

Atención integrada. ¿Oportunidad, reto, necesidad? Transformando la atención a las personas

Integrated attention. Opportunity, challenge, need? Transforming people care

Esther Sarquella¹, Albert Ledesma², Carles Blay³, Joan Carles Contel⁴, Assumpció González⁵ y Lluís Viguera⁶

Resumen

La atención social y sanitaria integrada se está convirtiendo en un tema central en la agenda de los servicios sociales y sanitarios en Cataluña. Este nuevo modelo de atención requiere una transformación profunda en el conjunto del sistema sanitario y del sistema de servicios sociales. Para poder catalizar esta transformación, el Gobierno catalán puso en marcha en febrero de 2014 el PIAISS. Este Plan está promoviendo con visión poblacional y de implementación territorial un conjunto de proyectos orientados todos ellos a poder garantizar en Cataluña un nuevo modelo de atención capaz de conseguir unos mejores resultados en salud y bienestar, una mejor experiencia en la atención por parte de las personas y un uso óptimo de los recursos disponibles, asegurando una atención planificada, proactiva, coordinada y continuada; garantizando una respuesta equilibrada a las necesidades de atención social y sanitaria; y promoviendo una atención de base comunitaria y de proximidad.

Paraules clau: Atención integrada, atención centrada en las personas, territorio.

Para citar el artículo: SARQUELLA, Esther; LEDESMA, Albert; BLAY, Carles; CONTEL, Joan Carles, GONZÁLEZ, Assumpció y VIGUERA, Lluís. Atención integrada. ¿Oportunidad, reto, necesidad? Transformando la atención a las personas. *Revista de Treball Social*. Col·legi Oficial de Treball Social de Catalunya, diciembre 2015, n. 206, páginas 66-81. ISSN 0212-7210.

¹ Miembro del comité operativo del Pla Interdepartamental d'atenció i interacció social i sanitària. Generalitat de Catalunya. esarquella@gencat.cat

² Miembro del comité operativo del Pla Interdepartamental d'atenció i interacció social i sanitària. Generalitat de Catalunya. aledesma@gencat.cat

³ Miembro del comité operativo del Pla Interdepartamental d'atenció i interacció social i sanitària. Generalitat de Catalunya. cblay@gencat.cat

⁴ Miembro del comité operativo del Pla Interdepartamental d'atenció i interacció social i sanitària. Generalitat de Catalunya. jcontel@gencat.cat

⁵ Miembro del comité operativo del Pla Interdepartamental d'atenció i interacció social i sanitària. Generalitat de Catalunya. Assumpcio_gonzalez@gencat.cat

⁶ Miembro del comité operativo del Pla Interdepartamental d'atenció i interacció social i sanitària. Generalitat de Catalunya. Luis.viguera.espejo@gmail.com

Abstract

Integrated health and social care is becoming a key topic in the agenda of social and health care services in Catalonia. This new model requires a deep transformation of the whole health and social care service. In order to do so, the Catalan government launched PIAISS in February 2014. This Plan has a territory perspective and promotes several projects aimed at guaranteeing a new care model able to obtain better results in health and well-being, a better experience in attention from the human point of view and a proper use of the available resources. It assures an attention which is planned, proactive, coordinated and continuous. It guarantees a balanced response to social and health needs and promotes attention from a community-based approach.

Key words: Integrated attention, person-centered care, territory

El Gobierno creó en febrero de 2014 el Plan interdepartamental de atención e interacción social y sanitaria (en adelante PIAISS), dependiente del Departamento de la Presidencia y con la participación de los departamentos de Salud y de Bienestar Social y Familia para promover la transformación del modelo actual de atención social y sanitaria hacia un nuevo modelo que garantice una atención social y sanitaria integrada y centrada en las personas.

El modelo catalán de atención integrada propone atender a las personas considerando sus preferencias, necesidades y expectativas, siempre con el compromiso de respetar sus derechos y promover el ejercicio de sus deberes por medio de un plan de atención único que se perciba como un servicio único.

En la actualidad, Cataluña dispone de un modelo de atención a las necesidades sociales o sanitarias que tiene muchas fortalezas, pero que es poco adecuado a la nueva reali-

dad en la que vivimos. En este modelo, las personas son sujetos pasivos que transitan por múltiples dispositivos y servicios e interaccionan con un gran número de profesionales con escasa comunicación entre ellos y por tanto reciben una respuesta excesivamente fragmentada y no adecuadamente priorizada a sus necesidades.

