura
Servicio público de neurorehabilitación cognitiva y cartera de servicios para demencias	Extremadura
CEI-A- Centro Experimental de Atención a la Infancia y Adolescencia	Madrid
Integración Sociosanitaria entre los hospitales públicos de Quirónsalud y los centros sociosanitarios	Madrid
Servicio de acogida y asistencia a personas sin hogar en situación de dependencia (Fundación Rais)	Madrid
Continuidad asistencial en la atención a personas con problemas de salud mental (Municipio de Leganés)	Madrid
La teleasistencia en Euskadi: una visión holística del cuidado ante el reto del envejecimiento	País Vasco
Subproceso Síndrome de Down (Subpainne)	País Vasco
Unidad de continuidad asistencial (OSI Bidasoa)	País Vasco

Unidad de rehabilitación funcional en residencia tras alta hospitalaria

TEMA	CATEGORÍA	ORGANIZACIÓN	LUGAR	INICIO
Promoción de la Salud y de la Autonomía Personal	Modelos, Planes y Programas	MACROSAD SCA	Jaén (Andalucía)	2014

Unidad de rehabilitación funcional que, dentro de un complejo residencial para la tercera edad, ofrece un servicio para personas mayores en fase de convalecencia (tras alta hospitalaria). La finalidad es conseguir la máxima recuperación funcional y facilitar la vuelta del usuario a su domicilio. El servicio está dotado de un equipo profesional multidisciplinar que ofrece una valoración y atención holística a las necesidades de la familia y del usuario mediante la creación de planes individualizados. La unidad se coordina con los servicios de sanidad pública y con los servicios sociales comunitarios.

- Modelo de Intervención “Envejecimiento Digno y Positivo” (MEDP2), fundamentado en la contribución al proyecto de vida de las personas desde una triple perspectiva de intervención (digna, positiva y progresiva).
- Doble vía de entrada a través del Sistema Sanitario Público de Andalucía (SSPA) y de los Servicios Sociales Comunitarios (SSC). Aunque la vía natural de entrada son los SSC, la realidad es que la principal vía de acceso está siendo la derivación desde el SSPA, más concretamente desde el Hospital Público “San Juan de la Cruz” de Úbeda, a través de la trabajadora social.
- Pre- valoración con atención individualizada a través de un equipo multidisciplinar.
- Atención centrada en la persona durante la fase de negociación, se hace partícipe al usuario en todo momento.
- Seguimiento sanitario coordinado y conjunto a través de la figura de enfermería de enlace y el médico asignado de atención primaria, así

como con los servicios sociales comunitarios y el equipo técnico de profesionales. La valoración es holística y continuada, es decir, durante la rehabilitación se lleva a cabo la aplicación y seguimiento mediante las valoraciones pertinentes, de los programas por áreas asistenciales de intervención (fisioterapia, psicología y terapia ocupacional).

- Asesoramiento y seguimiento durante la fase de alta por parte de los profesionales de Macrosad para garantizar el mantenimiento de los objetivos alcanzados, e incluso potenciar la autonomía del usuario.

ELEMENTOS PRINCIPALES

DESTACAMOS:

- ★ Que cubran la necesidad de creación de un dispositivo de atención que permita la recuperación funcional de la persona mayor y su vuelta a casa, ofreciendo una alternativa a las estancias hospitalarias.

Proceso Integrado de Atención a Pacientes Crónicos Pluripatológicos Complejos

TEMA	CATEGORÍA	ORGANIZACIÓN	LUGAR	INICIO
Cronicidad o Cuidados de Larga Duración	Gestión y procesos; Servicios	Gerencia Regional de Salud de Castilla y León	Valladolid (Castilla y León)	2014

El Proceso Integrado de Atención al Paciente Crónico Pluripatológico Complejo (PCPPC) surge de la necesidad de prestar una atención integral a las necesidades globales de este tipo de pacientes. Se basa en proporcionar la prestación de la atención conjuntamente desde los servicios de salud de atención primaria (AP), el hospital y los servicios sociales, teniendo como ejes o principios rectores la integración asistencial, la continuidad y la implicación del paciente. La AP tiene el papel clave y lleva las riendas de la atención contando con el apoyo del hospital y de los servicios sociales.

ELEMENTOS PRINCIPALES

- Unidades de Continuidad Asistencial (UCA), que facilitan un acceso y una gestión ágil de los pacientes entre los dos ámbitos asistenciales (AP y hospital), proporcionando los cuidados adecuados a las necesidades y al nivel de progreso de la enfermedad de cada paciente.
- Unidades de Convalecencia Sociosanitaria (UCSS), que son recursos residenciales de titularidad social, con soporte sanitario y gestión compartida entre Servicios de Salud y Servicios Sociales.
- Circuito claro de atención al PCPPC que permite una continuidad de los cuidados y una atención integrada y personalizada a través de las siguientes fases: (1) identificación y captación del paciente, (2) valoración integral y plan de intervención, (3) educación al paciente, (4) seguimiento, (5) atención integral a las descompensaciones y (6) salida.
- Valoración integral del paciente realizada por un equipo multidisciplinar formado por profesionales de enfermería, medicina y trabajo social responsables de la atención al paciente.
- Plan de cuidados conjunto y personalizado, en el que se establece el plan de control y seguimiento.

DESTACAMOS:

- ★ Unidades de Convalecencia Sociosanitaria, como nuevos recursos asistenciales.
- ★ La herramienta de estratificación CRG (Clinical Risk Group) adaptada para Castilla y León mediante la estratificación de la población en cuatro segmentos (G1, G2, G3 y G4) atendiendo a los distintos niveles de complejidad y para los que se han diseñado tipos de intervención diferentes.

Programa de Atención Integrada Sanitaria y Social: Salut+Social

TEMA	CATEGORÍA	ORGANIZACIÓN	LUGAR	INICIO
Cronicidad o Cuidados de Larga Duración	Gestión y procesos; Sistemas de Información y Nuevas Tecnologías	CAP Amposta (SAP Terres de l'Ebre)	Amposta, Tarragona (Cataluña)	2014

Proyecto de coordinación con la ayuda de la aplicación informática Salut+Social, creada para establecer una rápida y fluida comunicación entre el Centro de Asistencia Primaria (CAP) y los servicios sociales del Ayuntamiento de Amposta. El objetivo es ofrecer una atención integrada, eficiente y de calidad a pacientes con necesidades de atención sanitaria y social complejas: pacientes crónicos complejos (PCC), enfermedad crónica avanzada (MACA), atención domiciliaria y pacientes con grado de dependencia 2 y 3 o con servicios de ayuda a domicilio.

- Integración de los servicios de bienestar social y salud de Amposta facilitando la atención al usuario desde una visión global.
- Implantación de un sistema de comunicación ágil, fluido y con garantías entre los servicios de salud y los sociales a través de la aplicación tecnológica Salut+Social con el objetivo de mejorar la atención y la calidad de vida de las personas usuarias que sufren enfermedades crónicas.
- Evaluación de la información entre los dos sistemas de bienestar y puesta en marcha de nuevas metodologías y registro de la información.
- Creación de un espacio de trabajo entre los servicios sociales y de salud a escala local, donde una comisión se reúne con carácter mensual para coordinar, entre otros aspectos, el Programa de Atención Domiciliaria (AT-DOM) y el Servicio de Ayuda a Domicilio (SAD) Social y Dependencia. En estas reuniones se abordan casos comunes para los servicios y se discuten estrategias de intervención.
- Multidisciplinariedad en el equipo de trabajo. La comisión está formada por el personal de Atención Primaria (enfermeras, enfermera gestora de casos, médicos, enfermeras domiciliarias), por el de servicios sociales del ayuntamiento, y la trabajadora social del hospital.
- Refuerzo del papel de los técnicos de dependencia y de servicios de atención domiciliaria como referentes de la coordinación con el ámbito de la salud.
- Servicio de mensajería inmediata al correo electrónico que notifica a los profesionales de las diferentes consultas que se han hecho en referencia a los pacientes.

ELEMENTOS PRINCIPALES

DESTACAMOS:

- ★ *Los cambios en la cultura profesional, pasando de un modo de trabajo reactivo a otro proactivo, integrado y coordinado entre los equipos de servicios sociales y sanitarios.*

COMSalut. Comunidad y Salud. Atención Primaria y Comunitaria

TEMA	CATEGORÍA	ORGANIZACIÓN	LUGAR	INICIO
Promoción de la Salud y Autonomía Personal	Modelos, Planes y Programas	Departamento de Salud del Gobierno de Cataluña	Cataluña	2014

El proyecto COMSalut se está desarrollando en 16 áreas básicas de salud de Cataluña. Se basa en la coordinación y trabajo en equipo de los dispositivos de salud pública autonómicos y los equipos de atención primaria. Pretende ofrecer una atención integral a los pacientes desde una perspectiva de salud pública y comunitaria. Para ello se han creado dispositivos sanitarios básicos compuestos por equipos de atención primaria y referentes de salud pública. El objetivo principal es fomentar la intersectorialidad y la participación ciudadana con el objetivo de optimizar los recursos disponibles que tienen que ver con la atención de la salud de la ciudadanía. La reorganización de los recursos se hará en función de las necesidades propias de cada localidad. El proyecto se sustenta sobre la idea de que “los determinantes de la salud no son siempre puramente sanitarios”.

ELEMENTOS PRINCIPALES

- Formación de equipos de atención primaria que consigan modificar la cartera de servicios y adaptarla a las necesidades sociales de cada área.
- Creación de mecanismos de coordinación entre atención primaria y salud pública. Por ejemplo, profesionales de enfermería, educadores de la escuela municipal y familias con menores se encuentran de manera quincenal para compartir dudas e inquietudes sobre la salud de los más pequeños.
- Compromiso institucional y de los profesionales que facilita los medios para el desarrollo del proyecto. Liderazgo claramente identifica-

do en la figura de la persona que coordina el proyecto.

DESTACAMOS:

- ★ Que se potencien mecanismos con recursos ya existentes para potenciar la integración de diferentes componentes del sistema sanitario y el trabajo intersectorial, en este caso, para abordar intersectorialmente los determinantes sociales de la salud.

Programa de gestión integrada de recursos sociales y de salud de la Comarca Pla de L'Estany

TEMA	CATEGORÍA	ORGANIZACIÓN	LUGAR	INICIO
Promoción de la Salud y Autonomía Personal	Cambios Organizativos	Área de Benestar Social del Consell Comarcal del Pla de l'Estany, Área Básica de Salut de Banyoles y Clínica Salus Infirmorum	Pla de L'Estany (Cataluña)	2007

El programa de gestión integrada de recursos sociales y de salud de la comarca del Pla de L'Estany se basa en la coordinación de los sectores social y sanitario a través de la creación de una Comisión de Evaluación y Seguimiento de la Dependencia (CASSDEP) que ofrece al usuario con dependencia y a sus familias una cartera de servicios integrada y un acceso al sistema de atención a través de una puerta de entrada única. De esta manera se consigue romper con la fragmentación y dispersión de servicios sociales y sanitarios aprovechando las sinergias de ambos sectores desde una perspectiva global de atención a la persona.

- Puerta de entrada única a través de la creación de una Comisión de Evaluación y Seguimiento de la Dependencia (CASSDEP), que ofrece al usuario con dependencia y a sus familias una cartera de servicios integrada asignando un recurso óptimo y no definitivo al usuario.
- Colaboración y coordinación entre distintos niveles de atención (primaria y especializada) y profesionales (médicos, enfermeras, trabajadores sociales, etc. que forman un equipo interdisciplinar).
- Registro único de pacientes y traspaso de información entre las instituciones.
- Identificación de los usuarios con dependencia para la evaluación de sus necesidades.
- Colaboración público-privada.

DESTACAMOS:

- ★ *El papel de la Comisión de Evaluación y Seguimiento de la Dependencia (CASSDEP) porque tiene un rol esencial para conseguir una atención integrada flexible a través de una puerta de entrada única.*

ELEMENTOS
PRINCIPALES

PRINCEP. Plataforma de Respuesta Integral a los Niños Crónicos con Elevada Dependencia. Unidad de crónicos complejos

TEMA	CATEGORÍA	ORGANIZACIÓN	LUGAR	INICIO
Cronicidad o Cuidados de Larga Duración. Infancia	Modelos, Planes y Programas	Hospital Sant Joan de Deu	Barcelona (Cataluña)	2012

El Hospital Sant Joan de Déu impulsó la creación de un grupo multidisciplinar para dar respuesta a la atención integral de pacientes pediátricos con enfermedades crónicas complejas. Fue en el 2012 cuando se creó la unidad multidisciplinar para la gestión de los pacientes pediátricos pluripatológicos con enfermedades crónicas y de alta complejidad (programa PRINCEP: Plataforma de Respuesta Integral a los Niños Crónicos con Elevada dependencia). Las funciones principales de esta unidad son las de gestionar los distintos recursos disponibles y coordinar la atención ofrecida a los pacientes y familias por parte de todos los actores involucrados (sistema educativo, tercer sector, servicios sociales, etc.).

ELEMENTOS PRINCIPALES

- Creación de una unidad para la gestión y la atención integral para dar respuesta a las necesidades específicas de salud y sociales de pacientes y familias.
- Atención a la unidad familiar (paciente + familia) orientada hacia una relación colaborativa en la que las opiniones y decisiones se toman de forma conjunta.
- Equipo profesional multidisciplinar: atención holística (pediatría, enfermería, trabajo social y atención espiritual) con soporte psicológico y de trabajo social en domicilio.
- Gestión de casos: equipo referente. Se coordinan las acciones a realizar con estos pacientes, tanto a nivel de especialidades hospitalarias como con las urgencias, centros de atención primaria, servicios sociales básicos, Centro de Desarrollo Infantil y Atención Precoz (CDIAP), escuelas ordinarias y escuelas de educación especial, ONGs, fundaciones, etc. El

contacto con los servicios del territorio (salud, escolares y servicios sociales) permite una menor disrupción en la vida de las familias de estos menores favoreciendo un mejor acceso a los servicios de zona y la integración en la comunidad.

DESTACAMOS:

- ★ Que se tenga muy en cuenta el entorno del menor y la familia, así como elementos espirituales.
- ★ Que hayan presentado resultados de mejora realizando la evaluación de la práctica.
- ★ El premio recibido en el Congreso ICIC16 (Conferencia Internacional de Atención Integrada).

Proyecto RESICS

TEMA	CATEGORÍA	ORGANIZACIÓN	LUGAR	INICIO
Cronicidad y Cuidados de Larga Duración	Modelos, Planes y Programas	Servicio de Atención Primaria Delta del Llobregat del Institut Català de la Salut (ICS)	Hospitalet del Llobregat, Barcelona (Cataluña)	2015

El Proyecto Resics se basa en la interacción y trabajo coordinado entre atención primaria (AP) y las residencias geriátricas de la localidad de Hospitalet del Llobregat. El proyecto RESICS, basado en un modelo de atención interdisciplinar, persigue: (I) mejorar los resultados asistenciales en salud de los Pacientes Crónicos Complejos (PCC), (II) aumentar la satisfacción de las personas y (III) reducir costes. A través de la creación de una unidad funcional de atención a la cronicidad se formulan e implementan procedimientos en los que los equipos de atención primaria de Bellvitge (Delta del Llobregat) y la Residencia Feixa Llarga (del mismo territorio) ofrecen a los PCC una atención integrada y personalizada.

- Creación de una unidad funcional de atención a la cronicidad (equipo interdisciplinar) formado por el personal del equipo de atención primaria Bellvitge (gestora casos- medicina y enfermería-, enfermería-EAP y administración) y la residencia Feixa Llarga (medicina, enfermería, trabajo social, psicología y administración).
- Plan formativo para el personal de la residencia y del centro de atención primaria, así como para otras residencias del territorio.
- Figura del médico de cronicidad. Se elaboran metodologías de trabajo, se identifican pacientes de alta cronicidad de la residencia y se solicita la compartición de la historia clínica.
- Existencia de un marco regulador fuerte

como el Plan de Salud de Cataluña que contempla el desarrollo de experiencias en el ámbito de la cronicidad.

- Elaboración de indicadores de resultados en salud, procesos y costes.

ELEMENTOS
PRINCIPALES

DESTACAMOS:

- ★ *El carácter multidisciplinar de la unidad de atención a la cronicidad y los mecanismos de coordinación porque ha permitido mejorar los resultados en salud, tal y como muestra la evaluación en el registro de la práctica.*

Programa de Atención al Paciente Crónico Complejo en salud mental (Mútua Terrassa)

TEMA	CATEGORÍA	ORGANIZACIÓN	LUGAR	INICIO
Salud mental	Modelos, Planes y Programas	Mútua Terrassa	Vallés Occidental Oest, Barcelona (Cataluña)	2014

El “Programa de Atención al Paciente Crónico Complejo” de la Mutua Terrassa ofrece al paciente con trastorno mental grave una atención personalizada en la que todos los actores implicados en el cuidado y atención de sus necesidades están coordinados e interconectados a través de una figura de gestión de casos (enfermera de Atención Primaria). Esta profesional realiza una evaluación de los factores de riesgo del paciente y de sus recursos, asegura la coordinación con otros recursos relacionados (centros de salud mental, Atención Primaria (AP), hospital y centros sociosanitarios) y elabora el Programa Terapéutico Individual (PTI) junto con el resto de profesionales implicados y el propio paciente. La utilización del teléfono móvil por parte de estos gestores de caso facilita la comunicación con los pacientes y la disponibilidad de la historia clínica compartida posibilita el intercambio de información entre los distintos actores sociales y sanitarios haciendo que la coordinación sea efectiva.

ELEMENTOS PRINCIPALES

- Enfermera gestora de casos con una actitud proactiva que contribuye a conducir al paciente en la dirección de los objetivos consensuados y a garantizar la continuidad del tratamiento. La misma enfermera convoca reuniones con la participación de los diferentes profesionales que intervienen, tanto en el medio hospitalario como en el ambulatorio, en las que se revisa y actualiza el PTI.
- Teléfono móvil que facilita a los pacientes un contacto ágil con el gestor de casos; fuera del horario de trabajo, los pacientes pueden contactar telefónicamente con el psiquiatra de guardia en el servicio de urgencias.
- Historia clínica transversal compartida por primaria, especializada ambulatoria y hospitalaria, y servicio de urgencias. El hecho de compartir la información y el mismo PTI facilita la integración de las intervenciones.
- Un Plan de Intervención Individualizado y Compartido (PIIC).

DESTACAMOS:

- ★ La figura de la gestora de casos porque se coordina con recursos relacionados y elabora el programa terapéutico individual junto con el resto de profesionales implicados y el propio paciente.
- ★ Que el psiquiatra esté accesible fuera del horario de trabajo y los pacientes puedan contactar telefónicamente con el psiquiatra de guardia en el servicio de urgencias.

Modelo de Atención Integrada Sanitaria y Social: modelo colaborativo en Vilanova i la Geltrú

TEMA	CATEGORÍA	ORGANIZACIÓN	LUGAR	INICIO
Promoción de la Salud y Autonomía Personal	Cambios organizativos, Gestión y Procesos (protocolos y circuitos)	Ajuntament de Vilanova i la Geltru, Institut Català de la Salut, Capi-Baix-a-Mar	Vilanova i la Geltrú (Cataluña)	2013

El programa colaborativo de Vilanova i la Geltrú integra los sectores social y sanitario de este territorio mediante la creación de equipos de trabajo que, trabajando en temas distintos (mujer, salud mental, drogodependencia, infancia y familia y dependencia) crean lazos entre los distintos profesionales, identifican recursos y actores clave y crean protocolos y circuitos. Todo ello está liderado por un grupo motor directivo, formado por representantes de los servicios sanitarios (Institut Català de la Salut) y por los sociales (Ayuntamiento).

- El elemento clave de este programa es la formación de grupos de trabajo que según su temática (mujeres, infancia y familia, drogodependencia, dependencia y salud mental), determinan estrategias de coordinación favoreciendo la continuidad asistencial, e identifican recursos y profesionales implicados mediante la eliminación de intermediarios y simplificación de circuitos.
- Existía un programa de atención integrada desarrollado en una de las tres áreas de salud que componen el territorio. En esta área, en el que se encuentra el CAPI Baixa-Mar se realizó una integración del equipo de trabajadores sociales del ayuntamiento dentro del centro ambulatorio.
- El plan colaborativo viene a extender este modelo a las otras dos áreas, creando sistemas de coordinación.
- Estos grupos comparten información de los pacientes atendidos. De esta manera se consigue integrar procesos y ofrecer al paciente una atención coordinada. Además, se realizan sesiones plenarias en las que se comparte lo aprendido y se elaboran guías conjuntas de protocolos, directorio de profesionales, circuitos, y códigos de identificación para pacientes.

ELEMENTOS PRINCIPALES

DESTACAMOS:

- ★ La creación de equipos de trabajo que tratan temas distintos (mujer, salud mental, drogodependencias, infancia y familia, dependencia) porque les puede permitir ser flexibles y adaptarse a realidades cambiantes.

Unidad funcional de crónicos (Mútua Terrasa)

TEMA	CATEGORÍA	ORGANIZACIÓN	LUGAR	INICIO
Cronicidad y Cuidados de Larga Duración	Cambios Organizativos	Mútua Terrasa	Vallés Occidental Oest, Barcelona (Cataluña)	2012

La Unidad Funcional de Crónicos de Mútua Terrasa (MT) forma parte, junto con la Unidad de Subagudos, del Modelo de Atención al Paciente Crónico (MACA), desarrollado por esta organización. Ambas unidades atienden al paciente crónico complejo (PCC) y al paciente crónico avanzado ofreciéndoles el servicio más adecuado en cada momento de la evolución de su enfermedad. Esto se hace mediante la elaboración de un plan funcional y la formación de un equipo multidisciplinar (profesionales de Atención Primaria (AP), Centros de Especialidades (CCEE) y Centros de Día), coordinado por la enfermera gestora de casos de AP.

ELEMENTOS PRINCIPALES

- Esta experiencia se puso en marcha en el contexto del Programa de Atención a la Cronicidad de Mútua Terrasa, como un subproyecto del mismo, impulsado desde el inicio por la gerencia y las direcciones asistenciales de la institución.
- Implicación de los profesionales de base que participan activamente en el plan funcional del programa y potencian el trabajo en equipo, así como la selección de profesionales adecuados para liderarlo y su empoderamiento.
- La historia clínica transversal de la institu-

ción, que permite compartir toda la información entre los diferentes niveles asistenciales como herramienta básica para la buena coordinación entre todos los dispositivos.

DESTACAMOS:

- ★ *El uso de la historia clínica transversal porque facilita la coordinación y el trabajo interdisciplinar de los profesionales de base.*

Telemedicina en un centro de atención a personas con demencia (ATULADO)

TEMA	CATEGORÍA	ORGANIZACIÓN	LUGAR	INICIO
Deterioro Cognitivo	Servicios y Sistemas de Información y Nuevas Tecnologías	Servicio Extremeño de Salud, Unidad de Telemedicina	Montijo, Badajoz (Extremadura)	2010

El proyecto 'ATULADO' es un programa de tele-consultas programadas entre los servicios médicos de atención hospitalaria (AH) y de centro sociosanitario (CSS) con el objetivo de favorecer la conexión entre el médico de atención sociosanitaria y el médico de AH para mejorar la eficacia de la comunicación. Estas tele-consultas se realizan en el Centro de Atención a personas con demencia "El Valle" y abarcan las especialidades de neurología, endocrinología y nutrición. En este centro se atiende a enfermos con demencia en fases iniciales a través de una consulta de estimulación cognitiva ambulatoria y una Unidad de Estancia Diurna de 14 plazas. También se atiende a personas con demencias en fases avanzadas en la unidad residencial que cuenta con 88 camas.

