



Consorci de Salut i
Social de Catalunya

Personas con necesidades complejas

MODELO DE ATENCIÓN GESTIÓN DE LA ATENCIÓN COMPLEJA

CSC – Consorci de Salut i Social de Catalunya
Septiembre de 2018



Antoni Anglada, director de proyecto

Sara Jaurrieta, gestora de proyecto

Colaboradores y colaboradoras:

Almudena Alfonso, técnica de Gestión de Proyectos - SADEP (Servicio de Atención a la Dependencia), Instituto Municipal de Servicios Sociales - Ayuntamiento de Barcelona

Xavier Arrébola, adjunto de Enfermería de Serveis de Salut Integrats del Baix Empordà (SSIBE)

Montse Domènech, coordinadora del Programa del Modelo Colaborativo del Alt Penedès

Benito Fontecha, jefe del Servicio de Geriátrica del Consorci Sanitari Integral (CSI)

Rosa Fumàs, directora técnica de Servicios Sociales del Consell Comarcal del Pallars Jussà

Antoni Gilabert, director del Área de Farmacia y del Medicamento del Consorci de Salut i Social de Catalunya (CSC)

Melinda Jiménez, responsable de Trabajo Social del Consorci Sanitari Integral (CSI)

Enric Llorca, alcalde de Sant Andreu de la Barca

Xavier Melich, adjunto de coordinación de Servicios Sociales del Ayuntamiento de Amposta

Gloria Navarro, responsable del Servicio de Atención a las Urgencias a la Vejez (SAUV) y Respir del Departamento de Gente Mayor del Ayuntamiento de Barcelona

Diego José Palao, director ejecutivo de Salud Mental en el Consorci Corporació Sanitària Parc Taulí

Antoni Peris, director gerente en el Consorci Castelldefels Agents de Salut (CASAP)

Ingrid Roca, coordinadora del Modelo de Atención Centrada en la Persona (ACP) del CSC

Anna Rufí, directora técnica de Servicios Sociales del Consell Comarcal de Osona

Jesús Tinoco, jefe de Servicio de Rehabilitación del Consorci Sanitari Integral (CSI)

Montserrat Tobella, concejala de Sant Andreu de la Barca

Índice

1.- Introducción.....	2
2.- Objetivos	3
3.- Modelo de atención.....	3
4.- Modelo de intervención	5
4.1.- Referencias	5
4.1.1.- Actividades	5
4.1.2.- Elementos	7
4.2.- Propuesta	8
4.2.1.- Líder del Programa	10
4.2.2.- Gestor/a de Caso (GC).....	10
4.2.3.- Equipo Interdisciplinario (EI).....	11
4.2.4.- Formar.....	11
4.3 - Estrategias	11
5.- Modelo organizativo.....	14
5.1.- Referencias	14
5.2.- Propuesta	15
5.2.1.- Ámbito comunitario	16
5.2.2.- Ámbito hospitalario	18
5.2.3.- Integración clínica de los profesionales y liderazgo	20
5.2.4.- Sistema de información y TIC.....	21
5.2.5.- Responsabilidades y aspectos legales	21
6.- Bibliografía.....	22
7.- Glosario.....	23

1.- Introducción

El aumento de la esperanza de vida de la población y los cambios sociales (estructura familiar, incorporación de la mujer al mundo laboral, crisis económica) ha hecho emerger un grupo de población creciente que presenta pluripatología / multi morbilidad (NICE guideline, 2016) con la presencia de diferentes enfermedades crónicas o problemas de salud y con unas necesidades tanto sanitarias como sociales múltiples e interrelacionadas o incluso inseparables entre sí.

Vivir en áreas deprimidas avanza más de 10 años la presencia de enfermedades crónicas (Barnett, 2012) y disminuye la esperanza de vida. La pobreza y la soledad se ha demostrado que son factores de riesgo de muerte (Stringhini, Carmeli, & Jokela, 2017), (Holt-Lunstadt, B., Baker, Harris, & Stephenson, 2015). Tanto el incremento de necesidades sanitarias como sociales tienen una fuerte correlación con la edad y el incremento de esperanza de vida que tenemos, no se acompaña de más años de vida en salud.

Por otro lado, el sistema no se ha adaptado a sus necesidades y sigue dando una respuesta separada en el ámbito sanitario y social, y a la vez, con una organización orientada a la excelencia del acto asistencial, orientado mayoritariamente a la enfermedad, sin tener en cuenta la visión integral de pérdida funcional de la persona y sus valores. Todo esto hace que sea la persona quien tiene que ir a buscar el servicio, con una respuesta reactiva del sistema y además segmentada por cada actividad necesaria sin coordinación entre los profesionales y con poca o nula participación de la persona-cuidador/a en la toma de decisiones.

Este grupo de población conlleva un elevado consumo de recursos y con una previsión demográfica de crecimiento del sobre-envejecimiento hace que sea un problema de sostenibilidad de primer orden. Las entidades proveedoras orientadas hacia la misma sostenibilidad no pueden dar respuesta con su modelo organizativo y su ámbito de actuación.

El sistema de pago sanitario y el de servicios sociales, de forma separada, sigue siendo mayoritariamente por actividad, por niveles y por entidad. No incentiva ni estimula la acción colaborativa transversal que comporte un cambio de modelo organizativo orientado a dar respuesta eficiente a este grupo de población.

No existe una definición sencilla ni de consenso en la literatura sobre las "personas con necesidades complejas". Nosotros asumimos la definición dada por Rankin J (2004) que las define como aquellas personas que tienen unas necesidades de apoyo múltiples, interrelacionadas, interconectadas y profundas, requiriendo ayuda intensiva desde diferentes vertientes (sanitaria, social y emocional). Ante esta problemática, la literatura y la experiencia internacional es unánime, la respuesta debe ser la **INTEGRACIÓN**, (Goodwin Nick, 2013) y así lo recoge el Plan de Salud de Cataluña (*Generalitat de Catalunya*, 2016) y el Plan Interdepartamental de Atención e

Interacción Social y Sanitaria (Ledesma A, 2015) tal como expresa la Resolución del *Parlament de Catalunya* sobre el sistema público de salud que insta al gobierno al proceso de integración social y sanitaria (*Parlament de Catalunya*, 2015;610).

2.- Objetivos

La meta del proyecto debe ser conseguir implantar en los diferentes territorios un servicio centrado en la persona que cubra el conjunto de necesidades sanitarias y sociales que se detecten, con los profesionales más resolutivos y en el lugar más adecuado (coste/efectivos) con la corresponsabilidad del conjunto de las entidades implicadas en esta provisión.

El planteamiento del proyecto lo queremos orientar a conseguir el *Triple Aim* según lo definió Berwick D (2008; 27 (3)) del *Institute for Healthcare Improvement*; mejorar la experiencia individual de la atención, mejorar la salud de la población y reducir el coste per cápita. Por lo tanto, tiene una clara orientación territorial y de gestión poblacional.

La situación de la persona-cuidador/a antes del proyecto suponía una respuesta reactiva a las necesidades, desplazamientos múltiples para recibir los servicios, descoordinación en la asistencia y cambios continuos de profesionales según las actividades. Después del proyecto la persona-cuidador/a debe recibir una respuesta proactiva y anticipada a sus necesidades con su participación en la decisión de su plan de servicios. Tendrá la asistencia a domicilio siempre que se pueda con continuidad de servicios sociales y sanitarios, con un profesional coordinador y un equipo resolutivo.