El escenario social y demográfico que afronta Cataluña, con un envejecimiento poblacional creciente así como una esperanza de vida de las más elevadas de Europa y un aumento destacable de la complejidad social por el impacto del desempleo, riesgo de pobreza y exclusión social hacen imperiosa esta transformación. En la misma línea, el cambio en la configuración actual y futura de Cataluña, desde la óptica social y económica, con un gran impacto de la globalización de la economía, la redistribución de la riqueza y del bienestar y el predominio de los valores individuales respecto de los

comunitarios o sociales, hace necesaria una nueva manera de entender la atención a la salud y el bienestar de las personas.

■ Ha llegado el momento de hacer efectiva la transformación de nuestro modelo y mejorar la capacidad del sistema sanitario y del sistema de servicios sociales para responder a las necesidades actuales de la ciudadanía.

Ha llegado el momento de hacer efectiva la transformación de nuestro modelo y mejorar la capacidad del sistema sanitario y del sistema de servicios sociales para responder a las necesidades actuales de la ciudadanía. El cambio que se propone se basa en la adopción de un modelo de atención integrada, que supere anteriores paradigmas de servicios estancos y compartimentados, a fin de lograr mejores resultados de salud y bienestar en las personas y de la comunidad; garantizar buenas experiencias en la atención que reciben las personas; promover el uso más adecuado de los recursos disponibles. En definitiva garantizar una respuesta adecuada, personalizada y adaptada a las necesidades de atención, mejorando la calidad del servicio ofrecido y promoviendo más corresponsabilidad y apoderamiento.

Este modelo de atención integrada nace con la vocación de ser poblacional, es decir, que está pensado y diseñado para el conjunto de la ciudadanía, aunque para su factibilidad se propone priorizar inicialmente su aplicación a las personas en situación de complejidad social y sanitaria. Sin embargo, cabe destacar que la implementación del

modelo para este grupo y las actuaciones que se realicen para hacerlo realidad tendrán un impacto positivo para el conjunto de la sociedad. Poco a poco y de manera progresiva, será necesario planificar su desarrollo en grupos de población de menor complejidad, y por tanto en su implementación total el conjunto de la ciudadanía disfrutará de un nuevo modelo de atención, en el que se tengan en cuenta las preferencias de las personas y sus necesidades de atención de forma integrada.

Para alcanzar los retos que plantea el proceso de creación de un modelo de atención integrada en Cataluña, se requiere un cambio importante que desarrolle un entorno de colaboración entre el sistema sanitario y el de servicios sociales. En estos momentos hay que avanzar juntos preservando las singularidades y fortalezas específicas de cada sector para ponerlas conjuntamente a disposición de la ciudadanía.

Antecedentes

El PIAISS no es la primera de las iniciativas que se han impulsado en Cataluña para hacer que los servicios sociales y sanitarios mejoren su capacidad de respuesta compartida en la atención a las personas. De hecho, tanto desde el ámbito gubernamental como a nivel territorial se han promovido, impulsado e implementado planes, programas, proyectos o iniciativas que se han convertido en claves en la situación actual de ambos sistemas.

Iniciativas como el “Programa vida a los años”, creado en 1986 para mejorar la atención a las personas mayores enfermas, enfermos crónicos y personas en situación terminal impulsó la creación de una cartera socio-sanitaria asumida con corresponsa-

bilidad entre los dos sectores que incluye la atención de larga estancia, hospitales de día, la media estancia para convalecencia y para cuidados paliativos, los equipos de apoyo en el hospital (UFISS) y en la comunidad (PADES), así como también las unidades de evaluación integral ambulatoria en geriatría, cuidados paliativos y deterioro cognitivo; o el posterior Programa para el impulso y ordenación de la promoción de la autonomía personal y la atención a las personas con dependencia (PRODEP) creado en 2006, que definió el modelo de solicitud de valoración de la dependencia, el procedimiento para el reconocimiento de la situación de dependencia y el calendario del despliegue de la ley de la dependencia, teniendo un fuerte impacto en los territorios que fueron proyectos demostrativos en el ámbito de la promoción de la autonomía personal y la atención a la dependencia. Así como el Plan Director Socio-sanitario que ha promovido la excelencia en un sector de atención socio-sanitaria en Cataluña referente a nivel internacional, o el Plan Integral de Salud mental y adicciones, una estrategia también interdepartamental orientada a la mejora en la atención a las personas con trastornos mentales o adicciones, entre muchas otras. Todas estas iniciativas han creado unas bases muy sólidas desde donde afrontar esta transformación.