- Consultas con profesionales de atención especializada en tiempo real mediante videoconferencia desde una estación de telemedicina situada en el centro residencial "El Valle".
- Programación de pruebas de imagen pertinentes y consulta con neuropsicología, cuando es necesario. Si es adecuado un ingreso para completar el estudio, se programa y reserva cama en el Complejo Hospitalario Universitario de Badajoz, evitando el paso por el servicio de urgencias como puerta de entrada.
- Establecimiento de sesiones quincenales de endocrinología y nutrición que permiten revisar en el espacio de una hora la situación nutricional de seis pacientes. El especialista orienta las recomendaciones a los médicos del centro sociosanitario y pauta la nutrición clínica cuando el paciente la precisa.
- Programación de las pruebas para la colocación de sonda de gastrostomía percutánea en aquellos casos en que ésta es la única alternativa. La consulta permite, además, supervisión de problemas tiroideos y de diabetes complicadas.
- Posibilidad de llevar a cabo intervenciones puntuales de otras especialidades del catálogo del Programa de Telemedicina (TLM) del Servicio Extremeño de Salud, como dermatología y genética.

DESTACAMOS:

- ★ Que optimiza los costes derivados de la asistencia de pacientes institucionalizados a las consultas externas hospitalarias.

ELEMENTOS
PRINCIPALES

Servicio de Neurorehabilitación Cognitiva y Cartera de Servicios de Demencia

El Plan Integral de Atención Sociosanitaria al Deterioro Cognitivo en Extremadura (PIDEX)

TEMA	CATEGORÍA	ORGANIZACIÓN	LUGAR	INICIO
Deterioro Cognitivo	Servicios	Dirección General de Promoción de la Autonomía y de Atención a Personas en Situación de Dependencia. Consejería de Sanidad y Dependencia	Extremadura	2007

Implantado en esta comunidad en el año 2007 estableció una serie de acciones que contemplaban la integración de los servicios sociales y sanitarios: el Servicio Público de Rehabilitación Neurocognitiva y la Cartera de Servicios Específica para Demencias. Los personas que se benefician de dicho servicio son derivadas desde las Consultas de Deterioro Cognitivo (CEDEC), formadas por neurólogo y neuropsicólogo a un terapeuta ocupacional (dependiente del SEPAD) en su centro de salud más próximo.

ELEMENTOS PRINCIPALES

- 34 ubicaciones distribuidas en toda la Comunidad Autónoma con una dotación de 27 terapeutas ocupacionales formados específicamente para llevar a cabo este tipo de tratamientos cognitivos.
- Evaluación neuropsicológica en correspondencia con la neurológica [sindrómica y etiológica respectivamente] que es la que lleva a pautar el tratamiento de estimulación cognitiva.
- Terapeuta ocupacional (perteneciente al SEPAD) da el tratamiento en el centro de salud más cercano al paciente. Se ofrece el tratamiento desde el sistema público de salud y en el ámbito comunitario, mejorando así la accesibilidad.
- Criterios de inclusión muy bien definidos: Deterioro Cognitivo Leve [GDS 3] y demencias degenerativas filiadas por las CEDEC [GDS 4] con red social de apoyo.
- La familia y el paciente participan de manera activa en la realización del plan de cuidados y en la asignación del recurso.
- Tratamientos homogéneos en toda la Comunidad al estar pautados de forma general en 2 sesiones semanales de 45 minutos. Se llevan a cabo un total de 35.000 sesiones de tratamiento anuales.
- La existencia de un plan marco de atención sociosanitaria bien definido. Compromiso institucional y de los profesionales que definieron la estrategia.

DESTACAMOS:

- ★ *El Servicio de Rehabilitación fomenta la permanencia de las personas con deterioro cognitivo y red social de apoyo en su entorno, retrasando la institucionalización.*

CEI-A Centro Experimental de atención a la Infancia y Adolescencia

TEMA	CATEGORÍA	ORGANIZACIÓN	LUGAR	INICIO
Infancia	Servicios	Fundación Amigos de Miranda	Madrid (Comunidad de Madrid)	2016

El Centro Experimental de Atención a la Infancia y Adolescencia (CEAI-A) de la Fundación Amigos de Miranda presta atención a personas afectadas con pluridiscapacidad, de edades comprendidas entre los 3 y 26 años, que tengan lesiones cerebrales, enfermedades neurocognitivas, retraso mental profundo o que padezcan una enfermedad crónica con grave discapacidad y gran dependencia. El centro ofrece una atención individualizada y multidisciplinar, con la supervisión de distintos profesionales relacionados con el ámbito psicosocial y de rehabilitación, y siempre orientada a las características individuales de cada menor.

- Servicio de atención diurna con cobertura de las necesidades básicas, terapéuticas y sociales en régimen de atención indefinido hasta los 26 años.
- Centros dotados de una infraestructura y equipamiento preciso para la atención individualizada de menores con discapacidad leve, moderada, grave y gran dependencia.
- Atención individualizada y multidisciplinar con la supervisión de distintos profesionales relacionados con el ámbito psicosocial y de rehabilitación, y siempre orientada a las características individuales de cada menor.
- Modelo de atención enfocado a la preservación de la salud y la cronicidad con el objetivo prioritario de la normalización de la vida del menor y la familia (no solo cuenta el objetivo rehabilitador).
- Tratamientos testados y pioneros. Accesibilidad a evaluaciones y tratamientos renovadores al alcance del CEAI-A gracias a la especialización de los diferentes técnicos y el trabajo continuado de I+D+i en colaboración con IN-

DEPF (Instituto de Investigación y Desarrollo de Enfermedades Poco Frecuentes).

- Programa de formación y empleo de la Fundación dirigido a las familias. La familia podrá acceder a una serie de formaciones específicas. El equipo formativo lo componen profesionales que enseñarán el manejo de las situaciones sanitarias y psicológicas sobrevenidas a causa de la discapacidad, la dependencia y la enfermedad, además de enseñar estrategias que les puedan ayudar, tanto para mantener su trabajo actual, como para emprender la búsqueda activa de trabajo. También se facilita el acceso a una bolsa de empleo.

ELEMENTOS
PRINCIPALES

DESTACAMOS:

- ★ *El proyecto se centra no solo en el menor, si no, en el apoyo a la familia, incluyendo una bolsa de empleo, entendiendo que el bienestar de la familia es pilar fundamental para el bienestar del niño o la niña.*

Integración entre los hospitales públicos de QuirónSalud y los Centros Socio-sanitarios

TEMA	CATEGORÍA	ORGANIZACIÓN	LUGAR	INICIO
Cronicidad y Cuidados de Larga Duración	Servicios	Hospitales públicos Quirónsalud, Fundación Jiménez Díaz, Hospital Rey Juan Carlos, Hospital Infanta Elena, Hospital General de Villalba	Madrid, Móstoles, Valdemoro, Villalba (Comunidad de Madrid)	2015

El plan corporativo para la atención integral del paciente domiciliado en residencias tiene como objetivo general definir el modelo de asistencia integrado al paciente institucionalizado en centros sociosanitarios del área de influencia de los centros de salud de Atención Primaria (AP) cuyos hospitales de referencia son los 4 hospitales públicos Quirónsalud de la Comunidad de Madrid. El plan se basa en la creación de unidades específicas en cada centro, formadas por geriatra y enfermera, que se encargan de garantizar la continuidad de cuidados de los pacientes institucionalizados y de actuar de nexo entre AP, los centros sociosanitarios y el hospital. Se acompaña de una herramienta tecnológica (el portal socio sanitario) y de formularios para la realización de servicios no presenciales.

ELEMENTOS PRINCIPALES

- El portal socio sanitario permite el acceso a la historia clínica del hospital y ésta cede a su vez el acceso a los profesionales sanitarios de las residencias. Además, permite realizar sesiones de formación conjuntas, jornadas, procedimientos, acceder a instrucciones de laboratorio, preparaciones de radiodiagnóstico y endoscopia, acceso y modificación de citas y, sobre todo, permite que los profesionales de cada centro contacten con otros profesionales para solventar cuestiones quedando registro en la historia clínica.
- Formularios que permiten la realización de servicios no presenciales que evitan desplazamientos en algunas de las patologías más prevalentes en los pacientes de la zona de influencia del Plan.
- Equipo multidisciplinar basado en que el especialista hospitalario referente, gestor, consultor y coordinador del paciente institucionalizado debe ser geriatra, quien con la enfermera de enlace y el trabajador social de cada hospital han de llevar el liderazgo y la coordinación sociosanitaria para dar visibilidad a una integración sociosanitaria.
- Figura de enfermería de enlace como garante de la continuidad de cuidados en residencia, coordinación con residencias y centros de salud.
- Coordinación con urgencias, medicina interna, hospital de día, trabajo social y otras especialidades y servicios.

DESTACAMOS:

- ★ *El portal sociosanitario permite compartir la historia sociosanitaria de los pacientes ingresados en residencias con atención primaria y el hospital.*

Servicio de acogida y asistencia a personas sin hogar en situación de dependencia

TEMA	CATEGORÍA	ORGANIZACIÓN	LUGAR	INICIO
Cuidados paliativos	Servicios	Fundación RAIS	Madrid (Comunidad de Madrid)	2015

El servicio de acogida y asistencia a personas sin Hogar y en Situación de Dependencia es un recurso ofrecido por la Comunidad de Madrid y gestionado por la Fundación RAIS (Red de Apoyo a la Integración Sociolaboral). Se trata de un servicio de alojamiento y atención sociosanitaria para personas sin hogar con enfermedad crónica en proceso de convalecencia tras un ingreso hospitalario. Son personas que están recibiendo cuidados paliativos y/o que tienen necesidad de apoyo para las actividades básicas de la vida diaria. Se les ofrecen servicios de tratamientos específicos que combinan la atención social y la sanitaria con el fin de mejorar la salud de la persona usuaria y facilitar su inclusión social. Se utilizan herramientas de gestión de caso, actividades coordinadas con los centros sanitarios (ambulatorios y hospitalarios) y recursos sociales concretos para personas sin hogar.

- Órganos derivadores: centros de servicios sociales, proyectos de atención a personas sin hogar y/o unidades de trabajo social de la red sanitaria que realizan informes de derivación, informes médicos y solicitudes o resoluciones de reconocimiento del grado de dependencia.
- Equipo multidisciplinar formado por profesionales de enfermería, trabajo social, psicología, terapia ocupacional, auxiliares de servicios sociales y auxiliares sociosanitarios.
- Plataforma tecnológica de gestión de casos que asegura la gestión de toda la información relativa al paciente en un solo instrumento. El instrumento consta de varias herramientas de negociación y definición del contrato terapéutico y permite una medición objetiva del desarrollo competencial del usuario.
- Contrato terapéutico: se hace de manera inclusiva entre profesionales del centro de acogida, centro derivador y paciente, y se procede a su evaluación y adecuación de necesidades.
- Protocolos: Puede ser un protocolo de derivación, de acompañamiento o de alta con el objetivo de asegurar la continuidad asistencial del usuario. En el caso de una derivación hospitalaria el trabajador social del centro se pone en contacto con el trabajador social del hospital, del mismo modo que la enfermera del centro contacta con el médico de referencia.

ELEMENTOS
PRINCIPALES

DESTACAMOS:

★ *Un programa dirigido a población vulnerable porque sufren de manera particular que los recursos estén fragmentados.*

★ *La plataforma tecnológica de gestión de casos porque asegura la gestión de toda la información relativa al paciente en un solo instrumento.*

Continuidad asistencial en la atención a personas con problemas de salud mental

TEMA	CATEGORÍA	ORGANIZACIÓN	LUGAR	INICIO
Salud Mental	Modelos, Planes y Programas	Dirección Asistencial Sur de Atención Primaria e Instituto Psiquiátrico de Servicios de Salud Mental José Germain. Servicio Madrileño de Salud	Leganés (Comunidad de Madrid)	2012

El proyecto se basa en la integración de los servicios de salud mental con todos los Centros de Salud (CS) del municipio de Leganés. El programa tiene dos variantes, una parte va dirigida a personas mayores de 18 años con patologías psiquiátricas leve-moderadas en las que desde atención primaria han surgido dudas respecto al diagnóstico diferencial y/o tratamiento. Y la otra parte es una adaptación del programa dirigida a menores de 18 años y que cuenta con la presencia del psiquiatra y el psicólogo infantil.

ELEMENTOS PRINCIPALES

- Implantación de la figura de un psiquiatra consultor que pasa consulta en todos los CS del municipio de Leganés.
- Sistema de captación de pacientes desde atención primaria sanitaria, servicios sociales de base y nivel hospitalario.
- Proporcionalidad: el número de días que el psiquiatra acude a cada CS depende de la población que atienden y de su tasa de derivación en el año previo.
- Agenda de consulta: el psiquiatra consultor tiene abierta una agenda de consulta en cada centro. El resultado de la valoración que lleva a cabo el psiquiatra se registra en la historia clínica de atención primaria.
- Interconsultas: al final de la jornada del psi-

quiatra en cada CS se celebra una sesión con los médicos derivadores para intercambiar la información necesaria para que el médico de familia siga haciéndose cargo del tratamiento del paciente.

DESTACAMOS:

- ★ Que la captación de pacientes se haga de forma coordinada con servicios sociales.
- ★ La figura del psiquiatra consultor porque ha demostrado reducir las derivaciones y, por tanto, la espera de pacientes con patologías psiquiátricas graves.

Teleasistencia en Euskadi: visión holística del cuidado ante el reto del envejecimiento

TEMA	CATEGORÍA	ORGANIZACIÓN	LUGAR	INICIO
Personas Mayores	Sistemas de Información y Nuevas Tecnologías	OSATEK, S.A., Sociedad Pública del Gobierno Vasco	Bilbao (País Vasco)	2011

El proyecto de teleasistencia del Gobierno Vasco, a través de los Departamentos de Empleo, Políticas Sociales y de Salud, apuesta por ofrecer un servicio público basado en la coordinación de servicios sociales y sanitarios como instrumento para abordar el reto del envejecimiento y, más concretamente de la dependencia y la cronicidad asociadas. Se trata de un enfoque asistencial, centrado en las personas. Es también un enfoque de servicios integrados, en el que el hogar pasa a jugar un papel fundamental como centro de cuidados y las tecnologías de la información y la comunicación actúan como instrumento para favorecer la permanencia e integración de las personas en su entorno familiar y social habitual.

- Enfoque preventivo socio-sanitario que permite la unificación del servicio para toda la comunidad autónoma.
- Puesta en marcha de procedimientos de colaboración con los servicios sanitarios que presta Osakidetza. Para ello se identifican servicios de salud no presenciales (que Osakidetza pone a disposición de la población), para incorporarlos de manera complementaria a los servicios tradicionales de la teleasistencia, buscando una prestación integrada.
- Definición conjunta del protocolo asociado: se han identificado los interlocutores válidos para realizar un seguimiento de la prestación, se han creado indicadores de calidad y se realizan evaluaciones mensuales de los resultados.
- Utilización coordinada de recursos existentes permitiendo que para la realización de las intervenciones mencionadas no se hayan precisado nuevos recursos.
- La teleasistencia como punto de acceso único, independientemente de que los servicios sean sociales o sanitarios, y de qué organización pública los preste.
- Compromiso institucional del Gobierno Vasco, a través del Departamento de Políticas Sociales, titular del Servicio de Teleasistencia, y del Departamento de Salud. Gestión a través de OSATEK, S.A., sociedad pública del Departamento de Salud, que aporta su experiencia en gestión de servicios a la ciudadanía.
- Colaboración público-privada en un plazo de tiempo corto y a un coste muy competitivo.

DESTACAMOS:

★ Sistema de teleasistencia desarrollado desde el Departamento de Empleo y Políticas Sociales, con la coordinación socio-sanitaria como eje vertebrador para abordar el reto del envejecimiento.

ELEMENTOS PRINCIPALES

Subproceso Síndrome de Down (SUBPAINNE)

TEMA	CATEGORÍA	ORGANIZACIÓN	LUGAR	INICIO
Discapacidad	Gestión y procesos	Fundación Síndrome de Down y otras Discapacidades Intelectuales	Bilbao (País Vasco)	2013

Se trata de una guía promovida por la Fundación Síndrome de Down y otras Discapacidades Intelectuales del País Vasco (FSDPV) y elaborada por un conjunto amplio de profesionales e instituciones que trata de ofrecer a los actores que participan en el proceso de atención al menor con Síndrome de Down (SD) un repositorio de recursos e información relativa al perfil del menor con Síndrome de Down, con el objetivo final de facilitar la atención y el cuidado a este colectivo. Esta guía nace de un proyecto más amplio, el Proceso de Atención Integrada a Niños y Niñas con Necesidades Especiales (PAINNE).



- Proceso de diseño bottom-up. En el documento han participado más de 15 profesionales con diferentes perfiles profesionales y de ámbitos de actuación diferentes: Servicio Vasco de Salud, Departamento de Educación del Gobierno Vasco, la Fundación Síndrome de Down y otras discapacidades del País Vasco y más de 25 familias con hijos e hijas con Síndrome de Down.
- Colaboración institucional desde el ámbito socio-sanitario-educativo para coordinar y optimizar la respuesta que se da durante los seis primeros años de vida a los niños y niñas con Síndrome de Down y a sus familias.
- Procedimiento inclusivo en el desarrollo de la guía. La colaboración en el proyecto de 25

familias con hijos/as con SD menores de seis años se ha llevado a cabo mediante la aplicación de una encuesta y la revisión del documento por familias.

DESTACAMOS:

★ Primera experiencia de colaboración institucional desde el ámbito socio-sanitario-educativo que se produce en el País Vasco para coordinar y optimizar la respuesta que se da durante los seis primeros años de vida a los niños y niñas con Síndrome de Down y a sus familias.

Unidad de continuidad asistencial (OSI Bidasoa)

TEMA	CATEGORÍA	ORGANIZACIÓN	LUGAR	INICIO
Cronicidad o Cuidados de Larga Duración	Cambios organizativos	OSI Bidasoa	Hondarribia, Guipúzcoa (País Vasco)	2011

La Organización Sanitaria Integrada Bidasoa (OSI) surge en enero del 2011 como la primera organización integrada en la Comunidad Autónoma del País Vasco, con el objetivo de facilitar un cambio en el modelo asistencial y promover una nueva forma de relación entre los profesionales basada en la colaboración. Se trata de un proyecto promovido, principalmente, por la institución de Bidasoa y por el entonces Departamento de Salud Vasco.

- Unidad constituida por profesionales sanitarios de atención primaria, internistas de referencia (uno por cada centro de salud), enfermera de enlace hospitalario y trabajadora social. La trabajadora social hospitalaria, perteneciente a la OSI, se encarga de realizar la valoración social de los pacientes pluripatológicos. Es el nexo entre los servicios sociales comunitarios y la OSI (que como tal, no hace distinción entre los niveles hospitalario y primario), siendo la encargada de notificar a los servicios sociales cuáles son las necesidades sociales del paciente.
- Valoración integral del paciente y activación de un Plan de Continuidad entre los dos niveles asistenciales; atención primaria y hospitalaria.
- La Unidad de Continuidad Asistencial (UCA) se encarga de estabilizar a los pacientes y facilitar la continuidad asistencial por parte del médico y enfermera de AP.
- Historia clínica compartida.

ELEMENTOS
PRINCIPALES

DESTACAMOS:

★ *El rol de la trabajadora social del hospital perteneciente a la Organización Sanitaria Integrada (OSI) de Bidasoa, que actúa de nexo con los servicios sociales y de atención primaria para ofrecer una atención integrada, por ejemplo, en el caso de los pacientes pluripatológicos.*



2017

Andalucía, País Vasco, Castilla y León y Cataluña se repartieron las 10 experiencias registradas en el OMIS en 2017. Hubo prácticas bastante novedosas en cuanto a su temática, trascendiendo el dominante ámbito de la atención a la cronicidad para aplicar también el enfoque integrado a la atención a la discapacidad intelectual, a la salud de inmigrantes o a casos de violencia de género. En 2017 registramos la experiencia de “Todos contigo - Proyecto Piloto en el distrito San Pablo - Santa Justa” de New Health Foundation.

TABLA 6. EXPERIENCIAS REGISTRADAS EN EL OMIS EN 2017

NOMBRE DE LA EXPERIENCIA	CCAA
Razones para vivir	Andalucía
Comisión de Inmigración y Salud	Andalucía
Todos contigo - Proyecto Piloto en el distrito San Pablo - Santa Justa	Andalucía
Physiodom	Castilla y León
Servicios de asistencia personal para personas con problemas de salud mental	Castilla y León
La atención integrada a las personas con discapacidad intelectual en un entorno residencial.	Cataluña
Atención psiquiátrica en residencias PAPER	País Vasco
Coordinación sociosanitaria en casos de mujeres en situación de violencia de género	País Vasco
Cuidados paliativos precoces en pacientes con Esclerosis Lateral Amiotrófica	País Vasco
Innovando en el modelo de atención sociosanitaria de Euskadi a través de InterRAI-CA	País Vasco

Razones para vivir

TEMA	CATEGORÍA	ORGANIZACIÓN	LUGAR	INICIO
Salud Mental, Exclusión Social, Promoción de la Salud y de la Autonomía Personal	Servicios, Formación de Profesionales y Liderazgo, Procesos de Gestión y Modelos, Planes y Programas	Asociación Justalegría	Málaga	2014

Razones para Vivir es un proyecto de prevención de suicidio de la asociación Justalegría desde el ámbito social en coordinación y colaboración con el área de Derechos Sociales del Ayuntamiento de Málaga y la Unidad de Gestión Clínica Salud Mental del Hospital Regional Universitario de Málaga.

ELEMENTOS PRINCIPALES

- El proyecto se dirige a personas con dificultades socioeconómicas a través de los centros de servicios sociales. Para trabajar con esta población se capacita a profesionales de los CSS en prevención básica de suicidio para incrementar sus competencias para la detección temprana, se les proporciona un instrumento de evaluación y criterios para la derivación. Además, se diseña e implementa una psicoterapia preventiva de Psicología Positiva dirigida a población con riesgo medio y bajo de suicidio, para incrementar su resiliencia ante acontecimientos vitales estresantes.
- Elaboración de planes especializados según los grupos sociales y sus dificultades socioeconómicas particulares.
- Puesta en marcha de un programa formativo, capacitando a más de 100 profesionales comunitarios y mejorando sus competencias en detección de población vulnerable.
- Diseño de una psicoterapia grupal preventiva específica, y elaboración de un manual para facilitadores.
- Para la población en general se hacen campañas de sensibilización. Revertir el tabú y el estigma que tiene asociado el suicidio es fundamental para que la población afectada quiera y sepa pedir ayuda. Se desarrollan campañas de sensibilización a través de acciones de calle, concurso de fotografía, talleres para profesionales, página web y redes sociales.
- Sensibilización a través de informantes claves y voluntarios.
- Fomento de la investigación a través de grupos de investigación universitarios, congresos y manuales.
- Diseño de un proyecto piloto de detección de población vulnerable.

DESTACAMOS:

- ★ *La doble vertiente: intervención sobre grupos vulnerables y sensibilización de la población.*

Comisión de Inmigración y Salud en el poniente almeriense

TEMA	CATEGORÍA	ORGANIZACIÓN	LUGAR	INICIO
Exclusión Social, Promoción de la Salud y de la Autonomía Personal	Formación de Profesionales y Liderazgo, Procesos de Gestión y Gestión y Administración de Recursos	Distrito Sanitario de Poniente del Servicio Andaluz de Salud	Almería	2008

Es una iniciativa de participación y trabajo con la comunidad. Busca dar una mirada a la salud desde distintas perspectivas. Incorpora a los distintos sectores sociales y trabaja de forma coordinada y complementaria para aprovechar las sinergias de entidades y tejido social en la mejora de la salud de la población inmigrante y en la reducción de desigualdades en salud. Entre los objetivos prioritarios de la Comisión están las actividades de sensibilización y adquisición de competencias interculturales. La realización de estas actividades está consiguiendo que se utilice un lenguaje común y que cambien las culturas organizativas de organizaciones del sector sanitario y social. También está generando mecanismos que facilitan el trabajo conjunto con los Ayuntamientos de la zona.