3.- Modelo de atención

El modelo de atención a diseñar debe ir dirigido al grupo de población de "Personas con necesidades complejas". Este es un término que más que definir las características de un individuo va dirigido al marco de respuesta que necesita. No hay un caso genérico, cada individuo con necesidades complejas tiene una interacción única entre sus necesidades de salud y de atención social que requiere una respuesta personalizada de servicios. El grupo de población que denominamos Personas con Necesidades Complejas se cree que supone un 5% de la población. Hemos observado sin embargo, que es un grupo heterogéneo y que lo podemos segmentar en base a sus necesidades y está fuertemente asociado a la edad, lo que conlleva un grado de integración y de intervención de diferente intensidad. Debemos diseñar un modelo de atención similar pero variable según la tipología de riesgo de la persona.

Estudios recientes han identificado los rasgos comunes de gestión y de funcionamiento en una gestión de éxito de la atención compleja (Hong CS, 2014): **adaptado al contexto local y a su dimensión, combinar métodos cuantitativos y cualitativos en la selección de las personas, construir relaciones de confianza entre persona-cuidador/a y la atención comunitaria, adaptar las intervenciones y composición de los equipos a las necesidades de las personas, formación especializada a los miembros del equipo y utilizar la tecnología para reforzar los esfuerzos del modelo de atención.**

Para el diseño del modelo de atención nos hemos basado en el análisis elaborado por las personas de edad más avanzada (Oliver, Foot, & Humphries, 2014) pero que es perfectamente compatible a las personas de este grupo de población (PNC) dada la fuerte asociación a la edad. A partir de este análisis, se ha hecho investigación bibliográfica de qué actividades con evidencia científica se debe proporcionar (modelo de intervención) y qué organización requiere profesionales, dispositivos y entidades para hacer posible la prestación de la intervención diseñada de la forma más eficiente (modelo organizativo). La literatura nos dice que **las actividades a realizar se deben desplazar a ser más preventivas y proactivas, con unos servicios integrados y centrados en la persona** (Figura 1).

Figura 1: Necesidades PNC / Personas mayores



© The King's Fund 2014

La sistemática que hemos seguido para desarrollar una propuesta es primero hacer un análisis de las referencias bibliográficas y una vez diseñada la propuesta hacer una validación por un grupo

de profesionales colaboradores tanto del sector social como sanitario, de forma paritaria, para hacer las consideraciones y aportaciones al modelo y a las estrategias para una implantación de éxito.

4.- Modelo de intervención

En este epígrafe del modelo de intervención se analizan, en primer lugar, las referencias bibliográficas seleccionadas como marco de actuación con las actividades y elementos a considerar para su desarrollo. Después se presenta la propuesta de intervención y a continuación, se detallan las estrategias necesarias como clave de éxito de un programa de gestión de la atención compleja.

4.1.- Referencias

La intervención es el núcleo del modelo de atención. Engloba la interacción entre el programa y la persona-cuidador/a para organizar la provisión de servicios sanitarios y sociales y dar apoyo a los diferentes entornos (Windh J, April 2016).

Los programas de la atención compleja de éxito reúnen unos atributos comunes que los podemos diferenciar en actividades que realizan y elementos que constan (McCarthy D, Oct-2015).

4.1.1.- Actividades

En este apartado, se describen brevemente las principales actividades a tener presente a la hora de diseñar la gestión de la atención compleja a la persona para su completo planteamiento (recogidas gráficamente en la Figura 2).

1 / IDENTIFICAR las personas que más se pueden beneficiar de la intervención a través de un proceso de filiación y estratificación de riesgo en base a necesidades. Hay que trabajar en base a los datos existentes y añadir juicio profesional. La intervención debe ir dirigida al grupo de personas-cuidadores/as que ha demostrado su efectividad. Según la literatura hay que dirigir la intervención al grupo denominado de altas necesidades que son aquellos que presentan multi cronicidad (> 3) y limitación funcional para las actividades de la vida diaria.

2 / EVALUACIÓN funcional y global en base al riesgo y las necesidades en un proceso de contacto directo a domicilio de la persona, que identifique y clasifique el nivel de intensidad de la intervención (bajo, moderado, alto) que necesita, atendiendo la situación familiar y comunitaria.

3 / ELABORAR el *Care Planning* conjuntamente con la persona-cuidador/a. Debe recoger las preferencias de la persona y dar respuesta a sus necesidades de forma compartida (Atención Centrada en la Persona). Esta implica tratar a la persona con dignidad y respeto. La atención que se defina debe ser personalizada, con visión global, integrada en las actividades habituales.

Figura 2: Gestión de la atención compleja: actividades



4/ EMPODERAR a la persona y familia en el proceso de autocuidado. Habrá que trabajar con cuidadores/as y familia atendiendo a la tipología de la persona identificada, ya que ésta puede tener pérdida cognitiva y/o funcional para las habilidades de la vida diaria.

5 / COORDINAR la atención del servicio, con un solo punto de interlocución entre la persona y el equipo, y también entre los diferentes miembros del equipo.

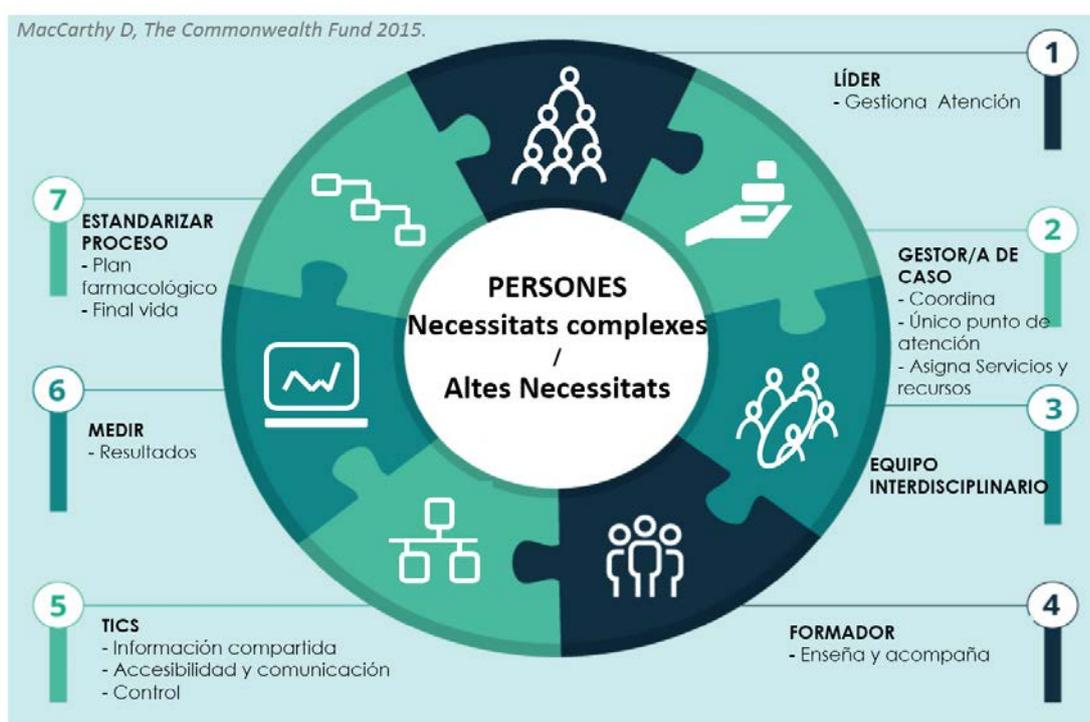
6 / FACILITAR el servicio y recursos de apoyo más adecuado según los objetivos y prioridades de la persona atendida. Es necesario que se disponga de la cartera de servicios social y sanitaria de manera accesible y flexible para poder prescribir y autorizarlos desde un solo punto y readecuar el *care planning* según necesidades. Hay que poner mucha atención a los procesos de transición desde el internamiento hacia la comunidad.