A pesar de estas iniciativas, hay que reconocer como precedente más reciente PIAISS el Programa de Prevención y Atención a la Cronicidad de Cataluña (en adelante PPAC). El Plan de Salud 2011-2015 de Cataluña (Generalitat de Cataluña. Departamento de Salud, 2012) incluyó por primera vez una línea de actuación orientada a la creación de un sistema más orientado a los enfermos crónicos. Para poder avanzar en

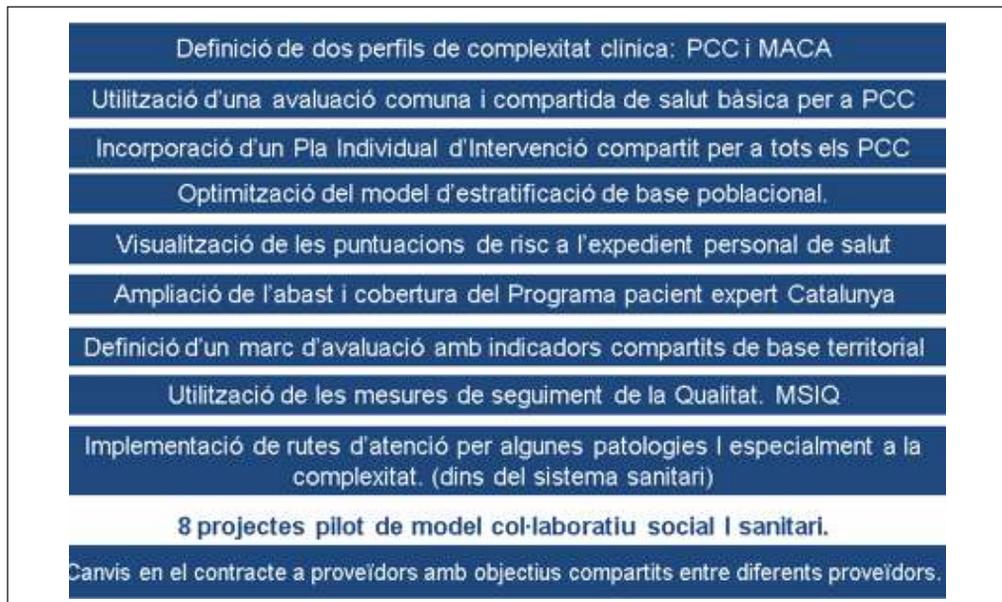
el desarrollo de esta línea el Departamento de Salud creó el programa de atención a la cronicidad (PPAC), que formuló seis proyectos estratégicos (Generalidad de Cataluña. Departamento de Salud, 2015): Implantación de procesos clínicos integrados; Promoción de los programas de protección y promoción de la salud y prevención de las enfermedades crónicas; Potenciación de la autorresponsabilización de los pacientes y cuidadores. Fomento del autocuidado; Desarrollo de alternativas asistenciales en un sistema integrado; Desarrollo de programas territoriales de atención a los pacientes con complejidad clínica; y Fomento del uso racional del medicamento.

El PPAC ha tenido un impacto muy destacable en el conjunto del sistema sanitario. Sin poder hacer en este texto una revisión exhaustiva de los resultados alcanzados por el PPAC queremos remarcar, por las consecuencias posteriores que han tenido en la formulación de la estrategia de atención integrada social y sanitaria, algunas de las principales metas alcanzadas bajo el amparo de este programa o con su impulso y coordinación (CONTEL, *et al.*, 2015):

Pese a que el liderazgo del PPAC fue del Departamento de Salud se previeron en su planificación e incluyeron en su ejecución algunas iniciativas que ya consideraban la atención social y sanitaria como elemento determinante para la atención a los pacientes crónicos.

En este sentido vale la pena destacar los ocho proyectos colaborativos entre servicios sociales y sanitarios de base territorial que con el apoyo técnico del equipo del PPAC se han convertido en el embrión del modelo de atención integrada social y sanitaria que en estos momentos promueve el PIAISS.

Figura 1. Principales productos del PPAC para la estrategia de atención integrada



Los ocho proyectos promovidos por PPAC fueron: Tona-Mancomunidad la Plana, Lleida ciudad, Salt-Gironès, Mataró, Reus-CAPI Distrito V, Alt Penedès-Vilafranca del Penedès y Vilanova i la Geltrú. Estos ocho proyectos más La Garrotxa y Sabadell fueron evaluados por la Agencia de calidad y evaluación sanitarias de Cataluña (Serra-Sutton, 2015) a petición de la Secretaría de inclusión social y promoción de la autonomía personal. Una evaluación que ha permitido comprender la atención integrada desde un punto de vista fenomenológico.