- Mejora de la salud de la población inmigrante y reducción de desigualdades en salud a través de la integración interdisciplinar entre sectores sociales y sanitarios.
- Implicación de las entidades en la identificación y abordaje de necesidades en salud de la población inmigrante, a través del trabajo en red.
- Formación, sensibilización y cambios en las culturas organizativas mediante encuentros anuales interdisciplinares.
- Uso de un lenguaje y una forma de intervenir “en común” a través de la adquisición de competencias en salud y en mediación de los técnicos de Ayuntamientos, de las ONG, del voluntariado y de los dirigentes y técnicos de las Asociaciones de Inmigrantes
- Fomento de la adquisición de conocimientos y competencias interculturales en profesionales del ámbito de la salud, realizándose sesiones de sensibilización y cursos específicos de adquisición de competencias.
- Realización de convenios de colaboración entre entidades miembros de la Comisión que permitan identificar grupos de riesgo y que el trabajo de la comisión llegue al nivel asistencial.
- Elaboración de diversos planes y actuaciones conjuntas ante situaciones complejas, como por ejemplo la situación del Ébola en el año 2014.
- Difusión de programas de salud institucionales y diseño de estrategias para mejorar resultados.

ELEMENTOS PRINCIPALES

DESTACAMOS:

- ★ Trabajo conjunto con los Ayuntamientos de la zona.

Proyecto Piloto en el distrito San Pablo-Santa Justa. Creación de redes comunitarias dentro del marco de «Sevilla Contigo, Ciudad Compasiva»

TEMA	CATEGORÍA	ORGANIZACIÓN	LUGAR	INICIO
Comunidades compasivas en Cuidados Paliativos	Servicios, Gestión y Procesos, Cambios organizativos	Fundación New Health	Distrito San Pablo-Santa Justa (Sevilla)	2008

Todos Contigo® es un programa de New Health Foundation (NHF) de creación de redes comunitarias sensibilizadas, formadas y motivadas para cuidar y acompañar a personas que afrontan la enfermedad avanzada y/o el final de la vida, complementando así los servicios sociosanitarios que ofrecen los cuidados paliativos.

En febrero de 2017, en el marco de «Sevilla Contigo, Ciudad Compasiva», NHF implementó un Proyecto Piloto en el distrito San Pablo – Santa Justa de Sevilla. Entre los elementos de atención integrada que configuran la experiencia están: trabajo en equipo multidisciplinar, identificación proactiva de casos, valoración integral de necesidades, el rol de la promotora comunitaria (responsable comunitario de movilizar recursos y activar redes de apoyo para la persona en situación paliativa), soporte a cuidadores y familia, etc.

ELEMENTOS PRINCIPALES

- Diseño de una metodología propia Todos Contigo® basada en identificar e implicar a los centros y recursos para atender a las necesidades, concienciar y sensibilizar a todos los ciudadanos sobre los cuidados paliativos y la importancia de construir redes de cuidados y cubrir las necesidades de cuidados y acompañamiento de las personas al final de vida.
- Campañas de sensibilización que se desarrollan en el distrito.
- Crear y gestionar las redes de cuidados para atender integradamente a personas en fase final de vida.
- Formación de un equipo multidisciplinar.
- Identificación proactiva de casos, el equipo completo se reúne trimestralmente para evaluar avances en el programa y las intervenciones.
- Formación conjunta de profesionales.
- Acciones y activación de recursos integrando las relaciones familiares, sociales y vecinales.
- Nuevo perfil de atención: la promotora comunitaria, que permite complementar la atención integrada enfocada a la persona mediante la implicación de la comunidad, de las redes más cercanas a aquellos que afrontan la enfermedad avanzada y/o el final de vida.

- Valoración integral de necesidades y recursos, a través del Protocolo REDCUIDA.
- Programa basado en 6 intervenciones que permite medir la mejora de la calidad de vida de la persona beneficiaria.
- Desarrollo de un plan de acción individual: proceso de intervención comunitaria, a través de la derivación del caso a la promotora comunitaria que analiza la situación de la persona y sus redes de cuidados, para así poder satisfacer las necesidades identificadas.
- Soporte a cuidadores, familiares y otras redes de apoyo.

DESTACAMOS:

- ★ *La figura del promotor comunitario.*
- ★ *La sensibilización de la población.*

Physiodom HDIM: Herramienta para un envejecimiento saludable

TEMA	CATEGORÍA	ORGANIZACIÓN	LUGAR	INICIO
Personas Mayores, Exclusión Social	Servicios, Sistemas de Información y Nuevas Tecnologías y Evaluación y Calidad	Consorti Sanitari de Terrassa	Terrassa, Barcelona (Cataluña)	2014

La intervención realizada en el proyecto PhysioDom HDIM consiste en un sistema de televigilancia que es utilizado por los participantes desde su hogar para hacer la medición automática de peso y la presión arterial, niveles de actividad física mediante un podómetro, así como otros síntomas como dolor, insomnio, fatiga, etc.

Los profesionales (de la salud, trabajadores sociales o nutricionistas) reciben alertas cuando los resultados van más allá de un umbral predefinido según la patología y las características de cada paciente. Este sistema de televigilancia se integra en la atención habitual de los profesionales: cuando el profesional recibe un aviso proporcionará seguimiento de acuerdo con los procedimientos de atención y protocolos que se aplican a la organización de salud que puede incluir una derivación a otro profesional de la salud o diferente nivel asistencial.

ELEMENTOS PRINCIPALES

- Contacto telemático entre los profesionales y el propio beneficiario, con el objetivo de individualizar la intervención según sus necesidades específicas. Si el caso lo precisaba se realizaba atención presencial o telefónica.
- Intervenciones del médico/enfermero de familia, trabajador social y nutricionista.
- Coordinación de recursos mediante equipos multidisciplinares.
- Reducción del índice de masa corporal de los beneficiarios y aumento de los niveles de ejercicio.
- Introducción de TICs de atención sanitaria ofrecidas por el gobierno catalán.
- Intervención precoz en reagudización de determinadas patologías para disminuir el número de ingresos y visitas no justificadas.

DESTACAMOS:

- ★ Empoderamiento sobre la salud del usuario, al poder ver su propia evolución.
- ★ Involucra a todos los agentes de salud a un mismo nivel, facilitando la priorización de intervenciones y atención individualizada.
- ★ Generación de una plataforma y una cultura de trabajo que permita la atención integrada, cribando el nivel de riesgo y permitiendo derivar al profesional adecuado en cada momento.

Servicio de Asistencia Personal para personas con problemas de Salud Mental

TEMA	CATEGORÍA	ORGANIZACIÓN	LUGAR	INICIO
Deterioro Cognitivo, Discapacidad, Salud Mental	Cambios organizativos, Servicios, Formación de Profesionales y Liderazgo y Modelos, Planes y Programas	Federación Salud Mental Castilla y León	Valladolid, (Castilla y León)	2016

El servicio de asistencia personal para personas con problemas de salud mental nace en 2016, con el objetivo de garantizar el derecho de estas personas a una vida independiente, fomentando su libertad y respetando sus propias decisiones. El “Servicio de asistencia personal” es un instrumento clave de integración social y de empleabilidad de las personas con problemas de salud mental. Se trata de una figura que posibilita la promoción de la autonomía personal.

- Instrumento de integración sociolaboral de personas con problemas de salud mental.
- Enfoque en el medio rural como un servicio adaptado a cada caso particular, y donde el entorno de las personas es su lugar de ejecución.
- Promoción de la autonomía personal desde dos vertientes: pasando de la dependencia a la promoción de la autonomía personal, y con una formación y capacitación laboral-teórico, siguiendo el modelo de “apoyo de pares”.
- Intervención coordinada de todos los agentes implicados a través de una atención integral y aportando el proyecto de vida de las propias personas.
- Articulación de una “formación de formadores” en asistencia personal y salud mental, formando a 150 personas con problemas de salud mental y a 70 profesionales de distintas disciplinas, contando con cerca de 90 beneficiarios.
- Apoyo de 11 entidades y 11 delegaciones para dar cobertura en el territorio, especialmente en el medio rural.
- El trabajo en equipo y coordinado hizo posible el primer impulso y puesta en marcha del proyecto en sus dos vertientes; como servicio prestado y como yacimiento de empleo para personas con problemas de salud mental.
- Creación de un nuevo modelo sociosanitario de atención y un servicio adaptado a las propias personas con problemas de salud mental.
- Intervención realizada desde un punto de vista psicosocial e integrador, haciendo partícipe al propio beneficiario y creando una red coordinada entre los agentes implicados.
- Establecimiento de un servicio sostenible en el tiempo a nivel económico, legislativo y social.

ELEMENTOS PRINCIPALES

DESTACAMOS:

- ★ *El rol del asistente personal.*

La atención integrada a las personas con discapacidad intelectual en un entorno residencial

TEMA	CATEGORÍA	ORGANIZACIÓN	LUGAR	INICIO
Cronicidad y cuidados de larga duración, Discapacidad, Salud Mental, Promoción de la Salud y de la Autonomía Personal	Cambios organizativos, Servicios, Formación de Profesionales y Liderazgo, Procesos de Gestión y Modelos, Planes y Programas	Fundación Sant Tomàs (Centre Riudeperes)	Osona (Cataluña)	2013

En el marco del “Pla Interdepartamental d’Atenció i Interacció Social i Sanitària” (PIAISS) y desde el paradigma del modelo de atención integral centrada en la persona (AICP), se han propuesto unas bases del modelo de atención en las residencias de Cataluña. El Centre Riudeperes ha realizado numerosas modificaciones y cambios siguiendo las líneas del PIAISS y ha generado un modelo de atención integrada centrada en la persona en el servicio residencial del Centre Riudeperes, en el cual viven 56 personas con discapacidad intelectual (DI).

ELEMENTOS PRINCIPALES

- El Centre Riudeperes dispone de un servicio residencial y de un servicio diurno, ambos destinados a personas con DI que requieren apoyo generalizado y que presentan problemas de salud física y/o salud mental añadidos.
- Elaboración de un Plan personal de Apoyo (PPA) y de la Planificación Centrada en la Persona (PCP).
- Creación de un equipo interdisciplinar, con reuniones periódicas de seguimiento para el empoderamiento de las personas residentes, sus familias y la totalidad de los profesionales.
- Integración de las TIC relacionadas con el proyecto y uso de plataformas interoperables: el uso de la historia clínica compartida, la existencia de una Estación Clínica de Atención Primaria en el propio centro o el trabajo interdisciplinar dentro del equipo y en coordinación/colaboración con profesionales de recursos relacionados
- Participación directa, informada y efectiva de personas con DI, familiares y profesionales.

DESTACAMOS:

- ★ Pactos que se han llevado a cabo con distintos recursos de la zona.

Programa de Atención Psiquiátrica en Residencias (PAPER)

TEMA	CATEGORÍA	ORGANIZACIÓN	LUGAR	INICIO
Salud Mental, personas mayores, deterioro cognitivo y cronicidad o cuidados de larga duración	Servicios; Gestión y Procesos; Cambios organizativos	Red de Salud Mental de Araba (Osakidetza – Servicio Vasco de Salud)	Álava (País Vasco)	2014

Existe una necesidad de atención psiquiátrica en residencias de ancianos, tanto públicas de la Diputación Foral de Álava y Ayuntamiento de Vitoria-Gasteiz, como en residencias privadas. Esta atención se venía haciendo años atrás desde los diferentes centros de salud mental (CSM) de Álava a algunas de las residencias, mientras que otras veces eran los pacientes y sus cuidadores quienes acudían a los CSM. Considerábamos que potenciar el espacio sociosanitario necesitaba acciones concretas y en 2014 se decidió unificar esta atención, asumiéndola a través de personal referente desde el Hospital Psiquiátrico de Álava (HPA). Se buscó así prestar atención psiquiátrica a personas en residencias geriátricas, garantizar una asistencia psiquiátrica de enlace, facilitar los ingresos programados al HPA, empoderar al personal de residencias para mejorar la calidad de vida de los pacientes, desinstitucionalización y seguimiento de pacientes estabilizados ingresados en el HPA a residencias de la comunidad, servir de elemento descongestivo respecto a los requerimientos psiquiátricos de pacientes con enfermedades crónicas y orientar y gestionar a pacientes y su entorno sobre los procedimientos administrativos relacionados con la salud.

- Trabajo con profesionales referentes (Psiquiatría y Enfermería Especialista en Salud Mental) por parte del HPA y por parte de cada residencia.
- Tratamiento de citaciones de forma encriptada y a través de la Unidad de Gestión Sanitaria.
- Visitas programadas con carácter quincenal y/o mensual, según el volumen de usuarios de cada residencia. Posibilidad de atención urgente en casos puntuales.
- Un sistema de atención no presencial, vía telefónica e e-mail, igualmente trabajando con datos encriptados.
- Planificación de ingresos programados breves en HPA en caso de no estabilización de la

situación en el domicilio habitual. Seguimiento individual del paciente tras el alta del HPA hasta su adopción al nuevo entorno.

- Empoderamiento al personal de la residencia a través de formación programada anual (con evaluación posterior de la misma) en manejos conductuales y psicológicos para mejorar la calidad de vida de los usuarios

ELEMENTOS PRINCIPALES

DESTACAMOS:

- ★ Herramienta informática única de la historia clínica integrada que manejan también desde las residencias (OSABIDE INTEGRADA y PRESBIDE)

Coordinación Sociosanitaria en casos de mujeres en situación de violencia de género

TEMA	CATEGORÍA	ORGANIZACIÓN	LUGAR	INICIO
Promoción de la salud y autonomía personal; Violencia de género; Mujer	Gestión y procesos; profesionales; Formación y liderazgo	Osi Barrualde-Galdakao	Vizcaya (País Vasco)	2016

Diseño y puesta en marcha del circuito de comunicación de casos para las mujeres en situación de violencia de género que garantice la continuidad asistencial entre los servicios de urgencias y la atención primaria; y que facilite la coordinación del ámbito sanitario con otros recursos sociales y/o comunitarios.

ELEMENTOS PRINCIPALES

- Elaboración de un circuito de comunicación de casos para las mujeres en situación de violencia de género para mejorar la coordinación interna y externa.
- Constitución de un equipo multidisciplinar con reuniones quincenales, encargado de elaborar el plan de gestión de esta área y de priorizar las acciones en función de los resultados.
- Implantación de los circuitos a través de jornadas de formación/sensibilización de profesionales.
- Creación de indicadores basados en 4 objetivos específicos:
 - Garantizar la continuidad asistencial entre los servicios de urgencias y la atención primaria.
 - Facilitar la coordinación del ámbito sanitario con otros recursos sociales y/o comunitarios.
 - Aumentar el número de casos de mujeres en situación de violencia de género conocidos por los servicios de salud de atención primaria.
 - Sensibilizar a los profesionales de salud sobre la violencia de género.
- Sensibilización de profesionales en aquellas áreas hospitalarias que actúan con mayor frecuencia en casos de violencia de género.
- La existencia de un circuito específico para atender a las mujeres sitúa la violencia de género en una posición relevante respecto a otros problemas de salud, reconociéndose por los profesionales sanitarios como un problema de salud con entidad clínica propia.
- Asegurar la continuidad entre el ámbito social y el sanitario, ya que tanto los servicios sociales de la OSI como los de base serán informados de la existencia del caso, lo que garantiza el cumplimiento de los derechos en materia de servicios sociales sin aumento de coste en recursos humanos.

DESTACAMOS:

- ★ *La violencia de género como problemática a abordar desde el enfoque de la atención integrada.*

Desarrollo e implementación de una unidad de atención integral a pacientes con ELA

TEMA	CATEGORÍA	ORGANIZACIÓN	LUGAR	INICIO
Cuidados paliativos	Servicios; Gestión y Procesos; Cambios organizativos	Osi-Araba	Álava (País Vasco)	2011

La vía clínica de la Esclerosis Lateral Amiotrófica ofrece una atención integral y multidisciplinar a los pacientes con ELA, con el fin de favorecer y agilizar el diagnóstico y el tratamiento, protocolizando las actuaciones y coordinando las distintas especialidades médicas implicadas en su manejo. El modelo en el que se basa es el de gestión de caso, gestión que se lleva a cabo desde la Unidad de Medicina Paliativa. Desde esta Unidad, una enfermera es la responsable de la gestión coordinada de cada consulta y mantiene una comunicación fluida con el paciente y la familia, dando respuesta a todas las necesidades que van surgiendo a lo largo del proceso.

- Tratamiento en unidades multidisciplinarias que incrementa la supervivencia de los enfermos de ELA y mejoría en el retraso del diagnóstico, el uso de la VMNI y la colocación de PEG, así como la reducción del número de ingresos y mejoría en la calidad de vida del paciente.
- Creación de la llamada “vía clínica ELA”, con el objetivo de ofrecer a los pacientes una atención más coordinada y compartida entre los servicios implicados.
- Organización de una consulta monográfica en la que atienden todos los especialistas que intervienen en el proceso, siguiendo el modelo de gestión de casos.
- Una experiencia única porque la integración pivota sobre los cuidados paliativos a través de la Unidad de Medicina Paliativa, que coordina, da soporte, organiza y gestiona el seguimiento multidisciplinar y multiservicio, proporcionando acceso y atención directa a los pacientes y sus familias, así como dando información al equipo de Atención Primaria.
- La atención se extiende también al domicilio con la presencia continua de Atención Primaria y la de Hospitalización a Domicilio en el caso de que ésta fuera necesaria.
- Realización de una primera valoración global desde el Equipo de Cuidados Paliativos.
- Seguimiento de los pacientes con una periodicidad mensual en un espacio físico y temporal único.
- Atención durante ingresos y en la fase final de la enfermedad.

ELEMENTOS
PRINCIPALES

DESTACAMOS:

- ★ Consulta monográfica de forma que cada paciente solo tiene que acudir ese día a esa consulta donde le atenderán todos los especialistas que intervienen en su proceso.

InterRAI-CA

TEMA	CATEGORÍA	ORGANIZACIÓN	LUGAR	INICIO
Promoción de la Salud y de la Autonomía Personal; Personas Mayores; Deterioro Cognitivo; Cronicidad y Cuidados de Larga Duración	Sistemas de Información y Nuevas Tecnologías; Cambios Organizativos, Procesos de Gestión (circuitos y protocolos); Formación de Profesionales y Liderazgo	BIOEF, Fundación Vasca de Innovación e Investigación Sanitarias	Vizcaya (País Vasco)	2016

Instrumento de valoración sociosanitaria InterRAI CA, 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.

ELEMENTOS PRINCIPALES

- Implantación de un instrumento de cribado poblacional para adultos con necesidades sociosanitarias que mediante una evaluación de contacto permite obtener un diagnóstico de la situación y necesidades.
- Desarrollo de un diagnóstico mediante 4 algoritmos: autonomía personal, necesidad de una valoración exhaustiva, necesidad de servicios urgente y necesidad de iniciar o continuar con rehabilitación funcional.
- Elaboración de un plan de atención individualizado de manera consensuada y contrastada por todos los profesionales que intervienen en el caso, especificando las áreas de actuación prioritarias.
- Formación de equipos ad hoc en torno a la persona para garantizar una atención integrada.
- Introducción de un cambio de paradigma incorporando un nuevo modelo de valoración y compartición de los casos sociosanitarios, que mejore la comunicación y coordinación entre sistemas.

DESTACAMOS:

- ★ *InterRAI CA es embrión de la futura historia sociosanitaria.*

2018/19

Aunque menos que en años previos, no por eso las 6 experiencias registradas en 2018/19 tienen menos valor; todo lo contrario, reflejan el intenso momento programático en Asturias, la pionera aportación de Extremadura en el ámbito de la atención a la patología dual (discapacidad intelectual y trastorno mental), el uso de las rutas asistenciales como palanca sistémica en País Vasco o la necesidad de crear mecanismos estables de coordinación, como en Valencia.

TABLA 7. EXPERIENCIAS REGISTRADAS EN EL OMIS EN 2018/19

TÍTULO DE LA EXPERIENCIA	CCAA
Empoderando a personas vulnerables con enfermedad crónica: el proyecto EFFICHRONIC en Asturias	Asturias
Protocolo Sociosanitario para la promoción del buen trato y la detección e intervención ante el maltrato a personas mayores en el Principado de Asturias: experiencia piloto de implantación	Asturias
El Programa de Atención Integrada en Cuidados Paliativos del SES del Área de Salud de Badajoz	Extremadura
Subcomisiones gestión de casos de personas con Discapacidad Intelectual y Trastornos de Salud Mental de Extremadura	Extremadura
El Mapa Asistencial Integral y las Rutas Asistenciales como palancas de transformación de la OSI Barrualde Galdakao hacia su modelo asistencial integrado	País Vasco
Implementación de la Comisión de Coordinación Sociosanitaria del Departamento de Salud Valencia Clínico-Malvarrosa	Valencia

Empoderando a personas vulnerables con enfermedad crónica: el proyecto EFFICHRONIC en Asturias

TEMA	CATEGORÍA	ORGANIZACIÓN	LUGAR	INICIO
Cronicidad. Vulnerabilidad	Servicios	Fomento en Asturias de la Investigación Científica Aplicada y la Tecnología (FICYT) y la Consejería de Sanidad del Gobierno del Principado de Asturias (CSPA) y el Servicio de Salud del Principado de Asturias (SESPA)	Asturias	2017

Experiencia de captación de individuos/grupos vulnerables de difícil acceso, que no son inmediatamente visibles en el radar de nuestros sistemas sanitarios, para incluirles en programas de autogestión de enfermedades crónicas. Proyecto europeo en el que participan instituciones de 5 países y está liderado por la Consejería de Salud de Asturias. En Asturias, el proyecto está suponiendo el despliegue de todo un elenco de iniciativas políticas y de gobernanza a todos los niveles y sectores para asegurarse tanto el apoyo como la participación y alineamiento de todos los agentes necesarios en conseguir el mayor éxito en la captación.

- Mapeado y división del territorio del Principado de Asturias por criterios de vulnerabilidad, identificándose áreas geográficas vulnerables prioritarias.

- Diseño de estrategias de captación de pacientes vulnerables, más proactivas e imaginativas que las que quizá se necesitan para el resto de la población.

- Despliegue de todo un elenco de iniciativas políticas y de gobernanza a todos los niveles para asegurarse tanto el apoyo como la participación y alineamiento de todos los agentes necesarios en conseguir el mayor éxito en la captación.

- Acuerdos a nivel autonómico entre la Consejería de Sanidad y la de Servicios Sociales, el Colegio Oficial de Farmacéuticos (COF) de Asturias;

- A nivel de área o zona, con ayuntamientos y servicios sociales, asociaciones, centros de salud, organizaciones no gubernamentales (Cruz Roja, Secretariado Gitano), centros residenciales de asistidos, etc.

ELEMENTOS PRINCIPALES

DESTACAMOS:

- ★ Intensa labor intersectorial y de coordinación de todos los recursos del territorio, tejiendo acuerdos con los distintos agentes.

- ★ Financiado por la Comisión Europea con fondos aportados por el programa de Salud de la Unión Europea (2014-2020) como parte del proyecto / acción conjunta '738127 / EFFICHRONIC'.

Protocolo Socio Sanitario para la promoción del buen trato y la detección e intervención ante el maltrato a personas mayores en el Principado de Asturias: experiencia piloto

TEMA	CATEGORÍA	ORGANIZACIÓN	LUGAR	INICIO
Personas mayores	Planes y Programas; Gestión y procesos	Consejería de Servicios y Derechos Sociales y Consejería de Sanidad del Gobierno del Principado de Asturias	Asturias	2018

El Protocolo sociosanitario pretende orientar a los profesionales de los servicios sociales y de salud del Principado de Asturias en cualquiera de sus ámbitos de intervención para promover el buen trato y prevenir, detectar e intervenir coordinadamente ante las situaciones de maltrato a las personas mayores. Establece las intervenciones a desarrollar en los ámbitos social-comunitario, relacional-familiar e institucional.