7/ MONITORIZAR el progreso y evolución del programa y hacer las correcciones o redireccionamientos necesarios.

4.1.2.- Elementos

En este apartado de elementos se recogen los perfiles profesionales de las personas necesarias para desarrollar la gestión en la atención compleja así como las herramientas primordiales para una buena implementación (Figura 3).

Figura 3: Gestión de la atención compleja: elementos



1 / LÍDER del programa es quien debe tener la visión global y hace la dirección de la atención y su redireccionamiento. Identifica la persona que entrará en el programa y marca el nivel de necesidad y la intensidad de la intervención. Designa el equipo y el/la gestor/a de caso. Debe aplicar el PDCA (*plan-do-control-act*) en la gestión del programa.

2 / GESTOR/A DE CASO es el/la único/a referente e interlocutor/a para la persona y familia. Propone el *care planning* a la persona-cuidador/a, en su domicilio preferentemente, y hace una valoración global. Coordina la atención y el equipo ante eventos puntuales que requieren diferentes profesionales. Coordina las transiciones. Reevalúa el *care planning* según cambios funcionales y de necesidades y adjudica los recursos de apoyo que precise de forma accesible y flexible. Es el/la interlocutor/a único de la persona-cuidador/a con el equipo. Hace el monitoreo de la

implementación de cuidados y servicios de apoyo y evalúa los resultados en calidad de vida y hace el redireccionamiento si es necesario.

3 / EQUIPO INTERDISCIPLINARIO de base comunitaria, debe adaptarse a la población de intervención con una composición dirigida a los objetivos planteados. El equipo está al servicio del/la gestor/a de caso. En su composición hay que contemplar las áreas de conocimiento necesarias para poder elaborar una propuesta de *care planning*: médico/a de familia, trabajador/a social, farmacéutico/a, enfermero/a comunitario/a, nutricionista, especialistas médicos como geriatra/psiquiatra/rehabilitador/a, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, psicólogo/a y áreas específicas de servicios sociales. Según el número de casos que gestionan los equipos hay que optimizar recursos y compartir profesionales. La mayoría de interacciones entre los miembros puede ser no presencial. Se pueden incorporar miembros puntuales para aportar conocimiento y hacer más eficiente el equipo.

4 / FORMADOR/A en técnicas de cambios de comportamiento y aprendizaje de habilidades de autocuidado. Su función es facilitar indicaciones de qué hacer en caso de incidencia y a quién debe contactarse o qué recurso movilizar en diferentes momentos del día.

5 / TICs dirigidas a disminuir la carga de trabajo asociada a estos modelos. Deben orientarse a simplificar la comunicación entre profesionales y persona atendida, ayudar a la asistencia no presencial y su control. La capacidad de compartir la información de la persona por parte de todos los profesionales implicados es una necesidad primordial.

6 / MEDIR resultados, sistematizar un cuaderno de mando y hacer análisis periódico con redireccionamiento.

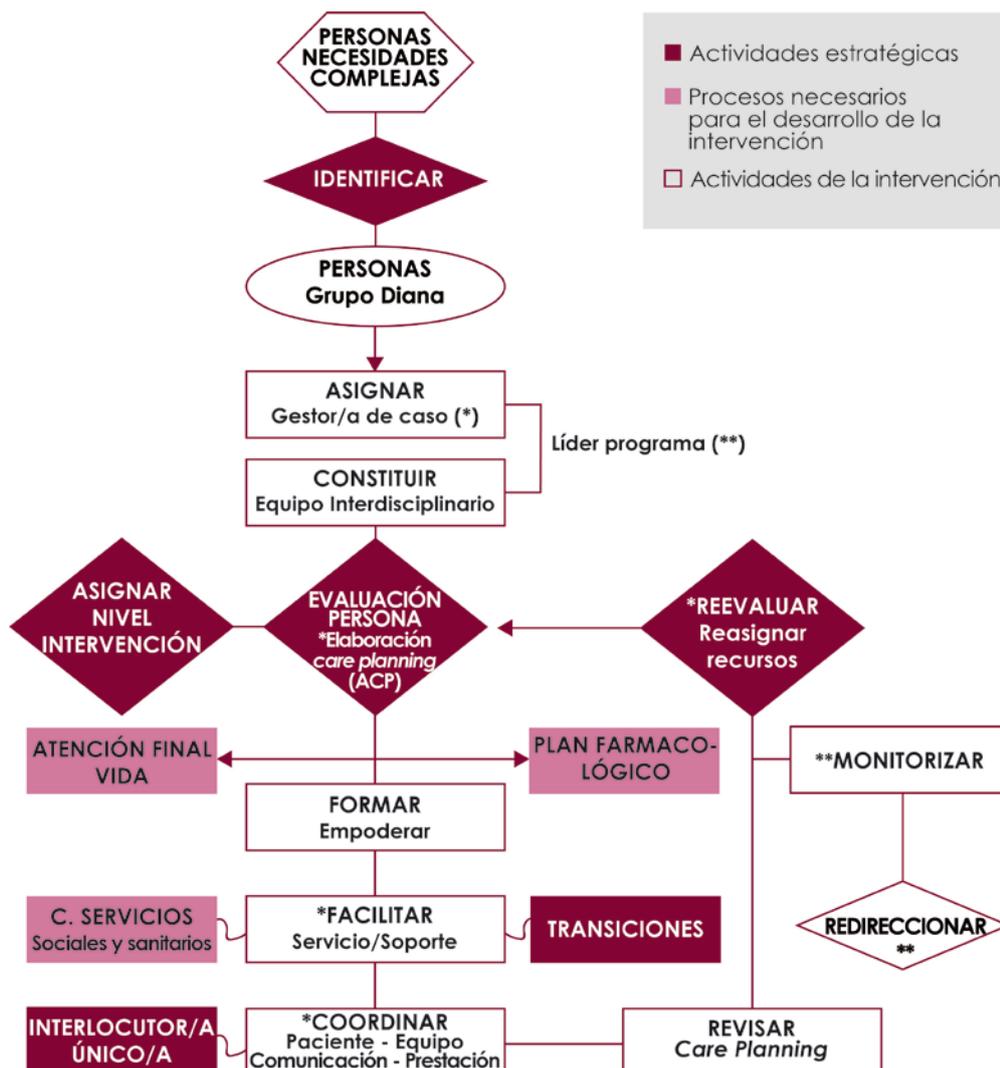
7 / EXISTENCIA de procesos estandarizados para la atención a las personas-cuidadores/as en el final de vida y revisión del plan farmacológico.