Descripción de la iniciativa

El 24 de febrero de 2014 el Gobierno acordó la creación del Plan interdepartamental de atención e interacción social y sanitaria (PIAISS) adscrito al Departamento de Presidencia (Generalitat de Catalunya,

2014), y se constituyó su órgano de gobierno el día 11 de marzo.

Composició del òrgan de govern del PIAISS: Jordi Baiget, secretari del Govern; Boi Ruiz, conseller de Salut; Neus Munté, consellera de Benestar Social i Família; Roser Fernán-dez, secretària general de Salut; Dolors Rusinès, secretària general de Benestar Social i Família; Josep Maria Padrosa, director general de Cat.Salut; Carmela Fortuny, secretària de la Secretaria d'Inclusió social i promoció de l'autonomia personal.

Aparte del órgano de gobierno, el acuerdo de gobierno que creaba el PIAISS también acordaba el nombramiento de un director/a, la creación de un comité operativo, un consejo asesor y un consejo de participación.

Composició del Consejo Asesor del PIAISS: Enric Arqués Martí, president Fòrum Salut Mental. Teia Fàbrega Pairó, directora Consorci d'Ac-

ció Social de La Garrotxa. Antoni Juan Pastor, director Assistencial Institut Català de la Salut. Manel Valls Martorell, director general Fundació sociosanitària de Manresa. Antoni Salvà Casanovas, director Institut de l'Envel·liment, UAB. Pilar Piñeiro Méndez, adjunta a la Direcció Equip d'Atenció Primària Penedès rural Institut Català de la Salut.

Composició del equipo operativo del PIAISS:

Albert Ledesma Castelltort, metge de família. Atenció primària de salut. Director del PIAISS; Carles Blay Pueyo, metge de família. Atenció primària de salut. Responsable PPAC i comitè operatiu PIAISS; Joan Carles Contel Segura, infermer. Atenció primària de salut. Membre PPAC i comitè operatiu PIAISS; Assumpció González Mestre, infermera. Programa Pacient Expert Catalunya. Membre PPAC i comitè operatiu PIAISS; Ester Sarquella Casellas, educadora social i psico-pedagoga. Serveis socials bàsics. Comitè operatiu PIAISS; Lluís Viguera Espejo, economista. Serveis residencials d'atenció a la discapacitat. Comitè operatiu PIAISS; José Antonio Domínguez, servei d'acció social de la Diputació de Barcelona. Comitè operatiu PIAISS; Victòria Mir, treballadora social. ABS Premià de Mar. Comitè operatiu PIAISS.

El plan se creó con la misión de promover la transformación del modelo de atención social y sanitaria para garantizar una atención integrada y centrada en las personas, capaz de dar respuesta a sus necesidades. El PIAISS asume como visión el reto de catalizar la construcción de un sistema asistencial “que permita a las personas estar bien, sentirse bien y vivir bien con la situación personal sea cual sea; tener un diagnóstico y una definición de las necesidades personales únicos; recibir el apoyo adecua-

■ El PIAISS asume como visión el reto de catalizar la construcción de un sistema asistencial

do donde y cuando sea necesario; saber a quién dirigirse cuando necesiten apoyo profesional; estar informadas de todo lo que afecta a su bienestar, y ser consultadas y respetadas en todas las decisiones que tomen; todo garantizando la equidad territorial e individual, la calidad del servicio, la participación de las personas en su proceso asistencial y la eficiencia en la asignación de los recursos económicos” (PIAISS. Generalitat de Catalunya, 2014).

Para poder avanzar en este reto se aprueba en julio de 2014 una hoja de ruta (PIAISS. Generalitat de Catalunya, 2014) que apunta las líneas estratégicas de la transformación, y estas se concretan en 8 proyectos operativos recogidos en el documento de proyectos⁷ (PIAISS. Generalitat de Catalunya, 2014).

1. Adecuación y ordenación de la larga estancia socio-sanitaria y de salud mental
2. Práctica integrada social y sanitaria en la red de salud mental y adicciones
3. Modelo catalán de atención a las personas que viven en servicios residenciales
4. Práctica integrada desde la atención primaria social y sanitaria. Acción territorial
5. Modelo catalán de atención integrada a domicilio

⁷Cada uno de los proyectos ha sido liderado por tres personas: una designada de entre los miembros del equipo operativo del PIAISS, y dos designadas por el Departamento de Salud y el Departamento de Bienestar Social y Familia.