ELEMENTOS PRINCIPALES

- Junto con las medidas de carácter general para la prevención y promoción del buen trato, el documento recoge medidas específicas de protección y prevención en cada uno de los siguientes ámbitos:
 - **Ámbito social-comunitario** (relativo a elementos contextuales y de índole sociocultural). Medidas a impulsar: potenciar la red social natural; desarrollar actuaciones integrales que favorezcan la coordinación de los sistemas de protección.
 - **Ámbito relacional-domiciliario** (entorno de convivencia de la persona mayor) donde se recogen los factores que ayudarían a disminuir la incidencia de los malos tratos: disponer de apoyo y recurso sociales próximos al domicilio; disponer de formación para cuidarse y cuidar; existencia de relaciones sociales satisfactorias.
 - **Ámbito institucional** (establecimientos prestadores de servicios y cuidados a corto/largo plazo, de titularidad pública o privada). Algunas de las medidas incluidas son: apertura de la institución a la comunidad; realización de actividades diversificadas adaptadas a las necesidades de las personas mayores; formación continua y permanente del personal.
- El protocolo recoge y aporta herramientas innovadoras para la intervención, generadas durante el proceso de elaboración del mismo, como son: flujogramas, escalas de valoración, registros de indicadores, documentos de coordinación y comunicación entre servicios y guías para la realización de entrevistas.

DESTACAMOS:

- ★ *Se realizó un proceso pionero de pilotaje en diferentes servicios y recursos con el objetivo de identificar casos reales, validar los procesos y herramientas de intervención previstos así como recoger propuestas de mejora.*

El Programa de Atención Integrada en Cuidados Paliativos del SES del Área de Salud de Badajoz

TEMA	CATEGORÍA	ORGANIZACIÓN	LUGAR	INICIO
Cuidados Paliativos	Servicios; Procesos de Gestión; Modelos; Formación de Profesionales y Liderazgo	Servicio Extremeño de Salud	Área de Salud de Badajoz (Extremadura)	2003

En el año 2002 y, dentro del desarrollo del Programa Regional de Cuidados Paliativos de Extremadura, se pone en marcha el programa de Atención Integrada en Cuidados Paliativos en el Área de Salud de Badajoz del Servicio Extremeño de Salud (SES). Se crea un Equipo de Soporte de Cuidados Paliativos (ESCP Ba), formado por Médicos, Enfermeras, Psicólogo y Trabajador Social e integrado, como apoyo a los profesionales del nivel primario de atención, de los diferentes servicios hospitalarios y de los centros de atención socio-sanitaria, dependiendo la intensidad de la atención del nivel de complejidad que presentan los enfermos y sus familias, pudiendo variar su actividad desde solo un asesoramiento telefónico a los profesionales referidos hasta la atención hospitalaria continuada.

- Atención a los pacientes en fase terminal y a sus familiares, como un derecho legal del individuo, en cualquier lugar, circunstancia o situación, a través de las diferentes estructuras de la red sanitaria y social.
- Equipo multidisciplinar e intersectorial.
- Valoración multidimensional de la persona y su entorno familiar; enfoque bio-psico-social y espiritual.
- Continuidad asistencial (gestión de altas y transiciones). Es fundamental el papel de la atención primaria y hospitalaria en el registro y los cuidados básicos, el de los Centros So-

cio-Sanitarios en las situaciones en las que sea requerido y el de los ESCPs en situaciones de alta complejidad.

- Cultura y valores compartidos (mediante actividades de formación e investigación).

ELEMENTOS PRINCIPALES

DESTACAMOS:

- ★ *Implicación de la comunidad (proyecto Badajoz Contigo, Ciudad Compasiva) junto con un plan de voluntariado.*

Las Subcomisiones de gestión de casos de personas con Discapacidad Intelectual y Trastornos de Salud Mental de Extremadura

TEMA	CATEGORÍA	ORGANIZACIÓN	LUGAR	INICIO
Discapacidad Intelectual; Salud mental	Planes y Programas; Gestión y procesos	Servicio Extremeño de Promoción de la Autonomía y Atención a la Dependencia (SEPAD). Consejería de Sanidad y Políticas Sociales. Junta de Extremadura	Extremadura	2018

El Plan de Acción para la Atención de las Personas con Discapacidad Intelectual y Trastornos de Salud Mental (PDISM) de Extremadura pretende responder intersectorialmente a una situación generalmente no reconocida, casi siempre infra-diagnosticada y consecuentemente no tratada: cuando coexisten la discapacidad intelectual y el trastorno de salud mental. El abordaje de las necesidades de las PDISM requiere de la participación de los servicios sanitarios y sociales, la intervención de profesionales de diferentes disciplinas y el diseño y seguimiento de las actuaciones en un circuito asistencial previamente definido o diseñado individualmente. Todo ello implica el establecimiento de cauces formales de comunicación y coordinación, como son las Subcomisiones de Gestión de Casos PDISM de Área.

ELEMENTOS PRINCIPALES

- El modelo contempla la planificación de apoyos y servicios englobados en las redes genéricas de salud mental y discapacidad, la creación de servicios especializados en el abordaje de la problemática específica que presentan las PDISM y el desarrollo de mecanismos de coordinación entre las redes, encuadrado todo ello en el diseño de un proceso de atención específico, coherente con el modelo de atención sociosanitaria implantado en Extremadura.
- Las subcomisiones de gestión de casos son los mecanismos de coordinación y de criterios de derivación dirigidos a lograr una relación fluida entre los servicios y la continuidad asistencial entre los mismos.
- Su objetivo principal es coordinar la atención prestada a pacientes de alto nivel de complejidad, cuando ha quedado rebasada la capacidad de resolución de los dispositivos y los mecanismos habituales de coordinación.
- Gestiona los casos de personas con problemáticas sociales y sanitarias simultáneas y que necesitan la intervención conjunta de los profesionales del sistema de salud y de servicios sociales, para resolver o mejorar su situación. Resuelven la detección de los casos, la valoración multidisciplinar, la preparación del plan de intervención conjunto, y el seguimiento y cierre del caso.
- Las Subcomisiones cuentan con 2 miembros permanentes con la función de coordinar la actividad de la SCGC, convocar las reuniones y dejar constancia documental de las mismas.

- Las subcomisiones de casos no son un recurso estable sino que se pueden activar por iniciativa de los Coordinadores de Salud Mental de Área, de cualquier profesional o de los propios Servicios Centrales del SES o del SEPAD.
- Como mecanismo a nivel regional, existe la Subcomisión Regional de Gestión de Casos, diseñada también mediante instrucción conjunta del SES y del SEPAD y que se puede convocar cada vez que existe un caso complejo al que hay que buscar una solución específica o diseñar una ruta de atención.

DESTACAMOS:

- ★ *Respuesta innovadora por tratarse de una problemática (la coexistencia de discapacidad intelectual y trastorno mental), generalmente no reconocida y casi siempre infra-diagnosticada y consecuentemente, no tratada.*

El Mapa Asistencial Integral y las Rutas Asistenciales como palancas de transformación de la OSI Barrualde Galdakao hacia su modelo asistencial integrado

TEMA	CATEGORÍA	ORGANIZACIÓN	LUGAR	INICIO
Cronicidad y Cuidados de Larga Duración; Cuidados Paliativos; Deterioro Cognitivo; Salud Mental; Personas mayores	Cambios Organizativos; Gestión y Procesos; Modelos, Planes y Programas	OSI-Barrualde Galdakao	Vizcaya (País Vasco)	2016

En 2016, la OSI Barrualde Galdakao inició el proceso de formulación de un nuevo modelo para atender a la población, centrado en la atención a la población, diseñado desde el punto de vista de las necesidades de los y las pacientes, integrado y compartido por todos los y las profesionales. Como palancas fundamentales de transformación de la OSI hacia el nuevo modelo, se diseñó un “mapa asistencial integral” y se están formulando “rutas asistenciales”, coordinadas y gestionadas por equipos profesionales multidisciplinares, con el foco en resultados y que son la base para la coordinación de la red de los múltiples agentes y dispositivos que prestan un atención efectiva.

ELEMENTOS PRINCIPALES

- Creación de espacios para el conocimiento entre profesionales.
- Unidades de Gestión Integrada (UGI) entre profesionales de atención primaria y especialidades hospitalarias sobre todo a nivel de las cabeceras de atención ambulatoria, concretando pactos sobre criterios de derivación de las patologías más prevalentes entre ambas partes.
- Se ha establecido una Comisión Sociosanitaria que plantee líneas de trabajo con otros agentes externos a la OSI.
- El mapa asistencial es a modo de un tablero por el que se hace discurrir al paciente en la atención de su problema de salud (sea el que sea) y donde se establecen las reglas básicas del “juego”. El domicilio es el punto de inicio, pero también como punto final, de retorno del proceso de atención.
- Transformación de los procesos “clásicos” asistenciales en “rutas genéricas o generales” que permitieran un primer ordenamiento de los flujos de atención a los pacientes. Se establecieron dos rutas generales (paciente agudo y paciente crónica). Elementos de la ruta:
 - Están coordinadas y gestionadas por un equipo de profesionales asistenciales (no necesariamente mandos jerárquicos), que establecen los objetivos clínicos a alcanzar.
 - El foco no es tanto la actividad realizada sino más bien los resultados: busca Resultados en Salud (efectividad) Resultados en Cobertura,

Resultados en Seguridad, Resultados en Coordinación.

- Se basa en la mejor evidencia disponible, adaptando la misma a la realidad de nuestro contexto de atención.
- Tiene un responsable o coordinador de la ruta (equipo clínico).
- Se gestiona con Protocolos o Vías Clínicas y se apoya en diferentes procesos existentes.
- Mecanismo de control: revisión por la Dirección asistencial semestral. Cuenta con un plan de acción y un cuadro de mandos.

DESTACAMOS:

★ El concepto de “red” asistencial incluye agentes que están más allá de la propia OSI, y cuya colaboración es necesaria para una atención efectiva, por ejemplo Emergencias, Hospitales de media larga estancia, o incluso farmacias comunitarias. En la medida que la organización no da respuesta a todas las necesidades del/de la paciente es necesario buscar otros y otras aliadas que participen de la atención del/ de la misma.

Comisión de Coordinación Sociosanitaria del Departamento de Salud Valencia Clínico-Malvarrosa

TEMA	CATEGORÍA	ORGANIZACIÓN	LUGAR	INICIO
Cronicidad y Cuidados de Larga Duración; Promoción de la Salud y de la Autonomía Personal; Salud Mental	Gestión y Procesos	Departamento de Salud Valencia Clínico-Malvarrosa	Valencia	2016

Estructura de coordinación sociosanitaria entre diferentes niveles asistenciales y sectores sociales y sanitarios del Departamento de Salud Valencia Clínico-Malvarrosa. La Comisión está organizada en tres subcomisiones: de atención social y sanitaria; de asociacionismo y voluntariado hospitalario; de acción comunitaria y participación ciudadana.

ELEMENTOS PRINCIPALES

- En el año 2016 se puso en marcha un grupo de trabajo multidisciplinar para mejorar la coordinación de la atención social y sanitaria. La iniciativa de la convocatoria partió de la Dirección médica del Departamento, a la que se unieron los servicios sociales del Ayuntamiento de Valencia, Salud Pública y representantes de la Consejería de Igualdad y Políticas Inclusivas. Posteriormente se fueron incorporando ayuntamientos de l’Horta Nord, otras entidades y representantes del tercer sector.
- Se creó la Comisión Departamental de Coordinación Sociosanitaria, Asociacionismo y Acción Comunitaria, integrada por tres subcomisiones: 1) de atención social y sanitaria, 2) de asociacionismo y voluntariado hospitalario, y 3) de acción comunitaria y participación ciudadana.
- El objetivo global de la Comisión es contribuir a la humanización de la atención asistencial integrando los recursos sociales y sanitarios, mejorar la participación asociativa, del voluntariado y del tercer sector del Departamento, así como facilitar la relación y comunicación entre los profesionales y agentes implicados.
- Los colectivos a los que se orienta la actividad de la Comisión son: pacientes crónicos complejos, personas con problemas de salud mental, menores con necesidades especiales y otras personas en situación de vulnerabilidad.
- Las funciones de la Comisión abarcan: poner en conocimiento entre los profesionales las situaciones que precisan mejorar la coordinación sociosanitaria; informar de los recursos disponible; elaborar protocolos que ayuden a mejorar circuitos para evitar duplicidades; participar en las rutas asistenciales del departamento; elevar propuestas de mejora a la Dirección y a la Gerencia; estrechar relaciones entre las diferentes instituciones y entidades.

DESTACAMOS:

- ★ *Es una comisión dinámica en la que se han seguido incorporando nuevos participantes.*



Antes de convencer al intelecto, es imprescindible tocar y predisponer el corazón
B. Pascal

4.

Elementos e Instrumentos para la Atención Integrada: Nuevas Aportaciones

Tras todo este tiempo, podemos afirmar que el camino que hay que recorrer para que la atención integrada sea una realidad está ya, en sus grandes líneas, diseñado: los diferentes programas, planes y estrategias sean sectoriales o no, incluyen medidas, intervenciones y herramientas que, en su mayor parte, son coincidentes y reflejan el consenso generalizado sobre ciertos elementos e instrumentos clave.

A nivel nacional, además, el Libro Blanco de Coordinación Sociosanitaria en España en 2011, publicado por el Ministerio de Sanidad, había propuesto 63 medidas en las dimensiones asistencial, organizativa y tecnológica, que constituyan un listado muy completo de lo que se podía y debería hacer. Muchas de las medidas incluidas en el Libro Blanco siguen todavía

sin haberse explorado, sobre todo en lo relativo a la generación de una cultura organizacional compartida, del desarrollo de una misión y visión conjunta y de un nuevo sistema de financiación y gestión económica.

Por lo tanto, podemos decir que sabemos qué es lo que tenemos que hacer para que la atención integrada sea una realidad y que en lo que para el próximo lustro debemos hacer es impulsar este cambio de manera decidida.

En un ejercicio de clarificación conceptual de este camino, la Fundación New Heath, elaboró la pirámide OMIS que desarrollamos a continuación y que recoge la clasificación de los elementos e instrumentos necesarios para una verdadera atención integrada.

4.1 Elementos e Instrumentos

Aunque no hay un único modelo de atención integrada sí podemos identificar los elementos sobre los que existe un consenso generalizado de que sin ellos, no existe atención integrada, o que su ausencia supone una barrera de difícil franqueo para hacerla realidad⁷⁰. Así, por ejemplo, sabemos que sin trabajo multidisciplinar, sin valoración de las necesidades sociales, sanitarias y de apoyo familiar y comunitario, sin gestión de casos, etc., no puede haber una atención integrada efectiva.

La literatura especializada se refiere a estos elementos como bloques constituyentes (*building blocks*) sobre los que construir cualquier modelo de atención integrada⁷¹ y diferentes marcos conceptuales que reflejan los diferentes niveles de intervención y la necesidad de actuar sincronizada y sinérgicamente en varios o en todos de ellos, como por ejemplo, el de Fulop et al.⁷² o el de Valentijn et al.⁷³.

Por nuestra parte, el Informe OMIS 2016⁷⁴

propuso un listado de estos elementos y sus instrumentos correspondientes, extraídos del análisis de las experiencias de atención integrada registradas en el Observatorio y una agrupación de los mismos según los siguientes niveles de intervención: (1) Persona y círculo de cuidados; (2) Servicios; (3) Profesionales; (4) Gestión y Procesos; (5) Tecnologías de la Información y la Comunicación; (6) Cambios Organizativos; (7) Financiación; (8) Modelos, Planes y Programas.

Cada una de estas dimensiones supone un nivel de intervención específico, desde lo más “micro” (nivel de servicios o asistencial, desde el momento y lugar de atención de mayor cercanía a la persona con necesidades sociales y sanitarias concurrentes), a lo más “macro” (nivel de modelos, planes y programas). La pirámide OMIS es una propuesta de representación gráfica de los diferentes niveles de intervención sobre los que se debe actuar de forma sincronizada o sinérgica.

FIGURA 1. LA “PIRÁMIDE” OMIS DE NIVELES DE INTERVENCIÓN



Fuente: New Health Foundation (2017): Informe OMIS 2016

Conceptualmente, la representación sugiere que, para construir un modelo de atención integrada⁷⁵, se necesita empezar por la persona y su familia/cuidadores, que deben disponer de servicios que atiendan sus necesidades, prestados desde los recursos necesarios, que a su vez se organicen en base a procesos intersectoriales, con apoyo tecnológico útil. Las estructuras organizativas, los mecanismos financieros y los marcos normativos deben facilitar el fluir del sistema de cuidados organizado a nivel micro.

Persona y círculo de cuidados

Las personas ocupan el primer elemento de la atención integrada y el fin último de la misma. Cuando hablamos de atención integrada estamos hablando de dar una respuesta integral a las personas en la que convergen necesidades sociosanitarias, y donde está presente no solo la exigencia curativa sino, principalmente, la exigencia del cuidado. Por eso la atención integrada es el nuevo paradigma de salud, porque ya existen evidencias de que para satisfacer de manera integral las necesidades de las personas han de converger los tres sistemas (el sanitario, el social y el comunitario) porque son complementarios y satisfacen diferentes necesidades y solo desde la concurrencia se puede conseguir el objetivo de la atención integral.

Todo modelo de atención integrada ha de partir de la centralidad de la persona en el sistema de atención, sus necesidades sociales-sanitarias-comunitarias, que evolucionan en el tiempo, así como las de su familia y círculo primario de relación personal. Durante estos años han ido haciéndose aportaciones muy interesantes en torno a la identificación de las necesidades de las personas, como reflexionaremos en más profundidad en la sección “nuevas aportaciones” en la entradas “Una definición de atención integrada desde la persona, con Igor Zabala” y

“Necesidades sociales, sanitarias y comunitarias, con Miguel Simón”.

En particular, ha ido asentándose una interesante corriente de definiciones de atención integrada hechas por, para y con las personas usuarias, que intentan recoger sus expectativas de atención más que los objetivos de los gestores y profesionales que los atienden⁷⁶. La pregunta de la que deriva lo que se conciba por atención integrada es: ¿qué sería para ti, usuario/paciente/cuidador familiar, la atención integrada en el camino que has de recorrer por un problema de salud o dependencia? En el Informe OMIS 2017 nos habíamos referido a la iniciativa inglesa de elaborar colectivamente una definición de la atención integrada desde la perspectiva del paciente que se vino a conocer como “I statements” o afirmaciones en primera persona que reflejan las preocupaciones, necesidades y objetivos de la persona, no de las organizaciones.

Pero queremos referirnos a un hermoso descubrimiento que el equipo OMIS de Fundación New Health realizó con motivo del trabajo de asesoría para la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía con el objeto de elaborar la propuesta de *Bases del Modelo de Atención integrada intersectorial de Andalucía*. En el proceso de búsqueda de materiales y contribuciones pro-atención integrada que se habían ido poniendo en marcha en Andalucía, rescatamos el Proceso Asistencial Integrado (PAI) para el Ataque Cerebrovascular, publicado en 2002, que incluía una lista de expectativas del paciente que ha sufrido un ataque cerebrovascular, su familia y su cuidador profesional, formuladas categóricamente en primera persona: “quiero saber a quién tengo que llamar”, “quiero conocer las decisiones que se tomen sobre mi asistencia”, “quiero que me atienda siempre el mismo profesional”, etc. El cuadro siguiente selecciona algunas de ellas.

CUADRO 1. EXPECTATIVAS DEL PACIENTE DE CÓMO QUIERE SER ATENDIDO. SELECCIÓN.

Fuente: Proceso Asistencial Integrado "Ataque cerebrovascular". Consejería de Salud de la Junta de Andalucía, 2002.

PACIENTE

Accesibilidad

Quiero saber a quién tengo que llamar.

Quiero que la respuesta a la llamada urgente sea rápida.

Quiero que en todos los contactos con los servicios de salud me proporcionen la atención que necesito de forma rápida y sin demora.

Información

Quiero que la señalización de los centros sea correcta.

Quiero conocer las decisiones que se tomen sobre mi asistencia.

Quiero saber lo que me hacen y las posibles alternativas.

Quiero saber quién me está atendiendo en cada momento.

Quiero que me expliquen el proceso de forma que lo entienda.

Quiero saber qué puedo hacer para mejorar mi enfermedad.

Tipo de atención y trato

Quiero que me atienda siempre el mismo profesional.

Me gustaría que me trataran con respeto y educación.

Quiero que me den un trato personalizado.

Quiero que me entiendan y se tomen interés por mí.

Quiero que respeten mi intimidad cuando me exploran y hacen pruebas.

Confort y hostelería

Me gustaría tener una habitación individual y estar comunicado.

Me gustaría estar acompañado todo el tiempo que quiera y pueda.

Quiero tener un aseo individual y adaptado funcionalmente.

Me gustaría comer bien y a una hora apropiada.

Quiero tener salas de espera confortables.

Asistencia

Quiero disponer de la mejor asistencia posible.

Quiero recibir una asistencia organizada y bien coordinada.

Resultados de salud

Quiero mejorar, a ser posible curarme, y volver a hacer vida normal.

Quiero que no me vuelva a pasar.

Quiero que no existan complicaciones de ningún tipo, en especial las no relacionadas con mi enfermedad.

FAMILIAR / CUIDADOR**Accesibilidad**

Quiero saber a quién tenemos que llamar.

Quiero que la respuesta a la llamada urgente sea rápida.

Quiero que en todos los contactos con los servicios de salud nos proporcionen de forma rápida y sin demora la atención que necesitamos.

Información

Quiero que la señalización de los centros sea correcta.

Quiero conocer las decisiones que se tomen sobre la asistencia a mi familiar.

Quiero saber lo que le hacen y las posibles alternativas.

Quiero saber quién le está atendiendo en cada momento.

Quiero que me expliquen el proceso de mi familiar de forma que lo entienda.

Quiero recibir información sobre los cuidados que yo puedo proporcionar.

Quiero recibir información sobre recursos asistenciales y ayudas físicas para manejar al paciente (ayuda personal, adaptaciones en domicilio, etc.).

Quiero recibir información sobre recursos sociolaborales (ayudas económicas, informes de invalidez, etc.).

Tipo de atención, trato y confort

Quiero que la atención la lleve a cabo siempre el mismo profesional.

Me gustaría que nos trataran con respeto y educación a mí y a mi familiar.

Quiero que nos den un trato personalizado.

Quiero que nos entiendan y se tomen interés por mi familiar.

Quiero que respeten la intimidad cuando exploren y le hagan pruebas a mi familiar.

Me gustaría que mi familiar tenga una habitación individual y esté comunicado.

Quiero acompañar a mi familiar siempre que sea posible.

Quiero que mi familiar tenga un aseo individual y adaptado funcionalmente.

Quiero que las salas de espera sean confortables.

Quiero recibir apoyo emocional si lo necesito.

Asistencia

Quiero que mi familiar reciba la mejor asistencia posible.

Quiero que reciba una asistencia organizada y bien coordinada.

Quiero colaborar en los cuidados de mi familiar contando con la información recibida.

Resultados de salud

Quiero que mi familiar mejore, y a ser posible que se cure, para volver a hacer vida normal.

Quiero que no le vuelva a pasar.

Quiero que no existan complicaciones de ningún tipo, en especial las no relacionadas con la enfermedad (hospitalización, yatrogenia, fármacos, pruebas, etc.).

CUIDADOR PROFESIONAL

Quiero disponer de información continuada del estado del paciente.

Poner a la persona y a la familia en el centro es recuperar el domicilio como espacio preeminente de cuidados⁷⁷. La literatura especializada refiere al domicilio como el espacio “concentrador de cuidados” (*hub of care*)⁷⁸ que permite a los pacientes y usuarios asumir mayor responsabilidad por su salud y bienestar, con el apoyo de cuidadores y familias.

Hablar de la persona y de su círculo de cuidados es poner, realmente, en el centro del sistema, sus necesidades y preferencias.

Servicios

Los elementos de cualquier modelo de atención integrada en el nivel de servicios o asistencial están claramente identificados tanto en la literatura como en las diferentes experiencias implementadas⁷⁹:

- identificación proactiva de personas con necesidades sociales y sanitarias, según perfiles previamente definidos;
- puerta de entrada única o convergencia de puertas de entrada;
- evaluación unificada (holística) de necesidades;
- plan de cuidados; y
- gestión del caso.