4.2.- Propuesta

Del análisis de lo expuesto se ha elaborado un modelo de intervención donde en forma de diagrama de flujo se exponen las actividades que la literatura recomienda (Figura 4). Las actividades representadas con fondo de color oscuro son las consideradas estratégicas y clave de éxito de un programa de gestión de la atención compleja (se explican en más detalle en un apartado específico). Las actividades en fondo de color más claro son procesos necesarios para el desarrollo de la intervención y que deben estar acordados y explicitados en forma de proceso (plan farmacológico, atención final de vida y cartera de servicios sociales y sanitarios). En este documento no trataremos el aspecto de formación continuada pero la consideramos imprescindible

para un desarrollo del modelo donde hay propuestas de nuevos profesionales, nuevas funciones y nuevas formas de trabajo.

Figura 4: Gestión de la atención compleja: modelo de intervención



Como elementos claves se crean las figuras del/la líder del programa y los/las gestores/as de caso. Las dos figuras son capitales para el funcionamiento del programa y es la estructura propia mínima necesaria. En la siguiente explicación de los dos perfiles exponemos las funciones y actividades que deben desarrollar (negrita) y que están representadas en el diagrama de flujo. También comentamos el EI (Equipo Interdisciplinario) y la función de formar / empoderar.

4.2.1.- Líder del Programa

El/la líder del programa debe tener un perfil de líder de conocimiento, respetado por los profesionales, debe tener habilidades de empatía y capacidad de crear equipo. Tiene que haber trabajado en este tipo de atención con experiencia en los instrumentos que se utilizarán. Debe ser capaz de tener criterio ante las incertidumbres que generará el proyecto, con capacidad de análisis, de tomar decisiones y con habilidades comunicativas. Debe ser respetado/a por los diferentes profesionales del área médica, enfermería y trabajo social. Para ver la necesidad de integración social y sanitaria se cree conveniente que en una primera fase haya un coliderazgo compartido entre un profesional de salud y uno de servicios sociales.

Sus funciones deben ser:

- Contribuir al diseño del programa
- Asegurar la aplicación del modelo de atención
- **Asignar**, apoyar y supervisar a los/as Gestores/as de caso
- **Constituir** y apoyar a los Equipos Interdisciplinarios
- **Monitorizar y redireccionar** el programa para asegurar los resultados en las personas
- Dirigir la autoevaluación de la implantación del modelo de atención

4.2.2.- Gestor/a de Caso (GC)

El/la Gestor/a de caso necesita unas habilidades y experiencia adecuada para llevar a cabo su tarea de forma satisfactoria. Identificamos cuatro áreas que influyen en sus capacidades: la responsabilidad asignada, funciones y competencias, habilidades y apoyos con el equipo de atención primaria, personal del hospital y las relaciones con la persona-cuidador/a. La formación académica de base no debe ser un factor que determine la efectividad de su función. Diferentes estudios muestran que pueden provenir de diferentes áreas de conocimientos como enfermería, trabajo social, fisioterapia o terapia ocupacional.

Sus funciones deben ser:

- Hacer evaluación global a domicilio y recoger valores y preferencias de la persona
- **Elaborar** el *care planning*/PIIC con el Equipo Interdisciplinario (EI) y persona-cuidador/a
- Asignar nivel de intervención
- **Facilitar** el servicio/apoyo social y sanitario
- Garantizar transiciones
- Ser interlocutor único
- **Coordinar** la relación persona-cuidador/a y EI
- **Revisar** el cumplimiento del *care planning*/PIIC

- **Reevaluar** la situación y modificar el *care planning*/PIIC
- **Reasignar** servicios/apoyo

4.2.3.- Equipo Interdisciplinario (EI)

El equipo interdisciplinario debe contemplar a los profesionales que aporten las áreas de conocimiento necesarias para el caso en cuestión y poder desarrollar un *care planning* ajustado a la persona tanto desde la visión técnica profesional como de sus valores y preferencias. Por ello, proponemos un EI *ad hoc* a cada persona en el que podemos diferenciar unos miembros permanentes que son el soporte clave de la GC, estos son los profesionales tanto sanitarios como sociales de la Atención Primaria (AP). Y unos miembros, profesionales especializados, que actuarán a demanda. Se activan según necesidad y siempre a través del/la GC de acuerdo con el equipo de AP. En general en este tipo de persona las áreas de conocimiento que se han de cubrir desde la vertiente sanitaria son: geriatría, rehabilitación, paliativos, farmacia, nutrición, psicología y otras especialidades según tipo de necesidad.

4.2.4.- Formar

Formar para capacitar y empoderar a la persona-cuidador/a para los autocuidados y de cómo proceder en caso de dudas o incidencia, además de facilitar el manual de actuación. Sólo debe haber un único punto de interlocución a partir del cual se dará respuesta de forma rápida. Es necesario determinar el/la profesional más coste/efectivo para realizar esta función aunque ello suponga nuevos tipos de profesionales o incorporar de existentes en el sector social y sanitario.

4.3 - Estrategias

Las estrategias claves para un programa de éxito de la gestión de la atención compleja (Windh J, abril 2016) son las representadas en la Figura 5.

1/ **Estratificar** el riesgo y focalizar la atención al subgrupo de población que consuma más recursos sanitarios y/o institucionalizados sociales. El modelo de intervención debe ser comunitario y evolucionar a la prevención y proactividad, por tanto, debe basarse en la existencia de bases de datos actualizadas que permitan conocer sobre qué población diana queremos actuar. Es clave **identificar** las personas que más se pueden beneficiar del programa a través de un proceso de filiación y estratificación de riesgo en base a las necesidades. Según el grupo diana escogido la intensidad tanto de la actuación como de la integración entre servicios sociales y sanitarios será superior. La intervención debe ir dirigida al grupo de personas-cuidadores/as que ha demostrado su efectividad. Según la literatura, hay que dirigir la intervención en el grupo de población que

tenga multicronicidad / morbilidad y limitación funcional para las actividades de la vida diaria, los llamamos Personas con Altas Necesidades (Hayes SL, august 2016). La edad es el factor determinante para la presencia de estas variables. Según queramos un grupo más o menos numeroso y de más intervención activa o preventiva, aplicaremos más o menos restricciones en las variables. Sólo combinando aspectos cuantitativos y cualitativos en el proceso de identificación se obtiene un grupo de población donde se ha demostrado más efectividad de la intervención.

2 / **Evaluación** integral en base al riesgo y a las necesidades de la persona en un proceso de contacto directo a domicilio. Es un proceso clave en la definición e implantación de la intervención con sus actividades. La evaluación integral debe permitir por un lado, identificar las oportunidades en el entorno familiar y de cuidadores/as para mantener la persona en su hogar y comunidad, así como determinar los servicios y apoyos necesarios. Por otra parte, debe servir para identificar los niveles de intensidad en la atención. Con esta evaluación y conjuntamente con el Equipo Interdisciplinario (EI) se elaborará el *care planning*. Este recogerá los valores y preferencias de la persona y se acordará de forma compartida con la persona-cuidador/a (Atención Centrada en la Persona).

Figura 5: Gestión de la atención compleja: estrategias



Adaptació Windh J., Long-Term Quality Alliance 2016

3/ Diferencias en las necesidades debe corresponderse con una **asignación** diferente de recursos según niveles de intensidad que nos permita hacer una **segmentación de la gestión**. Baja intensidad sería la que requiere un control y seguimiento no presencial. Asignación moderada requiere visitas periódicas por un/a trabajador/a social o enfermero/a en un período de tiempo determinado. Atención intensiva implica un período de tiempo más largo que requiere la intervención de todo o parte del equipo y necesidad de coordinación entre ellos. Las transiciones o personas en riesgo de institucionalización social son episodios de alta intensidad y alto riesgo.