6. El papel de las personas en el nuevo contexto de atención
7. Integración de los sistemas de información
8. Otros proyectos y acciones transversales

Efectivamente la formulación operativa de estos proyectos ha sido positiva, pero el alcance de la transformación es más profundo y pasa por diseñar de nuevo, con una única visión, la detección y la respuesta a las necesidades de atención de la persona en un proceso compartido y participativo con todos los agentes implicados. Implementando de forma efectiva en cada territorio, con rutas de atención propias, y considerando sus singularidades pero alineados con un marco común de país que fije la gobernanza para garantizar la equidad territorial y la evaluación de los resultados.

Para la formulación política y conceptual de este modelo de atención integrada, propuesto por PIAISS, hay dos aspectos que se han convertido en claves.

Por un lado la elaboración y aprobación del *Documento de bases conceptuales del modelo catalán de atención integrada de Cataluña* (LEDESMA, BLAY, CONTEL, SARQUELLA, GONZÁLEZ y VIGUERA, 2015).⁸ Este define conceptualmente cuál es el alcance y sentido de la transformación propuesta, y por tanto su contenido pasa a ser una referencia obligada.

Por otra parte, la promoción de un escenario favorable para la transformación del sistema de atención actual. Las estrategias de consenso, participación y legitimación que se han puesto en marcha han hecho que en

estos momentos la atención integrada se haya incorporado a la agenda política y que sectores y grupos de interés de procedencias muy diversas la apoyen. Los últimos meses se han sucedido diversos posicionamientos públicos al modelo de atención integrada, entre los que destacan:

- La incorporación de la necesaria gestión integrada de todo lo que afecta a la autonomía de las personas por parte de los servicios sociales y sanitarios en el documento de balance del CAPSIF *Catalunya i l'agenda social de futur: Pensant en quins haurien de ser els eixos de la política social* (CAPSIF, 2015) recogido por la prensa (Vilà i Vilà, 2015).
- El posicionamiento del Consejo Asesor para la Sostenibilidad y el Progreso del Sistema Sanitario (CASOST) con la publicación del informe *Proposta de mesures per a l'optimització de l'atenció social i sanitària per atendre la cronicitat, la discapacitat i la dependència a Catalunya* (CASOST, 2015).
- El posicionamiento de la Taula del tercer sector con la publicación del dossier *Cap a una atenció integrada social i sanitària. Per un nou model centrat en les persones* (CANAL i VILÀ, 2015) referido de forma destacada en medios de comunicación (Aroca, 2015) (BONILLA, 2015).

Asimismo, y a pesar de no ser comunicados formales de las entidades firmantes, varias entidades han emitido pronunciamientos a los medios en torno a la atención integrada. Entre estos es muy significativo el del

⁸Elaborado con la participación de la 2ª capa del PIAISS y aprobado por el órgano de gobierno, el consejo asesor i el consejo de participación del PIAISS.

Colegio de Diplomados en Trabajo Social de Cataluña (TSCAT) (García, 2015) y el de la Sociedad Científica de medicina familiar y comunitaria (CAMFIC) (Forés, 2015) en el periódico *Ara* el día 12 de mayo.

Por último, el pasado día 9 de julio el Parlament de Catalunya aprobó una resolución sobre el proceso de integración de los servicios sociales y sanitarios en la que insta al Gobierno a hacer efectiva esta integración poniendo en funcionamiento los instrumentos necesarios para su desarrollo (Parlament de Catalunya, 2015).

Atención integrada, ¿por qué y para quién?

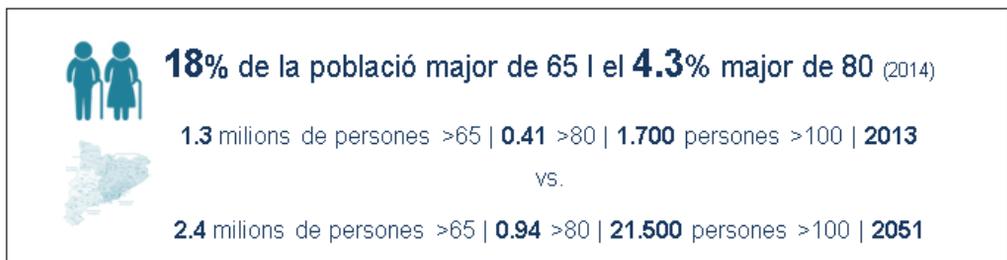
Nuestro sistema de bienestar ha sido capaz de dar una excelente respuesta a las necesidades de la ciudadanía a lo largo de los últimos tiempos alcanzando unos resultados muy positivos. Ahora, sin embargo, se hace recomendable y necesario asumir el reto de la transformación del modelo de atención por varios motivos.