En cada uno de estos elementos se van produciendo avances conceptuales y metodológicos interesantes. Así, respecto a la identificación proactiva de personas en riesgo con mecanismos de predicción y estratificación de base poblacional⁸⁰, la experiencia de Cataluña utilizando Grupos de Morbilidad Ajustada (GMAs, *Adjusted Morbidity Groups*) ha sido una aportación novedosa a nivel internacional⁸¹.

Como instrumentos de valoración de necesidades, destaca la iniciativa de País Vasco y Navarra de utilización de InterRAI-CA, experiencia sobre la que reflexionaremos en más profundidad en la sección “nuevas aportaciones”, en la entrada “La Valoración integral como base del lenguaje común, con Kataysa Cabrera”. Además, como instrumento de valoración de la red social de apoyo de pacientes con enfermedad avanzada y/o al final de la vida, la Fundación New Health ha desarrollado el Protocolo REDCUIDA para la creación y gestión de redes de cuidados y acompañamiento alrededor de las personas con enfermedad avanzada y/o al final de la vida. El protocolo adapta e incorpora una serie de escalas como la Barthel, Lawton and Brody, escala de soledad ESTE II, escala de sobrecarga del cuidador Zarit, etc. Este es el protocolo utilizado por la promotora comunitaria del Programa Todos Contigo como metodología de trabajo de intervención y que además es utilizado como un protocolo común por todos/as los/as promotores/as de la comunidad allí donde se están desarrollando ciudades y comunidades compasivas.

Profesionales

No hay atención integrada sin la voluntad, colaboración y liderazgo de los profesionales de los servicios sociales y del sistema de salud, tanto asistenciales como gestores. La literatura científica apunta a la necesidad de reconocer, promover y formar las capacidades de los profesionales para el trabajo interdisciplinar que desborda delimitaciones organizativas y competenciales tradicionales, haciendo primar valores como la empatía, la actitud positiva para el cambio, la innovación, el liderazgo capacitado, etc. Para lograrlo, los elementos clave que se nos invita a considerar son:

- la constitución de equipos de base sociosanitarios multidisciplinares;

- programas formativos conjuntos para profesionales;
- facilitar espacios de encuentro; y
- la implantación de nuevos roles profesionales.

Respecto a este último punto, han venido implantándose roles que facilitan la coordinación y la gestión de cuidados, aunque no todos sean roles realmente novedosos, sino roles profesionales existentes que exigen unas aptitudes y habilidades específicas. Por ejemplo, la figura de la enfermería gestora de casos o con competencias avanzadas, que está bien extendida, aunque hay un alto grado de variabilidad de funciones y tareas que se suelen incluir bajo el mismo término, que es una llamada a la necesidad de consensuar una taxonomía que delimite el concepto de gestión de casos.

Por lo que se refiere a nuevos roles, en un reciente informe del King's Fund, se mencionan las figuras del "guía del sistema de cuidados" (care navigator), "facilitador comunitario" (community facilitator), o "profesional de enlace" (link worker). Algunos roles así ya están en España, como el caso de "chaquetas verdes" en hospitales de la Comunidad de Madrid para prestar información, acogida y acompañamiento a los pacientes durante el tránsito hospitalario. Y la Fundación New Health ha creado la figura del "promotor comunitario" de una ciudad compasiva, que es el responsable comunitario de movilizar recursos y activar redes de apoyo para la persona en situación paliativa.

Gestión y procesos

Es fundamental la elección del nivel de atención más adecuado en cada momento y según carga y necesidad de cuidados, asegurando siempre la continuidad entre niveles. Como se

decía más arriba, el domicilio es el ámbito de atención más inmediato y preferible, siempre que la red social de apoyo y otros elementos lo posibiliten y que las personas lo deseen⁸². La atención a las personas en el lugar habitual de residencia se presta desde el nivel primario de atención: los equipos de atención primaria en salud y los equipos de servicios sociales primarios, constituirán equipos de atención primaria sociosanitaria. Según la complejidad de los cuidados que requieran las personas, se necesitará una respuesta a un nivel Intermedio (sub-agudos, residencias sociosanitarias) y especializado.

Todo ello requiere que estén claramente definidos los niveles de atención (domicilio, primaria, especializada); que exista una cartera de servicios definida y configurada, con paquetes de servicios sociales y sanitarios comunes adaptados a cada situación; que se hayan definido protocolos y circuitos formalizados. Asimismo, se necesitan estructuras de coordinación (comisiones sociosanitarias) para la gestión de equipos.

Uno de los avances más interesantes ha sido el concepto de ruta asistencial, sobre el que reflexionamos en más profundidad en la próxima subsección "Nuevas Aportaciones", en la entrada "La Ruta Asistencial como Palanca de Gobernanza de Intereses, con Roberto Nuño y Carles Blay". Frente a términos como guía de práctica clínica, protocolo de atención, o proceso asistencial integrado, la ruta asistencial integrada ha venido adquiriendo una identidad propia: para Blay et al.⁸³, la ruta es el "pacto entre los profesionales y las organizaciones de los diferentes ámbitos asistenciales que operan en un mismo territorio y atienden a una misma población afectada de un problema de salud específico para aplicar los criterios de buena práctica, optimizar los circuitos asisten-

ciales y planificar las respuestas ante escenarios previsibles⁸⁴. En España, comunidades como el País Vasco, la Comunidad Valenciana y Cataluña han comenzado a elaborar rutas asistenciales desde esta novedosa perspectiva.

Tecnologías de la Información y la Comunicación

Es muy importante la incorporación de las nuevas tecnologías para prestar cuidados integrados de personas con necesidades sociales y sanitarias complejas, fundamentalmente con el objetivo de asegurar la continuidad asistencial y la permanencia en domicilio. Pero ha de ser tecnología “útil”.

Según su funcionalidad, se podrían clasificar las nuevas tecnologías de la información y la comunicación a los cuidados integrados de personas con necesidades sociales y sanitarias complejas en los siguientes tipos⁸⁵:

a) Herramientas para el autocuidado y la promoción de la autonomía personal: la tecnología permite a la persona en primer lugar, pero también al cuidador(es) y familia, la autogestión de la enfermedad y la promoción de la autonomía personal. Este tipo de herramientas ofrecen consejos de salud, programa de recuerdo de citas, etc. La aportación de la tecnología en este nivel, es necesaria, pero debe integrarse en otras tecnologías que faciliten el proceso amplio de atención.

b) Interacción remota: las tecnologías permiten la interacción lejana entre las personas con necesidades complejas y los profesionales de servicios sociales y de salud a través de procesos de telemonitorización, telecuidado, teleconsulta, telemedicina, etc. Como ejemplos de experiencias interesantes, BetiOn es la plataforma de teleasistencia del gobierno vasco que, mediante la colaboración con los

servicios sanitarios (con protocolos acordados con Osakidetza) incorpora servicios de salud no presenciales de manera complementaria a los servicios tradicionales de la teleasistencia, para favorecer la permanencia e integración de las personas en su entorno familiar y social habitual. En Barbastro (Aragón), la plataforma de atención integral social y sanitaria PITES T-Ayuda tele-monitoriza las constantes vitales de pacientes crónicos dependientes para facilitar el diagnóstico precoz y anticiparse a descompensaciones.

c) Plataformas de apoyo a la gestión de equipos: la tecnología puede dar soporte a la gestión de la actividad de los equipos sociosanitarios. Por ejemplo, el Programa de Atención Integrada Salut+Social de Amposta (Tarragona) utiliza una aplicación informática específica para coordinar el trabajo de los equipos de atención primaria de salud y de servicios sociales. Por su parte, el Servicio de Acogida y Asistencia a Personas sin Hogar en situación de dependencia de la Fundación RAIS ofrece una plataforma tecnológica para la gestión unificada de la información de los diferentes casos, de forma que esté accesible en todo momento a los miembros del equipo.

d) Sistemas de información compartidos: cada vez hay más iniciativas que van buscando que la información de las personas esté al alcance de todos los profesionales que les prestan cuidados. Así, el Programa de Atención al Paciente Crónico Complejo en Salud Mental de Mútua Terrassa ha posibilitado que la historia clínica esté compartida entre los distintos actores sociales y sanitarios, haciendo que la coordinación sea efectiva. En Quirón Salud, la historia clínica se comparte entre el hospital y las residencias de mayores del grupo a través de un portal sociosanitario.

Cambios Organizativos

Es fundamental una apuesta por cambios organizativos que permitan la coordinación en red de prestación de servicios, y la gobernanza y planificación conjunta.

Los elementos a considerar en la dimensión organizativa incluyen desde estructuras para la coordinación, existentes a diferentes niveles (local, provincial, regional) a estructuras integradas como las organizaciones sanitarias integradas (OSIs) del País Vasco. Respecto a las estructuras para la coordinación a nivel regional, destacaríamos el Consejo Vasco de Coordinación Sociosanitaria, mientras que a nivel provincial o local, en Castilla y León existen comisiones como la Comisión Sociosanitaria de Salamanca.

Financiación

Es necesaria la flexibilización del modelo financiero, con modelos de gestión compatibles, dotaciones presupuestarias específicas y complementarias, dentro de los objetivos de eficiencia y optimización de costes. A nivel internacional, se están ensayando diferentes mecanismos de financiación para estimular experiencias de atención integrada, pero en España no conocemos ninguna iniciativa en este ámbito, salvo la disposición de un 5% del Contrato Programa de las OSIs en País Vasco vinculado a que pongan en marcha iniciativas de atención integrada. Queda por tanto mucho terreno que poder explorar en este sentido. Son precisos avances en este sentido porque constituye el elemento que puede hacer posible que todos los demás se realicen.

Modelos, Planes y Programas

La dimensión programática es igualmente importante. Es necesaria una política estratégica común, donde prime el compromiso y responsabilidad compartida que garantice la

continuidad de los resultados, articulado sobre iniciativas conjuntas, desde la generación y transferencia de conocimiento.

Como se ha ido describiendo en la sección de avances en España, a lo largo de estos años han ido formulándose nuevos planes socio-sanitarios en las comunidades autónomas o trabajándose en las líneas establecidas en planes previos. En aquella sección, la tabla 1 recogía las iniciativas programáticas de cada comunidad autónoma, remontándonos incluso a periodos anteriores a los del objeto de este informe.

Una de las cuestiones que los planes socio-sanitarios han tratado de abordar ha sido la definición de los perfiles socio-sanitarios, sin bien esto ha sido hecho en base a la concurrencia de complejidad clínica y la limitación funcional (dependencia) que tiene la persona. La consideración de la ausencia de red social de apoyo (la dimensión comunitaria) como tercera dimensión a considerar junto a la dimensión sanitaria y la dimensión funcional (dependencia) ha sido menos desarrollada, aunque diversas publicaciones recientes apunta a que será una dimensión de una importancia troncal en el desarrollo de la atención integrada.

De la misma forma, la falta de definición precisa de la cartera de servicios correspondiente a la prestación socio-sanitaria ha sido y sigue siendo una carencia sentida en España. Recogida en la Ley 16/2003 de Cohesión y Calidad del SNS, la cartera de servicios no ha sido nunca desarrollada, si bien es cierto que existen instrumentos regulatorios que quizá podrían ser usados como alternativa útil (p.ej. el Catálogo de Referencia de los Servicios Sociales publicado en 2013 por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad). El borrador del Documento Base para una Atención Integral

Sociosanitaria elaborado en mayo de 2015 por el IMSERSO mencionó la necesidad de definir tanto el perfil de la persona con necesidades de atención sociosanitaria como la cartera de servicios, pero no lo llegó a concretar ni tampoco el propio documento llegó a prosperar.

A nivel de rectoría del sistema de cuidados, la atención integrada necesita del avance en temas como la suficiente coincidencia de los mapas sociosanitarios (zonificación) y la formulación de objetivos compartidos y evaluables, sostenidos sobre un relato inspirador, justificativo del esfuerzo de integración/coordinación y asumido por todos los agentes, incluidas las personas usuarias.

Destaca también la necesidad de medir resultados en atención integrada. “La discusión sobre cómo medir el progreso y el éxito en atención integrada tan solo recientemente acaba de coger ritmo, a pesar de que sabemos desde hace años que la falta de evidencia sobre lo que funciona y lo que no funciona en atención integrada es debido parcialmente a la pobreza o falta de evaluación y medición de las intervenciones”⁸⁹. Disponemos para ello de nuevas herramientas de evaluación que poder aplicar⁹⁰, como PACIC (*Patient Assessment of Chronic Illness Care*), la certificación en atención integrada (*The Integrated Care Certification*) de la *Joint Commission*, la *Patient Perceptions of Integrated Care* o, en España, la herramienta IEMAC-IEXPAC⁹¹.

4.2 Nuevas Aportaciones

A lo largo de estos cinco años, los conceptos del paradigma de atención integrada se han ido ampliando y evolucionando, como hermosa consecuencia de los debates, de la innovación, del aprendizaje de las lecciones aprendidas y de la reflexión teórica. Hay elementos que hace una década no alimentaban las ponencias en los congresos científicos, ni eran mencionados en los planes y programas, mientras que ahora comienzan a considerarse como fundamentales para cualquier modelo de atención integrada: es el caso de la valoración sociosanitaria, la ruta asistencial o la compasión.

La lista de temas que sigue no pretende ser exhaustiva ni excluyente, sabemos que no están todos los que son, pero sí son todos los que están. Los autores son personas que, a lo largo de estos años, se han ido singularizando por sus aportaciones pioneras en esos campos y con las que, desde el OMIS, hemos venido conversando, colaborando y ampliando conocimiento juntos. Así pues, además de testimonio de la riqueza creativa del momento en España, la sección que sigue es la particular manera de agradecimiento de la Fundación New Health a todas las personas que, día a día, contribuyen a la generación de conocimiento sobre el paradigma de la atención integrada en España.

Una definición de atención integrada desde la Persona con Igor Zabala

Igor Zabala Rementería es Jefe del Servicio de Integración Asistencial y Cronicidad (SIAC) de Osakidetza.

La aspiración a superar la fragmentación de los servicios prestados a las personas que requieren cuidados sociales y sanitarios ha venido expresada por muchos términos, usados muchas veces como sinónimos: “coordinación sociosanitaria”, “atención integrada”, “atención integral”, “cuidados integrados”, “espacio sociosanitario”, “complementariedad intersectorial”, “atención centrada en el paciente”, “atención sin barreras”, “atención compartida”, “atención transmural”, “continuidad asistencial”, etc. Lo cierto es que todos estos términos y sus consiguientes definiciones han sido elaborados desde los sistemas y servicios sociales y sanitarios, desde sus necesidades y debates teóricos y desde sus propias lógicas organizacionales. Una de las definiciones más citadas es la de la Ley 16/2003 de 28 de Mayo de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud, que refería la atención sociosanitaria como “aquella que comprende el conjunto de cuidados destinados a aquellos enfermos, generalmente crónicos, que por sus especiales características pueden beneficiarse de la actuación simultánea y sinérgica de los servicios sanitarios y sociales para aumentar su autonomía, paliar sus limitaciones o sufrimientos y facilitar su reinserción social”.

Sin embargo, ¿cómo definirían las personas en situación de adversidad y sus familias una verdadera atención integrada?⁹² En 2013, en Inglaterra se puso en marcha la iniciativa de elaborar un relato que definiera la atención integrada desde la perspectiva del paciente. Esta narrativa se ha venido a conocer como “afirmaciones en primera persona” (“I statements”)⁹³ que reflejan las preocupaciones,

necesidades y objetivos de la persona, no de las organizaciones. La experiencia inglesa ha tenido resonancia internacional y hoy sigue predicándose como iniciativa de referencia. Lo cierto es que una década antes de la iniciativa inglesa, en 2002, el Proceso Asistencial Integrado de Ataque Cerebrovascular, publicado por el Servicio Andaluz de Salud (SAS), incluía una lista de expectativas del paciente que ha sufrido un ataque cerebrovascular, su familia y su cuidador profesional, que se formularon categóricamente en primera persona (“quiero que...”).

Invitamos a que, en adelante, las definiciones que utilicemos en las diferentes iniciativas programáticas vengan elaboradas desde los anhelos y experiencias propias de las personas afectadas y sus allegados, traduciendo y dando sentido real al complejo lenguaje institucional (que también es necesario por ser mucho más preciso). Desde esa óptica, podríamos –por ejemplo– definir atención integrada como “aquella que se me presta a mí, a mi familia y allegados ante una situación de salud o enfermedad en la que necesito ayuda. En este camino somos acompañados y, si resulta también necesario, guiados por diferentes profesionales de los diversos entornos asistenciales por los que hemos de transitar. Estos profesionales, trabajando conjuntamente conmigo y mi gente, y entre ellos de modo coordinado, garantizan que se me realicen todas aquellas actuaciones diagnósticas, terapéuticas y de seguimiento que basadas en conocimiento y evidencia, y compartidas conmigo y mi familia mejor se adaptan a la situación de salud que padezco”.

Necesidades sociales, sanitarias... y comunitarias con Miguel Simón

Miguel Simón Expósito es Adjunto a la Dirección Gerencia del SEPAD. Consejería de Sanidad y Políticas Sociales. Junta de Extremadura.

Parcelamos las necesidades de las personas para que encajen en los servicios de atención de los que disponemos y hacemos, a su vez, que estos funcionen de manera estanca. Sin embargo, los avances en la atención a la patología aguda y la reducción de la mortandad, la cronicidad de los trastornos, la pluripatología, la prolongación de la edad de vida y los cambios sociodemográficos, están haciendo que estas necesidades se presenten cada vez más imbricadas, interrelacionadas e interdependientes, rompiendo la rigidez de los sistemas y obligando no solo a una redefinición de los mismos, sino a una búsqueda de su integración.

Solo desde una adecuada comprensión de estas necesidades y de una visión basada en la dificultad para considerarlas de manera aislada y fragmentada, se puede orientar esta tarea. Sin embargo, el abordaje debería ir más allá del análisis basado en "perfiles sociosanitarios". Su utilización ha acabado sancionando la creación de un tercer espacio ajeno a los sistemas sociales y sanitarios que, en clara contradicción con su pretendido objetivo, contribuye a desintegrar la atención mediante el desarrollo de servicios específicos.

Si partimos del eje socio-sanitario, existe un cierto consenso en lo que entendemos por necesidades sanitarias: las relativas a la patología, sea esta de mayor o menor intensidad, duración o pronóstico. Sin embargo, no ocurre lo mismo con el concepto social. Se entremezclan en él las necesidades de atención que presen-

tan las personas en situación de vulnerabilidad y las derivadas de la atención a la dependencia o la discapacidad, con otras relativas a la integración social, laboral de determinados grupos de población o las de apoyo a la familia.

Por ello planteamos que el análisis de las necesidades podría agruparse en tres ejes:

A) *Dimensión sanitaria.* Tiene como objetivo la atención a la patología de la persona. Esta cobertura es la propia de los servicios sanitarios. La propia evolución de las características de la patología, ha hecho que en los últimos años se incorporen servicios de atención a la cronicidad, la rehabilitación, los cuidados paliativos, la rehabilitación o la atención prolongada, superando la orientación predominante a la patología aguda.

B) *Dimensión funcional.* Cuyo fin es la atención a las limitaciones en el funcionamiento que la patología provoca (discapacidad) y que pueden requerir cuidados y apoyo para el desarrollo de su vida cotidiana (dependencia) y el fomento de su autonomía personal. Generalmente, la cobertura de la dependencia es realizada por las redes de apoyo social, ya sean de tipo familiar o institucional.

C) *Dimensión comunitaria.* Su objetivo es la plena inclusión de las personas y su participación social y laboral. Desde este punto de vista es necesario considerar los factores ambientales, familiares y comunitarios en los que se desenvuelve la persona, como elemento fa-

cilitador de los cuidados y de su incorporación (red de apoyo) o favorecedor de la aparición o mantenimiento de los trastornos. Cobran importancia en esta consideración el entorno físico, las barreras intangibles para la integración (discriminación, estigma...), el apoyo a la familia y a los cuidadores y el desarrollo de redes comunitarias formales e informales que favorecen dichos procesos.

Las tres dimensiones se imbrican e influyen mutuamente en determinados trastornos, generando un espectro amplio de necesidades que en ocasiones deben cubrir los sistemas públicos y cuyo reflejo encontramos en siste-

mas como el de la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud de la OMS. El análisis conjunto e integral del peso de cada una de las dimensiones en el desarrollo de determinados trastornos conduce necesariamente a la puesta en marcha de servicios variados, flexibles e integrados que se constituyen en redes de atención.

Así sucede en el trastorno mental grave, en el daño cerebral sobrevenido, en la atención a determinadas enfermedades que cursan con niveles elevados de discapacidad como los trastornos generalizados del desarrollo, por citar solo algunos ejemplos.

La valoración integral social y sanitaria como base del lenguaje común con **Kataysa Cabrera**

Kataysa Cabrera es Gerente de Ventas para España de la empresa finlandesa Raisoft.

Mencionar que la valoración integral de las personas es condición necesaria para la elaboración de un plan individualizado de cuidados y por tanto, un momento nuclear de cualquier proceso de atención, no es descubrir nada nuevo (¡al menos como concepto!), no es motivo de novedad o sorpresa. La necesidad de realizar una valoración integral de las necesidades de las personas es ampliamente reconocida como fundamental para la efectiva prestación de cuidados. Los diferentes modelos que quedan englobados dentro del paradigma de la atención integrada coinciden en identificar la valoración integral como uno de los elementos fundamentales de ese paradigma.

En las últimas décadas, en España se ha avanzado en el uso de instrumentos de valoración estandarizados y se han venido constituyendo unidades interdisciplinares de evaluación de necesidades sociosanitarias en diferentes comunidades: p.ej. las unidades funcionales interdisciplinarias sociosanitarias (UFISS) en Cataluña; las unidades de valoración sociosanitaria (UVSS) de Aragón; la Unidad de Valoración Sociosanitaria (UVASS) de la Fundación Hospital Son Llatzer, en Baleares; los servicios de valoración de pacientes sociosanitarios. A pesar de estos desarrollos, el Libro Blanco de la Coordinación Sociosanitaria en España, publicado por el Ministerio de Sanidad en 2011,

señalaba la necesidad de “generalización del uso de instrumentos de valoración estandarizados, comunes a cualquier ámbito de actuación: atención primaria, especializada y servicios sociales”.

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.

Recientemente, la novedad o sorpresa ha venido de la mano de la tecnología. Hoy existen herramientas tecnológicas que permiten la realización de la valoración integral, tanto inicial como de manera continua, de forma estructurada y segura, que la hacen accesible a todos los profesionales intervinientes y que permiten funcionalidades adicionales (p.ej. su incorporación a la historia clínica). Y de esta forma hemos reafirmado la importancia de este momento a la par que lo hemos descubierto como mucho más profundo: como el inicio y la base del lenguaje común de todos los profesionales intervinientes en atender a la persona. Es un lenguaje que cambia culturas profesionales... y se convierte entonces en una utilísima palanca de transformación de las organizaciones.

Co-producción de servicios con Antonio Sagués

Antonio Sagués Amadó ha sido Jefe de Servicio de Atención Socio Sanitaria de la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía.

El concepto de “co-producción de servicios” está despuntando como elemento esencial en la configuración de modelos de cuidados integrados centrados en la persona. Co-producir servicios de atención trasciende el simple ejercicio de preguntarle a la persona por sus intereses o darle participación controlada en las decisiones. Joan Subirats⁹⁴, catedrático de Ciencia Política de la Universidad Autónoma de Barcelona, afirma que “más que de participación hemos de hablar de coproducción política de la ciudadanía”, lo que esencialmente supone tres cosas. Primero, aceptar la interdependencia: “solos no podemos y eso no significa desprofesionalización sino que implica compartir capacidades con otros” y “salir de la zona de confort”. En segundo lugar, Subirats advierte que esta dinámica “no es coyuntural, es estructural”. Y por último, trabajar desde estos enfoques conlleva aceptar que no hay jerarquías. Se trata de codecisión y gestión compartida en un plano de reciprocidad y corresponsabilidad entre la administración y las entidades sociales y grupos informales que se incorporan a las actividades, servicios o dispositivos de proximidad.