4/ Una de las principales aportaciones de la intervención es implantar **un único punto de atención** para la persona-cuidador/a, que será el/la Gestor/a de caso (GC). Esta figura trabaja en coordinación con la EI, a través de un solo plan de atención y de un sistema de información compartido. Por lo tanto, el/la Gestor/a de caso es el único/a referente e interlocutor para la persona y cuidador/a en relación al EI. Es quien propone el *care planning* a la persona-cuidador/a, se coordina con el EI ante acontecimientos puntuales que requieren la atención de diferentes profesionales y gestiona las diferentes transiciones, hace el monitoreo de la implementación de cuidados y servicios de apoyo, evalúa los resultados en relación a la calidad de vida de la persona y hace el redireccionamiento. Las TICs deben ser herramientas imprescindibles para facilitar estas funciones y relaciones.

5 / Para facilitar el servicio y los recursos de apoyo más adecuados según los objetivos y las prioridades de la persona-cuidador/a, es necesario que se disponga de una cartera de servicios sociales y sanitarios accesible y flexible, para poder autorizarlos desde un solo punto y readecuar el *care planning* según necesidades. El/la Gestor/a de caso reevaluará regularmente el *care planning* según los cambios funcionales y de necesidades de la persona y le adjudicará los recursos necesarios. **La gestión del uso de los recursos** incluye tres aspectos clave: asignar servicios y apoyo en el tiempo, ya sea incrementando o reduciendo los recursos según las necesidades; gestionar las **transiciones** con el fin de estabilizar la persona en su nuevo lugar y evitar que retorne a la anterior; y gestionar la utilización de camas hospitalarias y residencias. Hay que poner mucha atención en los procesos de transición de internamiento en la comunidad, toda transición debe tener unos elementos que el/la Gestor/a de caso asumirá: notificación precoz, compromiso de la familia, coordinación del EI, monitorización y seguimiento para ajustar los servicios. En conclusión, hay que maximizar los recursos personales, familiares y comunitarios, aunque ello suponga traspasar límites en el uso de los recursos, para conseguir mantener a la persona en casa o retrasar el ingreso o institucionalización social.

La respuesta debe ser en función de las necesidades detectadas, no de la capacidad que tengamos. Es importante el seguimiento, la reevaluación con reasignación de cada caso. No se debería dar una alta del hospital si no hay la autorización del/la GC para garantizar la continuidad de la atención (transición).

5.- Modelo organizativo

Si conocemos las necesidades de las personas y las actividades que debemos realizar para satisfacer estas necesidades necesitamos establecer el conjunto de dispositivos y personas que necesitamos y las relaciones ordenadas entre sí para facilitar el servicio de una forma eficiente. Revisamos las referencias que hay en la literatura y luego hacemos una propuesta genérica de cómo organizarse.

5.1.- Referencias

Las actividades con evidencia para este tipo de personas están bien documentadas y explicitadas en el artículo The King's Fund (Oliver, Foot, & Humphries, 2014) donde se diferencian según los diferentes componentes que toda persona pide:

1.- **Envejecer con salud.** Garantizar un hogar en condiciones, evitar la soledad y el aislamiento social, educar en los estilos de vida saludable (ejercicio, alimentación y ni tabaco ni alcohol), abordar los problemas menores que son invalidantes (dolor, incontinencia, inmovilidad, afectación de los órganos los sentidos, dentadura, etc.) y realizar los programas de vacunación y de cribado poblacional.

2.- **Saber convivir con una o más enfermedades crónicas.** Dar nivel de atención adecuado después de una estratificación por riesgo, integración de servicios para realizar una continuidad de la atención, formar para apoderar autocuidados, controles a domicilio con teleasistencia y facilitar un acceso y atención como en el resto de la población.

3.- **Soporte a la complejidad.** Identificar y evaluar proactivamente las personas con fragilidad, implantar programas de prevención de caídas, practicar ejercicio diario, reducir la polifarmacia y cura expresa de las personas con demencia.

4.- **Accesibilidad y soporte efectivo en situación de descompensación o crisis.** Accesibilidad y continuidad de la atención por la AP, respuesta de servicios sociales y sanitarios 24h diarias los 7 días de la semana (7x24) con tiempo de respuesta de 2h durante el día y 14h por la noche, servicios de emergencias médicas (SEM) coordinados y alineados, aplicar vigilancia social y sanitaria a personas de alto riesgo, control a domicilio con teleasistencia y/o telemedicina, accesibilidad a la AE, equipos geriátricos comunitarios, hacer evaluación geriátrica integral (AGI) antes y después de un ingreso hospitalario, hospitalización domiciliaria.

5.- **Atención aguda centrada en la persona (ACP) y de alta calidad.** Hacer una AGI a todo/a paciente ingresado, poner el foco en los pacientes frágiles, existencia de una unidad geriátrica de

agudos, establecer programas de seguridad clínica y de minimización de riesgos de hospitalización, especial atención al paciente psicogeriatrico, aplicar ACP y garantizar la continuidad de la atención entre AE y AP.

6.- Una buena planificación del alta y soporte en el post alta. Planificar el alta de forma precoz, consensuar e implicar a la persona-cuidador/a en el alta, facilitar el alta los 7 días de la semana, garantizar la comunicación entre profesionales, evaluación y acompañamiento post alta, atención precoz post alta del equipo social/sanitario.

7.- Una rehabilitación física y social efectiva. Compartir la AGI y PIIC, aplicar la mejor práctica basada en la evidencia (PBE), asignar servicios basados en resultados, proveer continuidad de servicios de rehabilitación (domicilio, sociosanitario, residencia), soporte de terapeuta ocupacional (TO), proceder al cierre del proceso de transición.

8.- Una atención digna a las residencias y centrada en la persona (ACP). Prevenir el ingreso evitable, compartir sistemas de información, evaluación global continúa, aplicar metodología de ACP.

9.- En el final de vida tener el apoyo adecuado, el control y la capacidad de decisión. Equipo formado, identificar a las personas en final de vida, garantizar plan de decisiones anticipadas, coordinación y plan de alta con el hospital, acceso a cuidados paliativos, acompañamiento en el domicilio, mejorar final de vida en el hospital e implicar a la persona-cuidador/a.

Para desarrollar estas actividades de los diferentes componentes requiere una integración de servicios orientados a la prevención y a la proactividad.

5.2.- Propuesta

La respuesta organizativa al modelo de intervención debe ser la integración de servicios. Integración significa dar atención a las personas superando barreras entre la salud física y mental, los servicios sanitarios y sociales, entre la atención primaria y especializada, dando un servicio de calidad en el momento y lugar adecuado respetando las preferencias y valores de la persona.

El modelo de atención debe ser de base territorial y de gestión poblacional. La intervención debe ser comunitaria pero por el tipo de personas atendidas y sus necesidades precisa tanto de un modelo de organización comunitario como hospitalario orientado a la comunidad que garantice la accesibilidad y las transiciones. El modelo organizativo debe dar respuesta 24h al día, 7 días a la semana (7x24).