Co-producción supone la participación inclusiva y efectiva de los diferentes actores implicados en situaciones de alta adversidad en salud. Todos podemos aportar respuestas conjuntas a las necesidades en la atención, desde perspectivas distintas, necesarias y, sobre todo, complementarias. Se trata este de un enfoque propicio para involucrar y motivar, ya que habrá que tener en cuenta no solo lo que pueden

decir al respecto, sino también lo que pueden decidir y hacer, conjuntamente.

Co-producción requiere relaciones igualitarias y recíprocas entre los profesionales y los individuos y sus familias. Cuando las intervenciones y los servicios son co-producidos de esta manera, tanto los profesionales como las comunidades se convierten en verdaderos agentes de cambio.

En Andalucía, desde 2010, existe un abordaje de co-producción de servicios sociosanitarios innovador, transversal, e intersectorial, que prioriza colectivos de alta adversidad en salud y en situación de dependencia: la Estrategia Al Lado. Al Lado es una estrategia de cooperación entre quienes prestan la atención, -profesionales de los servicios públicos-, y quienes reciben la atención, -personas afectadas y su entorno cuidador próximo, que pueden estar organizados en asociaciones de afectados y familiares-. Con el objetivo central de cooperar para recuperar el proyecto de vida y reducir el sufrimiento en todo el proceso de atención, a través de la participación. Al Lado pretende mejorar la calidad de la atención de aquellas problemáticas que conllevan una afectación para toda la vida, que exigen un replanteamiento del proyecto de vida, de las personas afectadas y de las personas del entorno cuidador próximo, habitualmente la familia: Esclerosis Lateral Amiotrófica (ELA), menores en situación de adversidad, Alzheimer, enfermedad mental grave, oncología, Parkinson, epilepsia, etc.

Los talleres presenciales y participativos entre los que prestan la atención, los que la reciben y las asociaciones son los momentos culmen del proceso, pero tienen unas fases previas y posteriores que son cruciales:

1. Fase inicial: creación del grupo motor.
2. Fase preparatoria: selección de participantes al taller; dinámica del taller, situación de partida, ideas clave Al Lado, documentación)
3. Fase presencial: celebración del taller: presentación institucional, dinámica del taller, sesión deliberativa, constitución del grupo de aplicación y seguimiento.
4. Fase diferida: estudio de la factibilidad de las propuestas de mejora que salen de la sesión, votación, selección e implantación de propuestas. Corresponde al grupo de aplicación y seguimiento.
5. Fase valorativa: seguimiento, evaluación y comunicación. Corresponde al grupo de aplicación y seguimiento.

De la larga experiencia de realización de talleres Al Lado se extraen una serie de lecciones fundamentales:

- La información y la comunicación, cuando son bidireccionales, constituyen el primer escalón en la relación del profesional con las personas afectadas. El cómo se realice influirá en el resto de la relación interpersonal, que supone la atención al proceso de alta adversidad.
- La comunicación es solo el primer paso en el proceso de participación; en muchas ocasiones la relación se reduce equivocadamente a este momento, y en otras puede utilizarse como coartada del proceso participativo.

- La deliberación es la piedra angular del proceso de participación. En primer lugar porque no responde a la idea de verdad única, sino que es esencial que ésta sea elaborada con otros. En segundo lugar, cuando se debate y se consensua una propuesta de mejora, ya se está favoreciendo la cooperación, que supera conflictos y confrontaciones y se sitúa al servicio de la aplicación conjunta de las propuestas planteadas.

- El proceso de participación no se completa hasta que se valora y evalúa también de forma conjunta.

De la deliberación y de la generación e implantación de propuestas de mejora nacen nuevos itinerarios de atención compartida. Se tratan de regulaciones prescriptivas, consensuadas y obligatorias para la mejora del ejercicio de la atención, en sentido amplio: mejora de la relación interpersonal en el proceso de atención; mejora en la forma de dar la noticia del diagnóstico de una enfermedad crónica grave, para evitar sufrimiento innecesario; enfoque hacia la recuperación como adaptación a un proyecto de vida concreto, a modo de gestión cotidiana de la enfermedad; etc.

A lo largo de la experiencia de la Estrategia Al Lado, han sido múltiples las ocasiones que nos han enseñado cómo las prioridades y las urgencias de los servicios y sistemas no son las necesidades y miradas que tienen las personas afectadas. Como ejemplo tan solo, en uno de los talleres Al Lado de Parkinson de 2018, se recogió una propuesta que pretendía “asegurar una información y atención específica a las demandas de los afectados sobre la gestión de su sexualidad, en los servicios sanitarios públicos y asociaciones, en relación a la enfermedad de Parkinson”. Mientras que este aspecto provoca mucho sufrimiento a la persona afectada.

tada y al entorno familiar próximo, paradójicamente este apartado no suele contemplarse en los protocolos clínicos, en los procesos asistenciales integrados sobre Parkinson o en las estrategias y planes programáticos. Cuando el abordaje es parcial, la propuesta no es considerada relevante, pero en cambio acontece

como importante al ser debatido por las partes, por los agentes reales de cambio que son los afectados y los profesionales sanitarios. Pues bien, en el taller de Parkinson, una vez formulada, esta propuesta fue considerada necesaria y viable por la mayoría de los participantes.

Buscando a los que no vienen con Marta Pisano González y An LD Boone

Marta Pisano González y An LD Boone pertenecen al Servicio de Promoción de la Salud de la Dirección General de Salud Pública de la Consejería de Sanidad de Asturias.

Definir las “fronteras” del sistema sanitario (*health system boundaries*) ha sido una vieja ocupación en el seno de la Organización Mundial de la Salud. De la definición de qué incluir dependía a quién se atribuía qué responsabilidad sobre la mejora de la salud de los individuos y las poblaciones. Sin fronteras claras -se argumentaba- no existe claridad sobre competencias, responsabilidades, gestión y rendición de cuentas⁹⁵. A los servicios sanitarios se “accede”, cuando la cobertura nominal concede el derecho “a recibirlos”. La atención primaria hace de filtro (*gatekeeping role*) de los pacientes para regular el acceso a la atención hospitalaria. En definitiva, los conceptos y la terminología han ido reflejando un sistema sanitario que se concibe a sí mismo como receptor de personas (enfermas), reactivo ante las situaciones que se le van presentando.

Poco a poco, se va abriendo paso una actitud anticipativa, proactiva, preocupada por aquellas personas que no vienen a los servicios, que no son visibles en el radar de nuestros sistemas de cuidados, aquellos individuos/grupos vulnerables que son normalmente de difícil acceso (*hard to reach*). La literatura apunta a una serie de razones por las que estarían fuera del alcance fácil de los servicios sanitarios, porque estas personas no tienen opción de acudir a los servicios: por ejemplo por razones de estigma; porque los mismos servicios crean barreras que impiden que estas personas acudan y los usen; por falta de alfabetización en salud; porque estas personas se han “caído a través de la malla” del sistema de bienestar; etc.

Se requieren estrategias de identificación, reclutamiento, inclusión, cuidados y seguimiento específicos para estos colectivos, más proactivas e imaginativas que las que quizá se necesitan para el resto de la población. Llegar a la gente vulnerable es también difícil porque estas personas puede que no se asocien. Las personas de grupos con una alta proporción de miembros que no se reúnen o asocian se “definen por atributos individuales (fisiológicos o de salud) donde, en muchas ocasiones, no hay una razón imperiosa para la socialización intra-grupo y donde una proporción importante de los integrantes no tienen trato con otras personas del grupo, e incluso más, pueden eludir todo contacto”. Llegar a personas no asociadas (p.ej. personas con problemas de movilidad o personas ancianas que viven solas) exige estrategias de reclutamiento diferentes a las usadas para acceder a grupos vulnerables identificables y agregados (p.ej. personas desplazadas o inmigrantes).

Un ejemplo de este tipo de intervenciones innovadoras es el proyecto EFFICHRONIC, consorcio europeo financiado por la Comisión Europea dentro del Tercer programa de Salud 2017-2020 (Ref: 738127), y liderado desde la Consejería de Sanidad del Gobierno del Principado de Asturias. El objetivo general de EFFICHRONIC es reducir la carga de enfermedades crónicas e incrementar la sostenibilidad del sistema de salud demostrando la eficiencia de un programa de autogestión de enfermedades crónicas específicamente en aquellos grupos sociales más expuestos y vulnerables. Para lle-

gar a esta población, se requiere una intensa labor intersectorial y de coordinación de todos los recursos del territorio, tejiendo acuerdos con los distintos agentes. En Asturias, esto ha supuesto acuerdos a nivel autonómico entre la Consejería de Sanidad y la de Servicios Sociales, y con el Colegio Oficial de Farmacéuticos (COF) de Asturias. Asimismo, se emplearon estrategias de coordinación a nivel de área o zona, con ayuntamientos y servicios sociales municipales, asociaciones de pacientes y vecinos, centros de salud, organizaciones no gubernamentales (Cruz Roja, Cáritas, Secretariado Gitano) y centros residenciales de asistidos,

como los actores más principales.

Además de llegar a poblaciones necesitadas por vías intersectoriales, el proyecto combina dos conceptos puntualizados en una nueva visión de cuidados integrados⁹⁶: el empoderamiento de la población y su abordaje desde el punto de vista de la promoción de la salud. De esta manera, la integración se lleva más allá que los modelos de servicios específicos, combinando activos de la comunidad para promover la salud y bienestar de la población, específicamente en los que están excluidos del sistema de bienestar.

Las Rutas Asistenciales Integradas como palancas de transformación sistémica con Roberto Nuño-Solinís y Carles Blay

Roberto Nuño es Director de Deusto Business School Health. Carles Blay es médico y Jefe de Estudios de la Facultad de Medicina de la Universidad de Vic-Universidad Central de Cataluña.

Los casos de éxito nacionales e internacionales comparten un elemento común: la atención integrada exige el alineamiento de muchos actores y la confluencia de múltiples intereses, la intervención sobre diferentes niveles asistenciales y la utilización sinérgica de varias palancas del sistema para la transformación del mismo. A la atención integrada se llega más por la vía de la gobernanza compleja⁹⁷ que por la de la gestión jerárquica y la planificación imperativa.

Hay un gran debate conceptual y terminológico sobre el concepto de ruta asistencial⁹⁸, que se suele confundir con términos similares, tales como vía clínica, guía de práctica clínica, protocolo de atención, o proceso asistencial integrado. Sin embargo, fruto de las discusiones y aportaciones científicas, la ruta asistencial integrada ha venido adquiriendo una serie de elementos distintivos que la distinguen de todos estos términos por su naturaleza, alcance y funcionalidad.

En nuestro medio⁹⁹ se ha definido la ruta asistencial como el “pacto entre los profesionales y las organizaciones de los diferentes ámbitos asistenciales que operan en un mismo territorio y atienden a una misma población afectada de un problema de salud específico para aplicar los criterios de buena práctica, optimizar los circuitos asistenciales y planificar las respuestas ante escenarios previsibles”¹⁰⁰.

La ruta como pacto o acuerdo local es quizá el elemento más distintivo, que va más allá de la necesidad de ser un documento consensuado (el consenso es un elemento que se presupone a las guías de práctica clínica, protocolos, procesos, etc.) y que implica a más actores que únicamente a los clínicos sanitarios. Este pacto o acuerdo supone un consenso y un compromiso de todos los agentes, sanitarios y también sociales, implicados en la atención de un problema de salud priorizado en torno a objetivos comunes para responder de manera apropiada a los principales elementos de manejo asistencial que tal problema represente en un contexto territorial concreto. Se convierte, por tanto, en uno de los instrumentos más útiles para la gobernanza, en tanto que se refiere a convergencias y sinergias en el proceso de la atención. Por ejemplo, en Canterbury (Nueva Zelanda), bajo el nombre de “health pathways” han sido descritos como “uno de los cambios más innovadores y más efectivos”, en el propósito de construir un sistema más integrado.

Podemos identificar una primera oleada de desarrollo de rutas asistenciales bajo el paraguas de las Estrategias de Cronicidad que se diseñaron en muchas CCAA en el período 2010-15. Sin embargo, algunas de esas iniciativas pioneras no maduraron, por no contar con la alineación de liderazgos que es fundamental para su éxito, o no consiguieron ser diseminadas de forma exitosa al minusvalorarse la im-

portancia de la iniciativa, liderazgo y acuerdo en el nivel local.

Los aprendizajes de esa primera oleada han permitido emerger aproximaciones más elaboradas en términos de gestión del cambio que están configurando un “movimiento rutero”, con ejemplos relevantes en la Comunidad Valenciana, Cataluña o el País Vasco¹⁰¹.

En la Comunidad Valenciana, el desarrollo e implementación de rutas asistenciales integradas se ha estimulado a través de su inclusión en los acuerdos de gestión entre la Conselleria y los Departamentos territoriales, así como mediante el desarrollo de iniciativas como la del Departamento de Salud de Elda, donde han implementado la Ruta Asistencial para la diabetes mellitus y están desarrollando otras para EPOC y demencia. La calidad formal de sus planteamientos de integración y la mejora consolidada en los principales indicadores dinamiza la extensión de este abordaje en otros departamentos¹⁰².

En Osakidetza, la ruta asistencial se ha propuesto como palanca clave en las nuevas OSIs para el alineamiento de la integración organizativa con la deseada integración asistencial. En el documento recientemente publicado “Retos y Proyectos Estratégicos de Osakidetza

2017-2020”, el desarrollo corporativo de rutas asistenciales es una de las acciones para “seguir avanzando en la búsqueda de sinergias entre profesionales y con diferentes organizaciones, para garantizar la coordinación y continuidad de cuidados del paciente”. Ejemplo destacado en el País Vasco es la OSI Barrualde Galdakao, cuya experiencia ha sido registrada en el OMIS¹⁰³.

En Cataluña, los Planes de Salud que cubren el período 2010-2020 consolidan las rutas y los pactos territoriales de buenas prácticas como el elemento clave en la gestión clínica de las principales patologías crónicas y de la atención a los pacientes con mayor vulnerabilidad sanitaria y social.

Todas estas experiencias muestran la relevancia de los enfoques basados en la mejor evidencia disponible, en la promoción de las prácticas colaborativas y los liderazgos sistémicos, en la centralidad de las personas y sus necesidades y, finalmente, en el foco territorial como escenario preferente de los procesos de atención. Tal relevancia convierte a las rutas asistenciales en unos de los principales vectores de transformación de los sistemas de atención a la salud y el bienestar de las personas, que nos han de permitir superar los retos actuales y futuros.

Del Espacio al Tiempo Sociosanitario con José Antonio de la Rica

José Antonio de la Rica Giménez es Coordinador Sociosanitario de la Comunidad Autónoma del País Vasco.

Lo sociosanitario, a pesar de pertenecer al mundo conceptual de lo difuso, tiene una serie de valencias de realidad que son evidentes cuando cuajan en la presentación de “caso”. Es decir, se habla con dificultad de “lo sociosanitario” pero sabemos casi intuitivamente la realidad clínico asistencial de las personas con necesidades sociosanitarias, elementos emergentes en los sistemas de provisión de cuidados y atención, que incrementan la complejidad de la atención a unos niveles no siempre previstos. Es por ello que la complejidad necesita la ayuda de descriptores que aspiren a desarrollar una labor performativa, describiendo pero también, simultáneamente, construyendo una realidad que pueda ser sistematizada y estudiada.

Foucault asume que se puede ir más allá del problema de la “correspondencia” de los enunciados con ciertos aspectos de “la realidad” y leer los discursos en su carácter de “práctica productora de realidades”, es decir, estrategias que inciden en la “materialización de los modos de producción de los sujetos históricos”.

Podemos ver que quizás lo importante no es si los discursos aciertan o no con lo real, sino, performativamente, que son los discursos los que producen realidades efectivas: el confinamiento de los locos, el dispositivo de sexualidad o la clásica di o tricotomía entre mente/cuerpo o bio/psico/socio. La realidad no es tanto aquello a lo que se refiere el discurso sino aquello que produce, sus “efectos de verdad” y la posibilidad añadida de “hacer de tal suer-

te que el discurso de verdad suscite, fabrique algo que no existe todavía”.

Si lo real se va construyendo con el discurso, la cuestión será controlar la construcción de la realidad, ya no como mirada sino como movimiento y acción.

De una manera, quizás casual, quizás simbólica, el término que ha definido la concurrencia de lo sociosanitario, ha sido el de “espacio”. El espacio sociosanitario ha sido, y sigue siendo, un lugar común en la denominación de los que nos interesamos por la concurrencia de varias disciplinas y realidades distintas que afectan a la salud de las personas, tanto en las habituales que tienen que ver con las patologías y su componente biológico y psicológico como con los determinantes de salud que afectan en gran medida al espacio social. Ese espacio sociosanitario se ha conceptualizado como un espacio casi físico de deambulación y se prefigura históricamente como un problema de coordinación de sistemas que no encuentran un ámbito de concurrencia “natural”. El espacio sociosanitario en ese sentido ha tenido distintos avatares y conceptualizaciones que van desde la virtualidad del mismo o incluso su negación, hasta la construcción de una quinta dimensión en la cual se ubica de forma independiente, aspirando a constituirse en realidad factual. Y así lo atestiguan no solamente las costumbres del lenguaje sino los conceptos e iniciativas administrativas que crean nuevas realidades para dar salida a viejos problemas.

El termino espacio sociosanitario nos lleva a una conceptualización física en la que visualizamos edificios, recursos, personas o quizás espacios vacíos pero siempre entre las dimensiones- alto, ancho y largo- que proponen las instituciones provisoras de servicios. La travesía entre instituciones siempre es peligrosa y está llena de imprevistos en los que el ciudadano puede verse atrapado. La responsabilidad de estas pérdidas las denominaremos efectos colaterales de un espacio sociosanitario insuficientemente dotado o en construcción. En definitiva el discurso que construye el espacio es el discurso de las instituciones donde los ciudadanos, las personas son una pieza más del paisaje. El relleno de ese espacio.

Pensemos ahora en la realidad de lo socio-sanitario e intercambiamos dimensiones. Pensemos en el tiempo, como dimensión íntima e igualitaria, nadie posee el tiempo que pasa lo mismo para todos (no ocurre así con el espacio), empieza a discurrir cuando nacemos y acaba cuando morimos, sin vuelta atrás. Sin embargo aunque el tiempo, como dimensión física es inexorable, como dimensión subjetiva nos pertenece y de ella rellenos nuestra vida. Seguramente una apuesta arriesgada pero realista, creadora de otra realidad, es empezar a hablar del tiempo sociosanitario como el lugar de concurrencia de los sistemas, no en el exterior sino en el interior de las personas. Las necesidades son físicas pero su solución se integra en el espacio subjetivo de las personas con necesidades sociosanitarias. Esta concurrencia tendrá varias características. La primera de ellas es pasar del espacio institucional al espacio de los profesionales y las personas que con sus prácticas generan realidades distintas

en las personas. Si esas personas están distanciadas su separación produce una pérdida de tiempo, una pérdida en ese espacio inter-institucional infinito, pero si los profesionales están y se sienten cerca su cercanía produce una ganancia de tiempo físico y pero también emocional. La construcción de los espacios asistenciales tiene un tributario al que hay que enfocar los esfuerzos, la vivencia de tiempo ganado, de vínculos creados, de aumento de la *durée* como tiempo útil y productivo en la vida de las personas. Pero en su labor performativa hablar del tiempo (tiempo de consulta, tiempo de coordinación, tiempo de recuperación, tiempo de vida...) supone también construir realidades cercanas a la vivencia de ese tiempo y estructurarlas en normas sociales. El tiempo sociosanitario es un tiempo concreto, en el que se desarrolla la coordinación y la atención, pero también construye realidades subjetivas en los sujetos: profesionales, pacientes y usuarios, ciudadanos todos.

En el cruce de caminos entre el espacio y el tiempo sociosanitario seguramente podemos representar simbólicamente la velocidad socio-sanitaria que conjuga la implantación de los conceptos de la responsabilidad institucional de los poderes públicos y el de ganancia de los ciudadanos en términos de vida.

Si hay una realidad antigua es la de la necesidad sociosanitaria, el hecho de que necesitamos nuevos descriptores para hablar de viejos problemas, nos indica que hay mareas que se aproximan: el envejecimiento, la ausencia de natalidad, la disolución de estructuras de cuidado... la apuesta es que no nos limitemos a describirlas sino que construyamos el único espacio capaz de cobijarnos, nuestro interior, nuestro propio tiempo... en conexión con el de todos.

Compasión y Empatía con Silvia Librada

Silvia Librada es Investigadora en Comunidades Compasivas y la Directora del Programa Todos Contigo de Fundación New Health

Ni los cambios organizacionales más radicales, ni la incorporación de las últimas tecnologías, ni el diseño de protocolos basados en la última y más sólida evidencia, ni la puesta en marcha de nuevos servicios y recursos... nada de esto será suficiente si el momento de interacción con las personas no se basa en nuestros valores principales: el cuidado, la compasión y el respeto.

La compasión, tal y como la definen Strauss y Taylor¹⁰⁴, es la capacidad de identificar y comprender el sufrimiento de uno mismo y de otras personas, así como el deseo de prevenirlo y aliviarlo. Es la clave en la sociedad, en los profesionales y en las organizaciones para abordar las causas del sufrimiento individual, familiar y comunitario que una persona tiene a lo largo de su vida. Siendo considerada un valor inherente al ser humano, en las últimas décadas la compasión ha demostrado ser una potente herramienta en la mejora de la salud, que beneficia a pacientes, familiares, profesionales y organizaciones¹⁰⁵.

El acto de la compasión ha sido valorado por pacientes y profesionales como uno de los elementos más necesarios de la atención, que repercute en la mejora del aspecto existencial y psicosocial, de la experiencia de la atención durante el proceso de la enfermedad, de la comunicación y expectativas de recuperación, protección de la dignidad y el respeto¹⁰⁶. Pacientes y familiares identifican la compasión como un indicador de calidad de la atención. Conlleva la mejora del estado fisiológico y alivio de síntomas, disminuye la ansiedad y depresión, mejora el propio empoderamiento de la

población hacia su autocuidado y bienestar¹⁰⁷.

La compasión además es entendida por los profesionales como una respuesta virtuosa e intencional que permite así aliviar su sufrimiento a través de la comprensión y la acción. Los programas de entrenamiento de profesionales en la compasión han permitido demostrar que reduce el estrés y agotamiento emocional, provoca una mayor satisfacción de la percepción del desarrollo de sus trabajos, mejora la relación profesional-paciente, que se traduce en una mayor fidelización de los usuarios y reducción de quejas y demandas. La efectividad de los programas de compasión también mejora el trabajo en equipo, las relaciones laborales y la productividad¹⁰⁸. Esta respuesta ocasiona un beneficio colateral a las organizaciones que estando construidas por profesionales más humanos y compasivos: comienzan a generar programas basados en valor según las experiencias identificadas de los propios pacientes¹⁰⁹.

Si es la Atención Integral Centrada en la Persona la que permite entender la multiplicidad de factores que afectan la calidad de vida de las personas¹¹⁰, es la compasión la habilidad que nos permite identificar cada necesidad, relacionarnos con ella, y aliviarla desde la adecuada integración de los sistemas sanitario, social y comunitario. Tal es así que las iniciativas de crear organizaciones y comunidades compasivas están tomando un impulso en los sistemas de salud actuales¹¹¹.

Entrenar la compasión requiere como primer paso un cambio en la cultura de nuestra socie-

dad y de nuestros profesionales para encontrar nuevas formas de hacer partícipe a la comunidad en el cuidado y apoyo de las personas en los diferentes estados de salud, incluyendo los procesos de enfermedad crónica, avanzada, alta dependencia y final de la vida.

En este sentido se recomiendan, una serie de acciones para comenzar a incentivar el cambio:

- La sociedad como impulsora del cambio: se trata de abrir una puerta hacia nuevas ideas y políticas basadas en la promoción de la salud, el desarrollo comunitario y la educación hacia los valores de cuidar, empatizar con el sufrimiento propio y ajeno y la disposición a hacer algo para prevenirlo o aliviarlo.
- La compasión como eje transversal, como base de un modelo de atención integrada que persigue la cuádruple meta de mejorar la experiencia de los pacientes, la salud de la población, la experiencia de los profesionales y la eficiencia de las organizaciones.
- El desarrollo de programas integrados (sanitarios, sociales y comunitarios) con la adecua-

da generación de estructuras de intervención comunitaria que compartan un objetivo común: conectar y cuidar.

- La generación de procesos que permitan engranar las actuaciones hacia el cumplimiento de los objetivos marcados de crear una sociedad compasiva e implicada en cuidar los unos de los otros, desde una perspectiva de salud pública.

Así, por todo lo anterior, la compasión se ha convertido hoy en el motor y en el elemento de cohesión de los servicios sanitarios, sociales y comunitarios con el fin de actuar conjuntamente: pacientes, familias, profesionales y organizaciones, en la construcción de un nuevo modelo de salud. Es necesario que, las organizaciones de salud y los responsables políticos participen del liderazgo compasivo, para el diseño, desarrollo y evaluación de modelos integrados que den respuesta a las necesidades de la población. Esto significa que un enfoque humanizado y compasivo brinda la oportunidad a que progrese hacia una visión mucho más estrechamente relacionada con la salud pública.



Si no pensáis en el futuro, nunca lo tendréis.
John Galsworth

5.



A propósito de un caso

por Ernst & Young

«La evolución de una institución centenaria para seguir siendo referente asistencial, innovador, centrado en las personas y la comunidad. La propuesta de valor de Fundación Instituto San José.»

Baltasar Lobato es socio responsable de Health and Life Science. Ernst & Young

Vivimos un momento apasionante en el sector de la salud y los cuidados, pero a la vez profundamente disruptivo. El inevitable aumento de costes derivado de la gestión de la salud de una población cada vez más envejecida, unido al incremento en las expectativas de los pacientes y la irrupción de nuevas tecnologías impulsan una transformación sin precedentes a la que debemos saber reaccionar con rapidez. Es ya evidente para todos, profesionales, instituciones y sociedad, la urgencia por desarrollar estrategias que permitan la atención integral del enfermo crónico dependiente, que pasa por la coordinación e integración entre sistemas y servicios, con el foco en la persona y allegados, los resultados y la prevención. La creatividad en el diseño de soluciones y el arrojo de acometerlas han pasado de ser deseables a estrictamente imprescindibles¹¹².

Un componente clave, pero todavía con mucho margen de crecimiento en España, son los recursos capaces de dar servicios intermedios y de larga duración a las personas con procesos clínicos en fase subaguda o crónica que precisan atención sanitaria y rehabilitadora. Incluidos en el llamado ámbito sociosanitario, todavía confuso y no bien definido, pero fundamental en la atención a personas con necesidades sanitarias y dependencia funcional¹¹³. Estos recursos han de estar formados por equipos multi-profesionales e interdisciplinares, trabajando en una red acreditada, con procedimientos basados en evidencia y según protocolos consensuados,

coordinados con otros profesionales públicos y privados, con el apoyo de tecnologías de la información y la comunicación (TICs), etc.

Retos: el caso de la Fundación Instituto San José

La Fundación Instituto San José (FISJ) es un hospital que forma parte de la historia sanitaria de Madrid desde hace 120 años, en ámbitos asistenciales como la epilepsia, geriatría, los cuidados paliativos, la discapacidad intelectual, la neurorehabilitación y el daño cerebral.

Los retos a los que se enfrenta un centro como FISJ son múltiples e importantes: el reto de la gobernanza, con marcos programáticos en evolución y cambios en la relación con el regulador público; el reto constante de la sostenibilidad, tanto de la propia organización como de todo el sistema público de cuidados; el reto de la identidad, de mantenerse fiel a los valores y principios de la organización en un entorno cambiante; el reto tecnológico, de incorporar la tecnología más útil y adecuada; el reto de innovar y diferenciarse.

En qué consistió la contribución de Ernst & Young (EY)

Para responder a ese reto, EY ha acompañado a FISJ en esta apasionante transformación para seguir siendo institución referente de innovación asistencial en la Comunidad de Madrid, centrada en personas altamente dependientes y sus familias, y abierta a la comunidad.

EY ha apoyado a FISJ en la definición de su nuevo Plan Estratégico 2019-2023 y en el co-diseño de un modelo de atención imbuido de los principios del paradigma de la atención integrada. El Plan Estratégico va acompañado de un Plan de Acción para llevar a cabo una serie de proyectos durante 4 años con el objetivo de consolidar el posicionamiento de la FISJ. Todo el proceso ha sido llevado a cabo mediante metodologías colaborativas y participativas que facilitan la gestión del cambio organizativo y que ha contado con la amplia participación de profesionales internos, expertos externos (como la Fundación New Health) y figuras clave en el sector.

La consolidación y evolución de la FISJ a través de ejes estratégicos, en línea con el paradigma de la atención integrada

A través del análisis de la situación actual, del entorno, de los cambios políticos, de las necesidades de la población y gracias a la implicación de los profesionales clave de la FISJ, se confirmó un nicho de crecimiento en el tratamiento integral del daño neurológico. Es por ello que la estrategia pretende:

- Seguir siendo referente en los programas actuales de la FISJ, asegurando la mejora continua en todos ellos.
- Diferenciarse por ser la única institución en la comunidad de Madrid con la capacidad de tratar todas las patologías englobadas en el concepto de daño neurológico en un mismo centro, cubriendo así una necesidad de la población.

La propuesta de valor de FISJ es continuar siendo un centro referente, con un alto nivel de especialización técnica y científica en el cuidado integral e integrado de personas con daño

neurológico en sus fases subaguda y crónica, acompañando a sus allegados. La persona y sus allegados son el origen, objeto y centro del modelo de atención, a la vez que sujetos participantes en el co-diseño de su plan de atención. La atención integral a la persona pretende atender todas sus necesidades en sus aspectos biológico, psicoemocional, social y espiritual, y no solo las necesidades médicas y físicas. Se ofrece un cuidado apoyado en los valores de la institución, en un entorno terapéutico natural, abiertos a la comunidad en la que estamos insertos y bajo un modelo de innovación basado en la experiencia y los resultados.

Pero, consciente de que continuidad asistencial requiere abordajes nuevos y abiertos, FISJ no se concibe como un centro aislado, desconectado del conjunto de agentes y recursos de las distintas redes públicas y privadas que prestan servicios esenciales a las persona. FISJ busca forjar alianzas estratégicas con las instituciones públicas, con otros prestadores y con las asociaciones de pacientes para asegurar coordinación de profesionales y la continuidad asistencial de las personas y sus familias.

FISJ se comprende a sí misma como una institución que contribuye a la mejora de salud, autonomía personal y bienestar de la población de un territorio, y de la comunidad social en la que está inserta. Esta dimensión poblacional-comunitaria (que es sin duda un elemento emergente del paradigma de la atención integrada) es sin duda un elemento profundo del valor supremo de la institución: la hospitalidad.

La FISJ ha formulado su visión: ser un hospital de referencia, fundamentalmente en la atención al daño neurológico, dentro de la red de la Comunidad de Madrid; basándose en su modelo de asistencia integral y con la implicación

de los colaboradores en el proyecto institucional.

Para desarrollar esta visión se han definido los 5 ejes estratégicos alineados con la misión y los valores de la FISJ:

- Modelo de Atención integrada e integral basada en la hospitalidad: rediseñar e implantar un Modelo de Atención integral alineado con el concepto de centro especializado en daño neurológico.
- Persona y Comunidad: mejorar el modelo de relación de la FISJ para con todas las personas y organizaciones de su entorno, para convertirse realmente en un centro abierto a la comunidad.
- Mejora de la experiencia e integración de los Profesionales: fomentar el desarrollo y la motivación de los trabajadores como pilar fundamental en la aplicación del modelo de atención transformador.
- Sostenibilidad, Prestigio e Innovación: definir una estrategia comercial y de comunicación.

- Ser un Centro Innovador basado en resultados: impulsar la investigación y ampliar las labores de docencia de la FISJ, cubriendo las necesidades de sistemas y tecnología que estos cambios requieren.

Sobre Ernst & Young

En EY, trabajamos en colaboración con una amplia gama de organizaciones, desde los departamentos gubernamentales, proveedores de servicios sanitarios públicos, contribuyentes, aseguradoras y proveedores del sector privado.

Colaboramos para transformar la prestación de atención sanitaria y social, y ayudamos a desarrollar nuevos modelos de negocio para que nuestros clientes puedan competir mejor en un mundo en constante cambio. Nuestros equipos incluyen gestores, médicos, ejecutivos, proveedores, asesores políticos y gerentes de servicios y programas. A través de nuestra red, ofrecemos a nuestros clientes acceso a paneles internacionales de expertos reconocidos en el sector, facilitando así la innovación, la toma de decisiones y la velocidad de ejecución.

6.



Recomendaciones

- Hay un rico “corpus” programático producido por muchas comunidades autónomas en favor de una mayor coordinación sociosanitaria e integración de la atención a personas con necesidades sociales y sanitarias. Realmente, “hay mucho ya escrito”. Para aquellas comunidades que ya disponen de planes y estrategias sociosanitarias, es necesario llevarlos a su pleno potencial y actualizarlos si fuese necesario. A aquellas comunidades que no disponen de líneas programáticas sociosanitarias, les invitamos a que pongan en marcha procesos de formulación de los mismos mediante mecanismos deliberativos e inclusivos de todos los agentes implicados.
- Ya hay muchas experiencias de atención integrada en marcha en España. Todas necesitan garantías de continuidad y sostenibilidad así como apoyo para su continuo crecimiento y madurez. Pero también es necesario evaluarlas sistemáticamente y con rigor, para proceder a su escalabilidad cuando se demuestren resultados.
- Ya hay por tanto una gran variedad de ejemplos para el aprendizaje, con múltiples combinaciones y opciones. Pero esto también significa que no hay un único modelo sino múltiples posibilidades que han de adaptarse al contexto local. No es una agenda de uniformización sino de imaginación creativa.
- Ya conocemos los elementos e instrumentos fundamentales, tras extractar aquellos que, tras el análisis de todas las experiencias, habían demostrado ser clave para el desarrollo e implantación de modelos de atención integrada. La identificación de estos elementos e instrumentos constituyen el esqueleto de lo que hay que hacer para que la Atención integrada sea una realidad. Pero, como hemos visto, esta lista está abierta y en evolución.
- Debemos continuar persiguiendo mayores cotas de innovación y transformación que nazcan del compromiso profesional, la voluntad política, y sobre todo, desde la empatía y la compasión que nos une a todos los seres humanos. A grandes trazos, es necesario:
 - A) Poner a las personas en el centro: ¡lo primero y primordial!
 - B) Aprovechar el talento de nuestros sistemas de bienestar para liderar el cambio de valores.
 - C) Diseñar palancas de transformación sistémica: p.ej. rutas integradas por los servicios sanitarios, sociales y comunitarios.
 - D) Apostar por cambios organizativos y financieros reales.
 - E) Hacer uso de la tecnología innovadora que aporte valor.
 - F) Establecer una política de bases nacional que facilite todo lo anterior.



El mejor modo de prever el futuro es inventarlo.
F. Ford Coppola

Anexo: Metodología

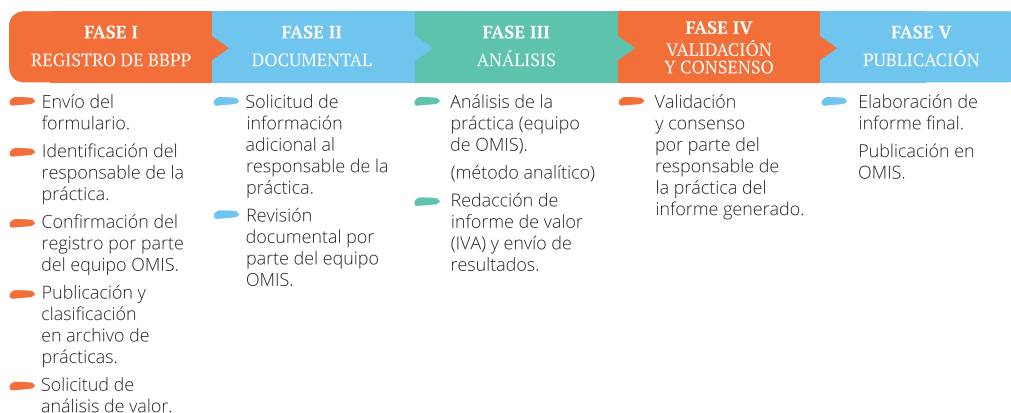


Con el fin de captar las experiencias que ya están en marcha o bien en proceso de lanzamiento, el OMIS contacta con personal de las instituciones de servicios sociales y salud de diferentes Comunidades Autónomas y agentes públicos y privados de ambos sectores para invitarlos a registrar sus experiencias de atención integrada en el Observatorio. El Comité Técnico del OMIS ofrece además al responsable de la experiencia la posibilidad de realizar un informe de valor (IVA), que consiste

en analizar los puntos clave de la misma, identificar los elementos de innovación y transformación para la atención integrada y poner en valor las enseñanzas que aporta la práctica al resto de la red sociosanitaria. Como resultado de este análisis, se desarrolla un informe breve sobre la experiencia que es registrado en la web del OMIS.

El proceso de registro y análisis de experiencias incluye las siguientes cinco fases:

FIGURA 2. FASES DE REALIZACIÓN DE IVA



Fuente: OMIS (2014)

FASE I: Registro de la Práctica

El proceso comienza con el registro de un breve resumen sobre la experiencia en el formulario electrónico disponible en la página web del OMIS, tarea a realizar directamente por el responsable de la experiencia en atención integrada. Este proceso está explicado en la

sección “Registra tu experiencia de atención integrada”.

El Comité Técnico del OMIS confirma el registro de la experiencia y la clasifica en el archivo documental del OMIS según la categoría y temática a la que pertenezca. Durante en pro-

ceso de registro se puede solicitar un análisis de valor a fin de obtener un informe más detallado sobre los elementos transformadores de la experiencia. Una vez elegida esta opción, el equipo del OMIS se pone en contacto con los responsables para continuar con el proceso.

FASE II: Preparación documental

El equipo del OMIS solicita a los responsables de la experiencia toda aquella documentación adicional que permita un análisis más riguroso, sistemático y contrastable por parte del comité técnico.

La fase de preparación documental puede incluir la petición de información adicional como podría ser: informes y publicaciones relacionadas con la práctica, datos poblacionales y de incidencia y prevalencia de los grupos diana a los que se dirige la el programa, marco normativo y regulador que sustenta la práctica, procesos de cuidados sanitarios y sociales relacionados con la misma, etc.

De considerarse necesario, el equipo OMIS apoya esta fase de preparación documental realizando un vaciado sistemático de la literatura especializada nacional e internacional, que contribuye posteriormente a la excelencia del análisis de valor.

FASE III: Análisis

El IVA es un documento breve que analiza los puntos clave de la experiencia, identifica los elementos de innovación y transformación para la atención integrada y ayuda a poner en valor las enseñanzas que aporta la experiencia al resto de la red sociosanitaria.

Es un ejercicio científico que trasciende la simple descripción de la experiencia analizada, lo que lo hace diferenciarse del mero comentario para la difusión. A su vez, implica un juicio

de valor, que por tanto lo distingue de la pura investigación. El juicio de valor de los IVAs producidos por el OMIS se fundamenta en la capacidad innovadora y transformadora de las prácticas para avanzar hacia la efectiva coordinación socio-sanitaria.

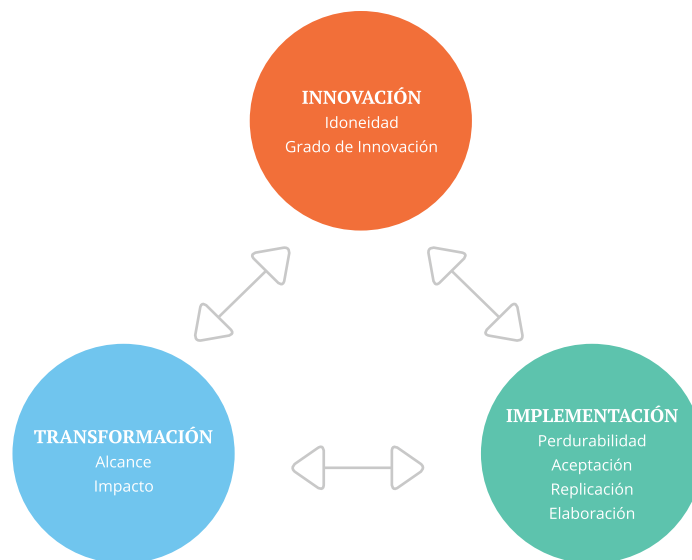
El Comité Técnico del OMIS, de forma colegiada, procede al análisis, discusión y la elaboración del informe de valor. Con el fin de realizar el estudio sistemático, riguroso y comparativo de las distintas experiencias que se envían al OMIS y que aceptan ser analizadas, el Comité Técnico del OMIS tiene definido el marco de análisis que se describe a continuación.

Este marco de análisis ha sido diseñado combinando un enfoque inductivo, fruto de las revisiones preliminares de una serie de experiencias ya recogidas por el OMIS y de las discusiones internas del Comité Técnico, y un enfoque deductivo, que incorpora elementos ya previamente teorizados en la literatura científica en el campo del análisis de políticas públicas y aplicados para evaluaciones similares por miembros del equipo OMIS/ New Health Foundation (por ejemplo, el Libro Blanco de la Coordinación Sociosanitaria en España).

Tres ejes vertebran el marco de análisis propuesto, y cada eje incluye una serie de dimensiones analíticas, a su vez expresadas en variables de tipo cualitativo (ver Figura 3):

- **Innovación:** este eje analiza la pertinencia, necesidad y novedad de la experiencia. El eje Innovación incluye las dimensiones de: (i) idoneidad de la intervención; (ii) grado de innovación (lo novedoso de la práctica; su carácter aplicado; su orientación directa a la generación de un beneficio social).
- **Transformación:** este eje resalta los elemen-

FIGURA 3. MARCO OMIS DE ANÁLISIS DE EXPERIENCIAS DE ATENCIÓN INTEGRADA



Fuente: OMIS (2014)

tos transformadores de la práctica que marcan la diferencia en el desarrollo de modelos de atención integrada. El eje Transformación se analiza con las dimensiones de: (i) alcance de la intervención (medido respecto a la población sobre la que se pretende intervenir; los factores de riesgo sobre los que intervenir; y los sectores a los que se pretende coordinar con la intervención); (ii) impacto (niveles de integración y resultados intermedios y finales que se consiguen).

- Implementación (elementos facilitadores y barreras): este eje explora las condiciones favorables y desfavorables para la implementación de la práctica y su posibilidad de replicación en otros contextos. Por su parte, el eje Implementación incluye las dimensiones de:

(1) perdurabilidad/sostenibilidad; (2) aceptación; (3) grado de replicación; (4) proceso de elaboración de la intervención.

Fase IV: Validación y Consenso

La fase de validación y consenso implica el intercambio activo de información entre el Comité Técnico del OMIS y el autor/responsable de la práctica, con el que se comparten las conclusiones preliminares del estudio de valor y se acuerda su publicación.

Fase V: Publicación

La última fase consiste en la elaboración del informe final, maquetación y en la publicación del IVA en la página web del OMIS www.omis.newhealthfoundation.org.

Agradecimientos

Este informe OMIS es fruto de un “nosotros” que lo integran personas y organizaciones con las que la Fundación New Health hemos compartido conocimiento, visión y sentido de misión para transformar los sistemas de atención hacia modelos de atención integrada sanitaria, social y comunitaria. A todos ellos les queremos agradecer sinceramente su contribución incansable a este objetivo compartido.

Varias personas han colaborado a la elaboración de este informe y queremos brindarles un especial agradecimiento. En primer lugar, queremos agradecer a los expertos autónomos por sus contribuciones a los análisis de los avances en las comunidades autónomas así

como a los autores con los que hemos escrito la sección “Nuevas aportaciones”.

Gracias a todas las organizaciones y entidades que nos han ayudado durante estos años a sostener el Observatorio: Accenture, Fundación Caser, Ernst & Young, Matia Instituto Gerontológico, Raisoft y Victrix.

Finalmente, gracias a todo el equipo de la Fundación New Health, que en el día que cerramos la elaboración de este Informe celebramos con mucha felicidad su 6º cumpleaños, estando unos aquí, otros allá y otros más lejos...pero todos siempre cerca.

accenture
Alto rendimiento. Hecho realidad.

caser
fundación

EY Building a better
working world

MATIA
INSTITUTO GERONTOLÓGICO

RAisoft

victrix



Podemos estar orgullosos de lo que hemos hecho, pero deberíamos estarlo mucho más de lo que no hemos hecho. Ese orgullo está por inventar.