El conjunto de organizaciones de un territorio tiene que trabajar en red y de forma colaborativa. El

número de entidades y profesionales implicados habitualmente tienen culturas muy diferentes y con temor a perder su función y estatus. Hay incertidumbre por la falta de práctica y habilidades para asumir nuevas funciones. Hay unos insuficientes sistemas de información compartidos entre servicios sociales y sanitarios que faciliten una atención integrada y una coordinación por el continuum de la atención. Para hacerlo posible y perdurable debemos contemplar la integración clínica de los profesionales, el liderazgo, el sistema de información y los aspectos legales.

5.2.1.- **Ámbito comunitario**

El modelo de intervención debe ser centrado en la persona-cuidador/a y de carácter comunitario. Pretende mantener la persona de forma autónoma en su domicilio y en la comunidad en la medida de lo posible mientras esté en situación estable, retrasando al máximo su institucionalización. El/la líder del programa aplica el procedimiento de detección de casos de forma proactiva según se haya determinado cuál será el grupo diana decidido por el territorio y asignará a estas personas a un/a GC. Conjuntamente constituirán la *El ad hoc* a cada caso.

Los componentes organizativos de este ámbito son (Figura 6):

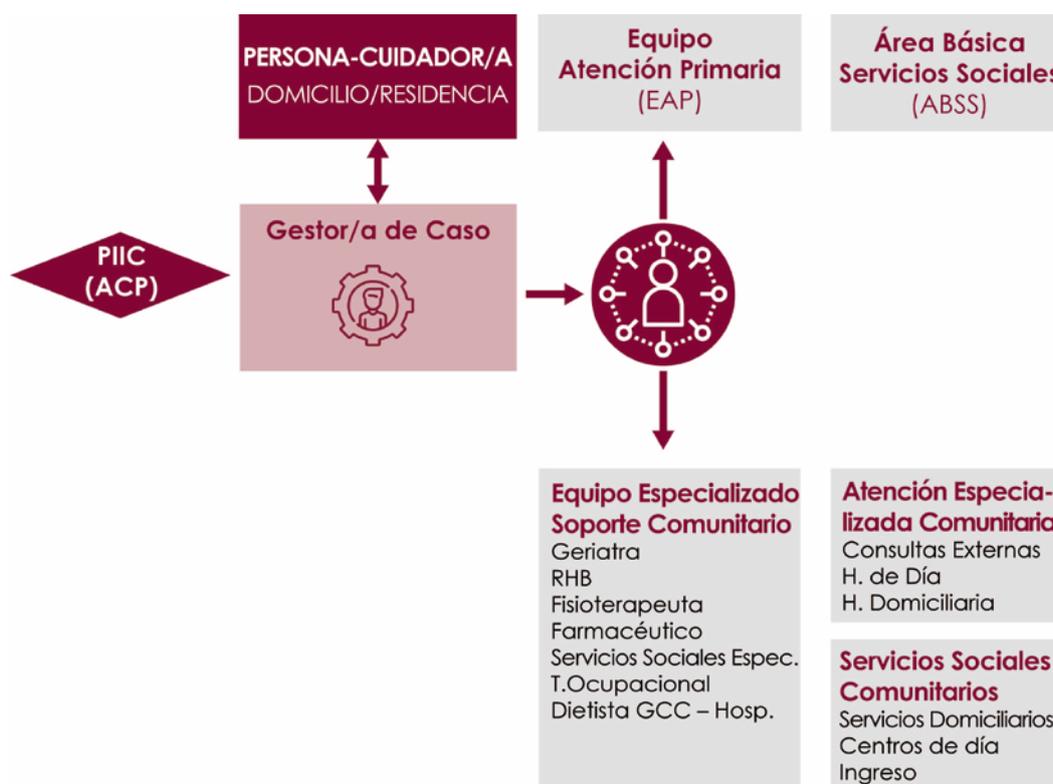
i/ La persona-cuidador/a debe ser el centro del modelo y debe ser ella quien tome las decisiones que le afectan, siempre que sea posible. Un número importante de estas personas tienen déficits cognitivos que las imposibilitan a tomar decisiones que les afectan, por este motivo hay que trabajar con la familia-cuidador/a o personas que conocen a los afectados para detectar las preferencias y valores de estos y respetarse al máximo (ACP). Se asignará un/a GC y un teléfono de contacto en horario de apertura de la AP que actuará de único punto de atención. Se les formará y apoderará para poder hacer los autocuidados y se les entregará y explicará un manual de actuación para saber cómo actuar y a quién avisar ante cada incidencia o duda las 24h del día los 7 días de la semana. Cada persona deberá tener su *care planning* acordado y publicado el PIIC en la HC3 para ser compartido por todos los agentes del sistema social y sanitario. Este se revisará al menos una vez al año en situación de estabilidad y siempre tras una descompensación o a petición de la persona-cuidador/a o del/la profesional responsable tanto del área social como sanitaria. A partir del *care planning* acordado se asignarán los servicios y acompañamientos necesarios para el nivel de intervención que se haya decidido. La provisión debe ser rápida y flexible, se deben poder modificar en cada reevaluación.

ii/ El/la Gestor/a de caso es el eje vertebrador del modelo. Las funciones que debe desarrollar implica tener una capacidad real de actuación y de autoridad que las organizaciones involucradas le deben reconocer para poder realizar satisfactoriamente. El/la GC no sustituye ninguna función de los profesionales asistenciales sociales/sanitarios, simplemente facilita que estas actuaciones puedan realizarse adecuadamente y es el enlace entre persona y profesionales, entre profesionales de la EI y entre ámbitos comunitario y hospitalario. Como ya hemos explicado en la

El hay unos miembros permanentes que son el soporte clave de la GC, estos son los profesionales tanto sanitarios como sociales de la AP. Así médico y enfermero/a familiar y comunitaria como el/la trabajador/a social deben ser el núcleo de la toma de decisiones.

El/la GC evalúa la situación de la persona en el propio domicilio, elabora el *care planning* con el EI y la persona-cuidador/a, se asignan los servicios y soporte y hace la revisión de su cumplimiento, coordina las relaciones entre persona y profesionales y entre profesionales, sea de forma presencial o no. Es el referente de la persona-cuidador/a y hace la gestión de los recursos y servicios que se deben proporcionar así como de garantizar las transiciones. Será el referente comunitario para el ámbito hospitalario y requeriría de su autorización para dar de alta a un paciente de urgencias u hospitalización y así garantizar la continuidad asistencial. Después de cada descompensación o de forma anual en situación estable se reevaluará el *care planning* y se reasignará los recursos necesarios.

Figura 6: Modelo organizativo – ámbito comunitario



iii/ Atención Primaria: la asignación de población de la UBA sanitaria y de servicios sociales debe ser coincidente. La ubicación del/la TS debe ser en las dependencias del CAP. La coincidencia de población asignada, lugar de trabajo y el hecho de compartir SI debe facilitar la coordinación social y sanitaria, sólo hay que planificar tiempos y espacios de trabajo entre profesionales para valorar

las personas identificadas que el/la GC necesite. Los profesionales del área social y sanitaria participarán de la evaluación y elaboración del *care planning* de las personas que tienen asignadas y harán el seguimiento que tienen establecido. Ante una incidencia o alerta recogida por el/la GC se tratará con el profesional de AP que corresponda y se activarán los recursos adecuados. El/la GC se cuidará de facilitar los trámites y desplazamientos que correspondan (agenda de visitas, activar domicilio, contactar con el hospital, etc.).

La organización de la atención sanitaria de la AP sea por UBA con población asignada o por concentración de pacientes geriátricos no afecta la implantación del modelo, ni tenemos evidencias hasta la actualidad de qué tipo de organización obtiene mejor resultados.

iv/ EESC son equipos de atención especializada sanitarios o sociales que aportan conocimiento y accesibilidad a los dispositivos de atención especializada de actuación ambulatoria. Serán los profesionales de este equipo los que activen los dispositivos y harán la actividad ambulatoria correspondiente. Se activarán según necesidad y siempre a través del/la GC de acuerdo con el equipo de AP.

Tener acceso a equipos especializados de servicios comunitarios (EESC) ha demostrado evidencia de su efectividad.

5.2.2.- Ámbito hospitalario

Es donde dirigiremos a la persona en situación de crisis o descompensación que no podemos controlar en el ámbito comunitario. Siempre que se pueda se hará de forma planificada a partir de la GC, sólo en situación de inestabilidad o fuera de horario de AP debería activarse el SEM para entrar por la puerta de urgencias. Los elementos clave del ámbito hospitalario son la figura de gestor/a de continuidad de cuidados (GCC) y el EI. Los dispositivos que han mostrado ser efectivos en este tipo de pacientes son: Urgencias, UGA, Atención intermedia, hospital de día y hospitalización domiciliaria (Baztan JJ S. F., 2009) (Figura 7).

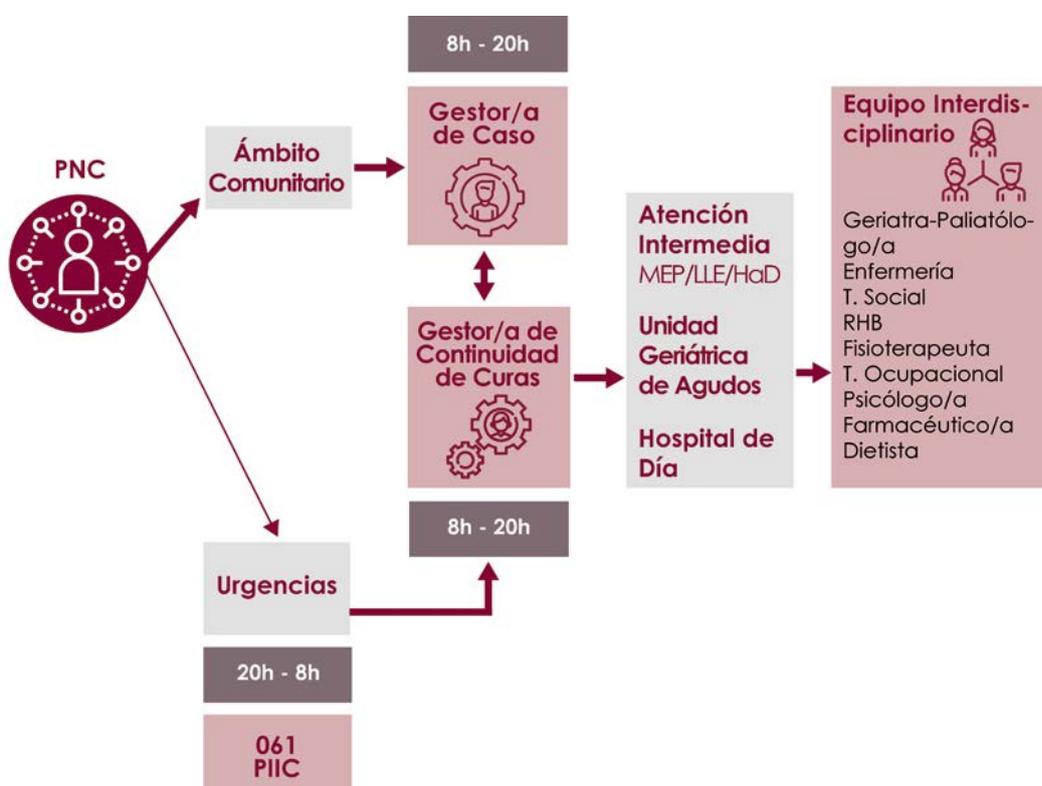
i/ Gestora de continuidad de cuidados (GCC)

Es el/la interlocutor/a del medio hospitalario ante la GC y ámbito comunitario, facilita el acceso al dispositivo y profesional que requiera la intervención, debe estar operativa las mismas horas de servicio de la GC (habitualmente de 8-20h, horario de AP), una de las tareas que tiene la GCC es ubicar a la persona atendida en el recurso o dispositivo hospitalario más coste/efectivo atendiendo a un algoritmo de decisión basado en las siguientes variables: estado o situación clínica, grado de precisión diagnóstica, intensidad requerida de tratamiento, duración estimada de esta, capacidad de movilidad de la persona-cuidador/a, isócrona en el domicilio. Fuera de este horario o en situación de inestabilidad se activará el 061 que actuará según lo especificado en el PIIC. En estos

casos la GCC iniciará la evaluación en urgencias y ubicará a la persona en el dispositivo adecuado, si lo necesita, tendrá el apoyo del médico de AE responsable.

La relación GC y GCC no es sólo para tener acceso a los recursos hospitalarios sino también y más importante es organizar la transición del alta del hospital, sea de una persona ingresada o que ha sido atendido en UCIAS. En estos casos, como ya hemos explicado, no se debería dar el alta a una persona sino está planificada la transición con la aceptación de la GC.

Figura 7: Modelo organizativo – ámbito hospitalario



ii/ Equipo Interdisciplinario (EI)

En el ámbito hospitalario es muy importante el trabajo del EI quien tiene que hacer una evaluación global de la persona y fijar los objetivos correspondientes de las diferentes áreas (clínica, funcional, psicoemocional y social). Tendrá actuación en los diferentes dispositivos hospitalarios con diferente intensidad y con los profesionales correspondientes. Un aspecto importante es trabajar el alta desde el primer día.

iii/ Urgencias (UCIAS)

Dispositivo abierto 24h los 365 días al año con presencia de profesionales cualificados que lo hacen atractivo de derivar ante cualquier descompensación o incertidumbre diagnóstica de una persona. No debe ser la puerta de entrada habitual del hospital y menos en este grupo de población diana al que nos referimos. Siempre que podamos, tenemos que hacer un ingreso planificado utilizando la vía de contacto GC con GCC y reservar la vía urgente para situaciones inestables y descompensaciones en horario que se active el 061. Por la alta frecuencia de estos pacientes en los boxes de UCIAS es necesario tener profesionales entrenados para la atención a estas personas y tener un equipo especializado que actúe a demanda dando soporte. Como ya hemos dicho, la GCC forma parte de este equipo y puede ser el profesional de referencia para hacer un primer contacto y evaluación. Si una vez evaluada la persona atendida se considera que se puede devolver a domicilio o residencia la GCC debe contactar a la GC y organizar la transición.

iv/ Unidad geriátrica de agudos (UGA) y hospital de día (HdD)

Estos dispositivos tienen como objetivo estabilizar la persona clínicamente y/o hacer un diagnóstico y evaluación preciso minimizando su pérdida funcional que permita el regreso al mismo lugar de origen. La UGA será en régimen de internamiento y el HdD de forma ambulatoria. Son dispositivos que se organizan para la atención a las necesidades de las personas y no por especialidades. Son unidades médico-quirúrgicas donde hay personal de enfermería específico preparado para la atención de este tipo de personas y médicos geriatras polivalentes que aplicarán la AGI y sistemática de trabajo interdisciplinario con los profesionales de las otras áreas de conocimiento. El plan farmacológico y la planificación del alta desde el primer día de ingreso son aspectos claves para el buen funcionamiento de las UGA. El HdD es un dispositivo para poder dar el alta de forma precoz a algunos/as pacientes y evitar ingresos en casos seleccionados que, el estado clínico y con disponibilidad de movilidad, permita la aplicación de tratamientos intensivos temporales y periódicos en unas horas al día.

v/ Atención intermedia (AI) y hospitalización domiciliaria (HAD)

Dispositivos que una vez superada la fase más aguda de un/a paciente y siempre con precisión diagnóstica y evaluación global requiere internamiento para acabar de estabilizar la situación clínica, mejorar la capacidad funcional o adecuar el contexto social para poder devolver a domicilio. Dependiendo de la situación familiar y social se puede optar en régimen de hospitalización domiciliaria. Ambos dispositivos también permiten hacer frente a situaciones subagudas que pueden evitar un ingreso tradicional.