E. Cioran

Referencias



1. <http://omis.newhealthfoundation.org/>
2. <https://integratedcarefoundation.org/resources/icic14-14th-international-conference-for-integrated-care-brussels>
3. <https://integratedcarefoundation.org/events/icic19-19th-international-conference-on-integrated-care-san-sebastian-basque-country>
4. “Person-centred care: care approaches and practices in which the person is seen as a whole, with many levels of needs and goals, the needs being derived from their personal social determinants of health”, en Hendry A, Kadu M, Kuluski K y Thompson J (2018) Continuity and coordination of care. A practice brief to support implementation of the WHO Framework on Integrated People-centred health services. Ginebra: World Health Organisation, <https://integratedcarefoundation.org/wp-content/uploads/2018/08/WHO-practice-brief-on-continuity-and-coordination-of-care.pdf>
5. Una buena definición de P. Rodríguez: “La atención integral centrada en la persona es la que se dirige a 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 P (2010) La atención integral centrada en la persona. Principios y criterios que fundamentan un modelo de intervención en discapacidad, envejecimiento y dependencia. Informes Portal mayores. p. 106, <http://telefonodelaesperanza.org/imgs/1970.pdf>
6. Un artículo que refleja bien esta evolución conceptual fue De Maeseneer J et al. (2012) From “patient” to “person” to “people”: the need for integrated, people-centered healthcare, The International Journal of Person Centered Medicine Vol. 2 Issue 3 pp 601-614.
7. WHO Framework on integrated people-centred health services, Ginebra: WHO. <http://www.who.int/servicedeliverysafety/areas/people-centred-care/en/>
8. La definición original en inglés es: “an approach to care that consciously adopts individuals’, carers’, families’ and communities’ perspectives as participants in, and beneficiaries of, trusted health systems that are organized around the comprehensive needs of people rather than individual diseases, and respects social preferences. People-centred care also requires that patients have the education and support they need to make decisions and participate in their own care and that carers are able to attain maximal function within a supportive working environment. People-centred care is broader than patient and person-centred care, encompassing not only clinical encounters, but also including attention to the health of people in their communities and their crucial role in shaping health policy and health services”. WHO Framework on integrated people-centred health services, Ginebra: WHO <http://www.who.int/servicedeliverysafety/areas/people-centred-care/en/>. También en Hendry A, Kadu M, Kuluski K y Thompson J (2018) Continuity and

coordination of care. A practice brief to support implementation of the WHO Framework on Integrated People-centred health services. Ginebra: World Health Organisation, <https://integratedcarefoundation.org/wp-content/uploads/2018/08/WHO-practice-brief-on-continuity-and-coordination-of-care.pdf>

9. “Engaging and empowering people and communities to become equal partners in care”.
10. Lo afirma Nick Goodwin respect al enfoque Triple Meta: “the ‘Triple Aim’ goals that have been adopted as the core hypothesis behind the integrated care movement” en Goodwin N et al. (2017) What is integrated care, en Amelung V. et al. (eds) Handbook Integrated Care, Springer, p. 2.
11. “The Triple Aim-enhancing patient experience, improving population health, and reducing costs-is widely accepted as a compass to optimize health system performance. Yet physicians and other members of the health care workforce report widespread burnout and dissatisfaction. Burnout is associated with lower patient satisfaction, reduced health outcomes, and it may increase costs. Burnout thus imperils the Triple Aim. This article recommends that the Triple Aim be expanded to a Quadruple Aim, adding the goal of improving the work life of health care providers, including clinicians and staff”: Bodenheimer T, Sinsky C. From triple to quadruple aim: care of the patient requires care of the provider. *Ann Fam Med.* 2014 Nov-Dec;12(6):573-6
12. Valentijn P, Schepman S, Opheij W, Buijnzeels M (2013) ‘Understanding integrated care: a comprehensive conceptual framework based on the integrative functions of primary care’. *International Journal of Integrated Care*, vol 13; Valentijn PP, Angus L, Boesveld I, Nurjono M, Ruwaard D, Vrijhoef H. Validating the Rainbow Model of Integrated Care Measurement Tool: results from three pilot studies in The Netherlands, Singapore and Australia. *International Journal of Integrated Care.* 2017;17(3):A91. <https://www.ijic.org/articles/abstract/10.5334/ijic.3203/>
13. Thistlethwaite P (2011) Integrating health and social care in Torbay Improving care for Mrs Smith, Londres: The King’s Fund, <http://www.kingsfund.org.uk/publications/integrating-health-and-social-care-torbay>
14. Hildebrandt H et al. (2010) Gesundes Kinzigtal Integrated Care: improving population health by a shared health gain approach and a shared savings contract, *International Journal of Integrated Care* Apr-Jun; 10: e046, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2914874/>. Puede consultarse también el registro en la web de Commonwealth Fund <https://www.commonwealthfund.org/publications/international-innovation/2018/nov/gesund-es-kinzigtal>
15. Andersson M y Calltorp J (2015) The Nortaelje model: a unique model for integrated health and social care in Sweden, *International Journal of Integrated Care*, vol. 15 <https://www.>

ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4628508/

16. Timmins N y Ham C (2013) The quest for integrated health and social care. A case study in Canterbury, New Zealand, Londres: The King's Fund https://www.kingsfund.org.uk/sites/default/files/field/field_publication_file/quest-integrated-care-new-zealand-timmins-ham-sept13.pdf
17. Connor M, Cooper H y McMurray A (2016) The Gold Coast Integrated Care Model, International journal of integrated care, 16(2),1-8. <https://www.ijic.org/articles/10.5334/ijic.2233/>. Este modelo descansa sobre un eje de coordinación fuerte que canaliza el acceso rápido a un equipo multidisciplinar de profesionales de atención primaria y especializada para realizar valoraciones holísticas y atender lo posible y, si se requiere, derivar a la atención domiciliaria y a los servicios especializados de salud y sociales.
18. Administración de la Comunidad Autónoma del País Vasco (2018) Prioridades Estratégicas de Atención Sociosanitaria. Euskadi 2017-2020. Apéndice: Contexto Internacional y Estatal. p.68
19. Mead E (2017) "Scotland", en Amelung V. et al. (eds.) Handbook Integrated Care, Springer. Cap. 32
20. Scottish Government (26 Septiembre 2018) <https://hscscotland.scot.nhs.uk/uploads/file/integration-statement-joint-letter-from-cabinet-secretary-and-cosla-26-september-2018.pdf>
21. <https://www.europapress.es/euskadi/noticia-euskadi-escocia-firman-convenio-colaboracion-asistencia-sanitaria-social-20150909173937.html>
22. "Globally, 2016 is likely to become regarded as the year that the integrated care movement came of age": Goodwin N (7 diciembre 2016) <http://integratedcarefoundation.org/blog/trumpism-brexite-and-the-post-truth-society-five-challenges-for-the-future-of-the-integrated-care-movement?platform=hootsuite>
23. Goodwin N (15 junio 2016) The movement for change accelerates. <https://integratedcarefoundation.org/blog/the-movement-for-change-accelerates>
24. Agradecemos a Miguel Simón (SEPAD) la autoría de esta frase, que recoge perfectamente el mensaje que pretendemos trasladar.
25. http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/contenidos/gestioncalidad/Plan_Cuidados_Paliativos.pdf
26. Pág. 277, <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/andalucia-libroblanco-01.pdf>

27. Consejería de Salud. Junta de Andalucía (2015) Al Lado. Estrategia Transversal de Salud Pública.
28. Pág. 82 <https://www.juntadeandalucia.es/export/drupaljda/PlanAtencEECC.pdf>
29. <http://omis.newhealthfoundation.org/libro-blanco-de-la-historia-social-unica-electronica-de-andalucia-resumen-ejecutivo-proyecto-resisor/>
30. <http://www.juntadeandalucia.es/servicios/publicaciones/detalle/78232.html>
31. Goodwin N and Ferrer L. (2017) Incorporación de la Salud Pública como parte de todos los planes de integración, Actas de Coordinación Sociosanitaria, vol. 21, pp. 7-20.
32. <http://aragonhoy.aragon.es/index.php/mod.noticias/mem.detalle/id.230097>
33. <https://www.astursalud.es/documents/31867/36150/Estrategia+de+Cuidados+Paliativos+Asturias.pdf/75befbbf-a81d-b8d1-8bf0-d87038de1587>
34. Boletín Oficial del Principado de Asturias, Num. 279, 1 de diciembre 2016, <https://sede.asturias.es/bopa/2016/12/01/2016-12800.pdf>
35. A fecha de redacción del Informe OMIS (enero 2019), el Plan está pendiente de aprobación por el Consejo de Gobierno del Principado de Asturias.
36. Consejería de Salud y Consumo (2010) Plan de Acciones Sanitarias en el ámbito Sociosanitario del Servicio de Salud 2010-2014, p.7.
37. Consejería de Salud y Consumo (2010) Plan de Acciones Sanitarias en el ámbito Sociosanitario del Servicio de Salud 2010-2014, p.13.
38. <https://www.ibsalut.es/apmallorca/attachments/article/1058/atencion-paciente-cronico-complejo-avanzado-es.pdf>
39. Moragues G. et al. (2017) "Atención a las personas con enfermedades crónicas en el Servicio de Salud de las Islas Baleares", Actas de Coordinación Sociosanitaria, vol. 20, pp.68-83 https://www.fundacioncaser.org/sites/default/files/adjuntos/completo_revista_julio_717_267.pdf
40. https://www.eldiario.es/canariasahora/tenerifeahora/sociedad/Ley-Servicios-Sociales-coordinacion-sociosanitaria_0_825218488.html
41. http://saludcantabria.es/uploads/pdf/ciudadania/cp_cantabria-atencionpaliativa.pdf

42. Carlos Raúl de Pablos Pérez (6 mayo 2016) "Un sistema de servicios sociales integrado es la clave del éxito en la gestión de la complejidad", <http://www.forumitesss.com/es/un-sistema-de-servicios-sociales-integrado-es-la-clave-del-exito-en-la-gestion-de-la-complejidad/>
43. Acuerdo 66/2016, de 27 de octubre, de la Junta de Castilla y León, por el que se aprueban las directrices que ordenan el funcionamiento del modelo integrado de atención sociosanitaria para personas con discapacidad por enfermedad mental. Boletín Oficial de Castilla y León, BOCYL nº 210/2016, de 31 de octubre de 2016 <http://bocyl.jcyl.es/boletines/2016/10/31/pdf/BOCYL-D-31102016-6.pdf>
44. Para esta sección, se sigue el documento "Plataforma de atención sociosanitaria al paciente crónico y personas en situación de dependencia. Resumen de la Jornada dirigida a profesionales de los sistemas social y sanitario, 27 de abril de 2017" (no publicado): agradecemos a los organizadores de la jornada que nos hayan facilitado la lectura del resumen.
45. <https://www.saludcastillayleon.es/profesionales/es/cuidados-paliativos/plan-cuidados-paliativos-castilla-leon>, p.49.
46. http://sescam.castillalamancha.es/files/documentos/pdf/20170117/estrategia_regional_de_cuidados_paliativos_de_castilla_la_mancha.pdf
47. Diari Oficial de la Generalitat de Catalunya , 2 junio 1986, núm. 694, pp. 1753-1754.
48. Ledesma A (2016) La atención integrada en Cataluña y la 16 Conferencia Internacional de Atención integrada en Barcelona, Revista Actas de Coordinación Sociosanitaria, vol. 16, pp. 62-8.
49. http://www.termcat.cat/es/Diccionaris_En_Linia/230/
50. http://premsa.gencat.cat/pres_fsvp/AppJava/notapremsavw/297432/ca/consellers-munte-comin-bassa-inaugurat-jornada-latencio-integrada-social-sanitaria-catalunya-present-futur.do
51. http://presidencia.gencat.cat/web.content/departament/plans_sectorials_i_interdepartamentals/PIAISS/docs/PIAISS_document_desplegament_2017_2020.pdf
52. <https://www.diariomedico.com/tecnologia/cataluna-la-consejeria-extiende-a-toda-barcelona-un-piloto-de-datos-sociosanitarios-compartidos.html>
53. Véase la Estrategia de atención al crónico de la Comunidad Valenciana (2014).

54. Álvarez Gómez C, Blay C, Fernández Planelles MC (coords.) (2016) Manual para el diseño de rutas asistenciales, Madrid: MSD.
55. Cid et al. (2016)
56. <https://saludextremadura.ses.es/sepap/detalle-contenido-estructurado?content=planes-y-programas-discapacidad>
57. Álvarez Rosete A y Jiménez Lara A (2017) Modelos Integrados de Atención a la Discapacidad, Observatorio Estatal de la Discapacidad (OED), <https://www.observatoriodeladiscapacidad.info/wp-content/uploads/2018/04/MODELOS-INTEGRADOS-DE-ATENCION-A-DISCAPACIDAD-OED.pdf>
58. Estrategia gallega para la atención a personas en situación de cronicidad p.10.
59. [https://www.carm.es/web/pagina?IDCONTENIDO=54379&IDTIPO=100&RASTRO=c887\\$m56129](https://www.carm.es/web/pagina?IDCONTENIDO=54379&IDTIPO=100&RASTRO=c887$m56129)
60. <https://www.navarra.es/NR/rdonlyres/BEF58587-D99A-4B7C-821C-04BDA341CFFF/421581/EvaluacionEstrategiaAtencionPluripatologicoenNavar.pdf>
61. http://www.navarra.es/home_es/Temas/Portal+de+la+Salud/Ciudadania/Nuevo+Modelo+asistencial/Estrategia+de+Humanizacion.htm
62. De la Rica JA, Zurbanobeaskoetxea L, Arteagoitia M, Artaza N, Iñigo L y Sánchez I. (2016) La Atención Sociosanitaria en Euskadi. Una visión pragmática, Actas de Coordinación Sociosanitaria, vol. 16 (marzo) pp.33-45.
63. Véase Euskadi.eus (12 abril 2017) <http://www.euskadi.eus/noticia/2017/beatriz-artolazabal-el-espacio-sociosanitario-vasco-ha-mejorado-la-calidad-y-eficacia-de-la-atencion-al-situar-a-la-persona-como-eje-central/web01-a2zesosa/es/>
64. <http://www.euskadi.eus/mapa-de-recursos-sociosanitarios/web01-a2zesosa/es/>
65. OMIS (2017) Innovando en el modelo de atención sociosanitaria en Euskadi a través del InterRAI CA <http://omis.newhealthfoundation.org/9728/>
66. <http://www.integrasarea.eus/index.php?idioma=cas>
67. “La integración es el proceso que implica la creación y el mantenimiento de una estructura común entre grupos de interés independientes y organizaciones a lo largo del tiempo con el propósito de coordinar su interdependencia para trabajar juntos en un proyecto común”. Definición adaptada de la de André-Pierre Contandriopoulos (Facultad de Medicina de la

Universidad de Montreal).

68. <https://www.larioja.org/servicios-sociales/es/participacion-organos-colegiados/comision-interinstitucional-bienestar-social>
69. https://www.fundacionriojasalud.org/files/programas-salud/Plan_de_Cuidados_Paliativos.pdf
70. Una versión preliminar de esta sección se encuentra en Álvarez Rosete A y Jiménez Lara A (2017) Modelos Integrados de Atención a la Discapacidad, Observatorio Estatal de la Discapacidad (OED), <https://www.observatoriodeladisapacidad.info/wp-content/uploads/2018/04/MODELOS-INTEGRADOS-DE-ATENCION-A-DISCAPACIDAD-OED.pdf>.
71. Kaehne A. The Building Blocks of Integrated Care. *International Journal of Integrated Care*. 2016;16(4):5, <https://www.ijic.org/articles/10.5334/ijic.2527/>; Goodwin, N. (2016): "Understanding Integrated Care". *International Journal of Integrated Care*, 16(4): 6, pp. 1–4. <https://www.ijic.org/articles/10.5334/ijic.2530/galley/3318/download/>; European Union (2017) Blocks: Tools and methodologies to assess integrated care in Europe. Report by the Expert Group on Health Systems Performance Assessment, Publications Office of the European Union. https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/systems_performance_assessment/docs/2017_blocks_en_0.pdf; New Health Foundation (2017) Experiencias de atención integrada en España (Informe OMIS 2016). Sevilla, New Health Foundation. <http://www.newhealthfoundation.org/experiencias-de-atencion-integrada-en-espana-informe-omis-2016/>
72. Fulop N et al. (2005): Building Integrated Care: Lessons from the UK and elsewhere, London: The NHS Confederation. <http://www.nhsconfed.org/~media/Confederation/Files/Publications/Documents/Building%20integrated%20care.pdf>
73. Valentijn P, Schepman S, Opheij W, Bruijnzeels M (2013). "Understanding integrated care: a comprehensive conceptual framework based on the integrative functions of primary care". *International Journal of Integrated Care*, vol 13 (1). <https://www.ijic.org/articles/10.5334/ijic.886/galley/1979/download/>
74. New Health Foundation (2017) Experiencias de atención integrada en España (Informe OMIS 2016). Sevilla, New Health Foundation. <http://www.newhealthfoundation.org/experiencias-de-atencion-integrada-en-espana-informe-omis-2016/>
75. Herrera E (2014): "Hacia un nuevo paradigma: la atención integrada", *Actas de la Dependencia*, Noviembre 2014, año IV, pp.5-20. https://www.fundacioncaser.org/sites/default/files/e.herrera_haciaelnuevoparadigma_web.pdf
76. Véase Goodwin N, Stein V and Amelung V (2017) What is Integrated Care?, en Amelung V,

Stein V, Goodwin N, Balicer R, Nolte E and Suter E (eds.) Handbook Integrated Care, Cham (Suiza): Springer International Publishing, pp.3-23.

77. Bennett L, Honeyman M and Bottery S (2018) New models of home care, Londres: The King's Fund, <https://www.kingsfund.org.uk/sites/default/files/2018-12/New-models-of-home-care.pdf>
78. Ham C, Dixon A and Brooke B (2012) Transforming the delivery of health and social care, Londres: The King's Fund, https://www.kingsfund.org.uk/sites/default/files/field/field_publication_file/transforming-the-delivery-of-health-and-social-care-the-kings-fund-sep-2012.pdf
79. Goodwin N et al. (2014) Providing integrated care for older people with complex needs. Lessons from seven international case studies, Londres: the King's Fund, https://www.kingsfund.org.uk/sites/files/kf/field/field_related_document/providing-integrated-care-for-older-people-with-complex-needs-background-to-case-studies-kingsfund-jan14.pdf
80. Incluimos aquí esta dimensión para marcar la utilidad de identificación proactiva de las personas con necesidades, y valorándola no solo por lo que aporta a la clasificación de personas en grupos de riesgo o por su capacidad predictiva. Si atendiéramos solo a estas dos funciones, la estratificación de personas bien podría ir en un nivel de gestión o en el nivel de sistemas de información. Al situarlo en este nivel "servicios", enfatizamos que la utilidad de esta herramienta para identificar, por nombre y apellidos, las personas que tienen necesidades sociales y sanitarias complejas.
81. Dueñas-Espín I et al. (2016) Proposals for enhanced health risk assessment and stratification in an integrated care scenario, *BMJ Open* Volume 6, Issue 4; Monterde D, et al. (2016) Los grupos de morbilidad ajustados: nuevo agrupador de morbilidad poblacional de utilidad en el ámbito de la atención primaria. *Atención Primaria*, <http://dx.doi.org/10.1016/j.aprim.2016.06.003>
82. La literatura especializada refiere al domicilio como el espacio "concentrador de cuidados" (hub of care) que permite a los pacientes y usuarios asumir mayor responsabilidad por su salud y bienestar, con el apoyo de cuidadores y familias. A su vez, el domicilio siempre ha sido espacio preferente de actuación para el sector social en general y el mundo de la discapacidad en particular.
83. Álvarez-Gómez C, Blay C, Fernández Planelles C (coord.) (2017) Ruta 10. Manual para el diseño de Rutas Asistenciales, MSD.
84. La nota de acuerdo aparece en otras aportaciones como: Contel JC, Martínez Roldán J y Jodar G. (2014) "Un nuevo escenario de atención integrada para la atención de pacientes crónicos", en Bengoa R y Nuño Solinís R (eds.) *Curar y Cuidar. Innovación en la gestión de*

enfermedades crónicas: una guía práctica para avanzar, Barcelona: Elsevier Masson, p.141.

85. Barbadella F et al. (2017) How can eHealth improve care for people with multimorbidity in Europe? On behalf of the ICARE4EU consortium, Policy Brief 25. http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0007/337588/PB_25.pdf
86. Mason A, Goddard M and Weatherly H (2014) Financial mechanisms for integrating funds for health and social care: an evidence review, CHE Research Paper 97, Centre for Health Economics, University of York, UK
87. <http://www.england.nhs.uk/ourwork/part-rel/transformation-fund/bcf-plan/>
88. Tol J, Swinkels ICS, Struijs JN, Veenhof C, de Bakker DH. Integrating care by implementation of bundled payments: results from a national survey on the experience of Dutch dietitians. *International Journal of Integrated Care*. 2013;13(4). DOI: <http://doi.org/10.5334/ijic.1133>
89. Nuño Solinís R, Stein KV.(2016) Measuring Integrated Care – The Quest for Disentangling a Gordian Knot. *International Journal of Integrated Care*, vol. 16, No. 3, 18, <http://doi.org/10.5334/ijic.2525>
90. Bautista MA et al. (2016) Instruments Measuring Integrated Care: A Systematic Review of Measurement Properties, *The Milbank Quarterly*, Vol. 94, No. 4, pp. 862-917.
91. <http://www.iemac.es/introduccion.php>
92. Goodwin N, Stein V and Amelung V (2017) What is Integrated Care?, en Amelung V, Stein V, Goodwin N, Balicer R, Nolte E and Suter E (eds.) *Handbook Integrated Care*, Cham (Suiza): Springer International Publishing, pp.3-23.
93. National Voices (2013) A Narrative for Person-centred Coordinated Care, <http://www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2013/05/hv-narrative-cc.pdf>
94. Joan Subirats (31 octubre 2015) https://www.eldiario.es/norte/euskadi/gran-problema-Espana-educacion-cero_0_446905621.html
95. Véase, por ejemplo, World Health Organisation (2000) *The World health report 2000 : health systems : improving performance*, <https://www.who.int/whr/2000/en/> ; Durán et al. (2012) “Understanding health systems: scope, functions and objectives”, in Figueras J and McKee M (eds.) *Health Systems, Health, Wealth and Societal Well-being*, World Health Organization 2012 on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies, Open University Press, pp. 19-36 <http://apps.who.int/medicinedocs/documents/s19262en/s19262en.pdf>

96. Goodwin, N 2016 Understanding Integrated Care. *International Journal of Integrated Care*, 16(4): 6, pp. 1–4, DOI: <http://dx.doi.org/10.5334/ijic.2530>
97. WHO (2015) WHO global strategy on integrated people-centred health services 2016-2026. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/180984/1/WHO_HIS_SDS_2015.20_eng.pdf; Van Rensburg, AJ et al. (2016) Power and Integrated Health Care: Shifting from Governance to Governmentality, *International Journal of Integrated Care* 16 (3): <http://www.ijic.org/articles/10.5334/ijic.2480/>
98. Blay C, Limón E, Benet C (2016) “El impacto en la práctica de las rutas asistenciales”, *FMC* 23, pp. 257-279.
99. TERMCAT, Centre de Terminologia [Internet]. Terminología de la Cronicidad; 2015. Disponible en: http://www.termcat.cat/es/Diccionaris_En_Linia/160/; Alba N, Blay C, Fernández-Planellas C, et al. (2019) Ruta 10. Manual para el desarrollo de Rutas Asistenciales Integradas MSD/DBSH. https://www.researchgate.net/publication/330289578_Manual_para_el_Desarrollo_de_Rutas_Asistenciales_Integradas.
100. La nota de acuerdo aparece en otras aportaciones como: Contel JC, Martínez Roldán J y Jodar G. (2014) “Un nuevo escenario de atención integrada para la atención de pacientes crónicos”, en Bengoa R y Nuño Solinís R (eds.) *Curar y Cuidar. Innovación en la gestión de enfermedades crónicas: una guía práctica para avanzar*, Barcelona: Elsevier Masson, p.141.
101. Deusto Business School Health y MSD a través del Centro de Innovación y Gestión del Cambio han tenido la iniciativa de desarrollar una herramienta de comprobación de elementos de Rutas Asistenciales Integradas para facilitar la implementación de las mismas. <https://blogs.deusto.es/dbshealth/checklist-para-la-implementacion-de-rutas-asistenciales-integradas/>
102. <https://www.diarioinformacion.com/elda/2017/11/19/departamento-salud-elda-pionero-implantar/1959478.html>
103. El Mapa Asistencial Integral y las Rutas Asistenciales como palancas de transformación de la OSI Barrualde Galdakao hacia su modelo asistencial integrado, <http://www.newhealthfoundation.org/el-mapa-asistencial-integral-y-las-rutas-asistenciales-como-palancas-de-transformacion-de-la-osi-barrualde-galdakao-hacia-su-modelo-asistencial-integrado/>
104. Strauss C, Taylor L, Gu J, Kuyken W, Baer R, Jones F, Cavanagha K. (2016) What is compassion and how can we measure it? A review of definitions and measures. *Clinical Psychology Review*; 47:15-27.
105. Brito G, Librada S. (2018) Compassion in palliative care: a review. *Curr Opin Support Palliat Care*, 12.

106. Gilbert P, Procter S (2006). 'Compassionate mind training for people with high shame and selfcriticism: overview and pilot study of a group therapy approach'. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, vol 13, pp 353–79.
107. Francis R. (2013) Report of the Mid Staffordshire NHS Foundation Trust public inquiry. London: The Stationary Office.
108. Sinclair S. (2018) What are healthcare providers' understandings and experiences of compassion? The healthcare compassion model: a grounded theory study of healthcare providers in Canada. *Bmj Open*; 14(3).
109. Herrera E, Nuño R, Espiadau G, Librada S, Orueta J, Hasson N.(2013) Impact of a home-based social welfare program on care for palliative patients in the Basque Country (SAIATU Program). *BMC Palliative Care*, 12:3.
110. Librada S, Herrera E, Pastrana T. (2015) Atención centrada en la persona al final de la vida: Atención sociosanitaria integrada en cuidados paliativos. *Actas de la coordinación sociosanitaria*; 13: 67.
111. Librada S, Herrera E, Boceta J, Mota R, Nabal M. (2018) All with You: A new method for developing compassionate communities and cities at the end of life. Experiences in Spain and Latin-America. *Ann Palliat Med*; 7(Supp 2): S15-S31.
112. Herrera E. (2013) Llenar el Vacío. Documento de trabajo para el impulso de la continuidad entre los recursos de los sistemas sanitario y social. Sevilla: promovido por la Fundación Economía y Salud.
113. La propuesta de la Fundación Economía y Salud es que "sociosanitario no es un calificativo para un determinado centro, sino que pasa a ser cualificativo de la condición añadida de ese centro, que por disponer del recurso o recursos adecuados para la atención que va a prestar, merece además la cualificación de sociosanitario": Nieto JI y del Barrio J (2019) *Lo Sociosanitario: de los casos reales al modelo*, Madrid: Fundación Economía y Salud.



**NEW HEALTH
FOUNDATION**

CALIDAD SOCIAL Y SANITARIA