La HaD planteada coordinadamente con la AP es indispensable para realizar una transición adecuada.

5.2.3.- Integración clínica de los profesionales y liderazgo

A partir del modelo de intervención se definirán los tipos de profesionales más resolutivos en base a la titulación académica para desarrollar las actividades. Esto implicará posteriormente definir el perfil de competencias a desarrollar para conseguir el mejor servicio. El modelo debe incorporar un nuevo sistema de trabajo interdisciplinario con una nueva manera de tomar decisiones y por lo tanto de liderazgo. Será necesario contextualizar y planificar personas potenciales y aspectos formativos. También se debe considerar el desarrollo de cada profesional en nuevas habilidades, formación emocional y ambiental, conocer las funciones de los demás y cambios de funciones, dado el caso. Identificamos un/a responsable o líder del modelo de atención y los/las gestores/as de caso que deben ser personal formado para esta tarea. Los/las GC tendrán dependencia funcional del/la líder del programa.

5.2.4.- Sistema de información y TIC

Sistema de información y TIC integrado y accesible tanto para la toma de decisión como para su gestión y gobierno. Debe contemplar qué datos son compartidas por todos los agentes, herramienta para garantizar el proceso asistencial y cuaderno de mando por el órgano de gobierno y por el de gestión. Se deben contemplar los dispositivos y *software* necesarios para facilitar el trabajo y la movilidad. Se requiere un diseño de necesidades de esta área por personal conocedor tanto de los sistemas de información sociales como sanitarios del territorio en cuestión. Hay que aprovechar la tecnología que tenemos en teleasistencia y poder ser el dispositivo único de apoyo y control de la persona-cuidador/a que está en el domicilio. Es necesario integrar en un solo dispositivo la respuesta sanitaria y social.

5.2.5.- Responsabilidades y aspectos legales

El modelo organizativo, empresarial y de gobierno que se decida se tendrá que formalizar entre las entidades implicadas en el proceso de integración, con la documentación legal pertinente. Además hay que dar respuesta a los aspectos legales que origina la propuesta desde la óptica mercantil, Reglamento General de Protección de Datos (RGPD), laboral con las soluciones oportunas para hacerlo viable siempre respetando los requerimientos planteados.

6.- Bibliografía

- Windh J, e. a. (april 2016). *Key components for successful LTSS integration: Lessons from five exemplar plans*. Long-Term Quality Alliance (Ltqa).
- Baztan JJ, S.-G. F.-A.-M.-A. (2009). Effectiveness of acute geriatric units of functional decline, living at home and care fatality among older patients admitted to hospital for acute medical disorders: Meta-analysis. *BMJ* .
- Barnett, K. (2012). Epidemiology of multimorbidity and implications for health care, research and medical education: a cross-sectional study. *The Lancet* , 37-43.
- Berwick D, e. a. (2008;27(3)). The Triple Aim: care, cost and quality. *Health Affairs* , 759-769.
- Generalitat de Catalunya. (2016). *Pla de Salut de Catalunya 2016-2020. Un sistema centrat en la persona: Públic, universal i just* . Barcelona.
- Goodwin Nick, e. a. (2013). *Co-ordinated care for people with complex chronic conditions*. The King's Fund.
- Hayes SL, e. a. (august 2016). *High-need, high-cost patients: Who are they and how do they use health care ?* New York: The Commonwealth Fund.
- Ham Chris, W. N. (2013). *Making integrated care happen at scales and pace*. The King's Fund.
- Holt-Lunstadt, S., B., T., Baker, M., Harris, T., & Stephenson, D. (2015). Loneliness and social isolation as risk factors for mortality: A meta-analytic review. *Perspectives on psychological science* , 227-237.
- Hong CS, S. A. (2014). *Caring for high-need, high-cost patients: What makes for a successful care management program ?* New York: The Commonwealth Fund.
- Ledesma A, e. a. (2015). *Model Català d'atenció integrada. Cap a una atenció centrada en la persona*. Barcelona: Generalitat de Catalunya. Pla Interdepartamental d'atenció i interacció social i sanitària.
- NICE guideline. (2016). *Multimorbidity: Clinical assessment and management*.
- McCarthy D, R. J. (Oct-2015). *Models of care for high-need, high cost patients: An evidence synthesis*. New York: The Commonwealth Fund.
- Parlament de Catalunya. (2015;610). Resolució 1069/X del Parlament de Catalunya sobre el sistema públic de salut. *Butlletí Oficial del Parlament de Catalunya*, (págs. 5-22). Barcelona.
- Porter ME, K. R. (2016). How to pay for health care. *Harvard Business Review* .
- Oliver, D., Foot, C., & Humphries, R. (2014). *Making our health and care systems fit for an ageing population*. London: The King's Fund.
- Rankin J, R. S. (2004). *Meeting complex needs: The future of social care*. London: Institute for Public Policy Research (IPPR).
- Stringhini, S., Carmeli, C., & Jokela, M. (2017). Socioeconomic status and the 25x25 risk factors as determinants of premature mortality: a multicohort study and meta-analysis of 1,7 million men and women. *Lancet* , 1229-1237.

7.- Glosario

ABSS	Área Básica de Servicios Sociales
ACP	Atención Centrada en la Persona
AE	Atención Especializada
AGI	Evaluación Geriátrica Integral
AI	Atención Intermedia
AP	Atención Primaria
CAP	Centro de Atención Primaria
EAP	Equipo de Atención Primaria
EESC	Equipo Especializado de Servicios Comunitarios
EI	Equipo Interdisciplinario
GC	Gestor/a de Caso
GCC	Gestor/a de Continuidad de Cuidados
HaD	Hospitalización a Domicilio
HC3	Historia Clínica Compartida de Catalunya
HdD	Hospital de Día
LLE	Larga Estada
MEP	Media Estada Polivalente
PBE	Práctica Basada en la Evidencia
PIIC	Plan de Intervención Individualizado y Compartido
PNC	Personas con Necesidades Complejas
RHB	Rehabilitación
SEM	Servicios de Emergencias Médicas
SI	Sistema de Información
TIC	Tecnologías de la Información y la Comunicación
TO	Terapeuta Ocupacional
TS	Trabajador/a Social
UBA	Unidad Básica Asistencial
UCIES	Urgencias
UGA	Unidad Geriátrica de Agudos



www.consorci.org