El actual y sobre todo el futuro escenario social, económico y demográfico sitúa la atención integrada como un reto imperativo de nuestros sistemas. Un escenario marcado por un envejecimiento poblacional muy no-

table que se asocia a una mayor prevalencia de fragilidad, cronicidad, discapacidad y dependencia, una esperanza de vida de las más altas de Europa y un contexto socioeconómico poco favorable que hace aumentar significativamente las situaciones de complejidad social derivadas de desocupación, riesgo de pobreza o exclusión social, así como la crisis del rol cuidador de las redes de apoyo personal, familiar y social hacen necesaria e imprescindible una nueva manera de entender la atención sanitaria y la atención social.

Cataluña dispone de una situación de partida en el modelo de atención que es muy favorable para hacer la transformación propuesta con grandes fortalezas en el conjunto de servicios que operan en la atención social y sanitaria de atención a las personas: la red atención primaria de salud; unos servicios sociales básicos muy cercanos a la ciudadanía, altamente descentralizados, promovidos y prestados con la corresponsabilidad del mundo local; Una estrategia de salud pública de promoción y prevención de la salud de ámbito poblacional o comunitario; una red especializada de salud excelente; la red socio-sanitaria de dispositivos de atención intermedia con servicios de rehabilitación y atención paliativa; los servicios

Figura 2. Gráfico de proyección poblacional. Elaboración poblacional a partir de IDESCAT



de atención a la dependencia y apoyo a los cuidadores/as; la red de servicios sociales especializados de provisión público-privada; y un tejido social y asociativo absolutamente vivo que a través del tercer sector social participa en esta red de servicios sociales, etc. En resumen un amplio y sólido abanico de dispositivos, servicios o ámbitos asistenciales que desde hace tiempo están haciendo un proceso de adaptación para garantizar la continuidad asistencial, la eficiencia y la adecuación de la atención al momento vital de la persona y que ahora están en un momento óptimo para dar un paso más en esta dirección.

Por último, y como elemento justificativo, disponemos de evidencia a nivel europeo y mundial que constata que la atención integrada en general, y entre los servicios sociales y sanitarios en particular, es capaz de mejorar los resultados de atención a la población con necesidades complejas.

Analizando los modelos de atención integrada a escala internacional (Kodner, 2012) se pueden constatar beneficios derivados de la atención integrada sobre todo en cuanto a la mejora en la accesibilidad a servicios, la

coordinación y continuidad asistencial, la experiencia en la atención y la mejor práctica colaborativa entre profesionales y organizaciones. También existe evidencia en la mejora de los resultados de salud y funcionamiento, la utilización de recursos de institucionalización y las crisis derivadas de la claudicación del/de la cuidadora. En cambio hasta el momento no existe una clara evidencia de que la atención integrada permita reducir los costes de la atención, pero sí garantizar un uso más adecuado a las necesidades de atención, sean sociales o sanitarias. Podemos, por tanto, concluir que la atención integrada es la forma más eficiente, sostenible y satisfactoria de atender a las personas. Este hecho, que de por sí ya tiene suficiente importancia en situación de abundancia de recursos, se convierte en de insoslayable consideración ante escenarios económicos de pronóstico desfavorable.

¿Quién se tiene que beneficiar de la atención integrada?

Tal como se ha mencionado anteriormente, el modelo de atención integrada que se

Figura 3. Población diana del modelo de atención integrada.



está promoviendo por Cataluña tiene una visión claramente poblacional, y por lo tanto todas las estrategias emprendidas pretenden acabar transformando ambos sistemas, el sanitario y el social, en su conjunto sin promover la creación de un tercer espacio o sistema socio-sanitario. A pesar de eso, y para garantizar la factibilidad de la transformación, se ha adoptado una estrategia progresiva en el alcance poblacional. En este momento la población prioritaria por la que hay que cambiar el modelo de atención es la población en situación de complejidad.

Las personas con necesidades de atención social y sanitarias complejas, población diana prioritaria del PIAISS, pueden representar alrededor de un 8% de la población, porcentaje que, con los años, tenderá a aumentar. El coste de su atención puede suponer casi el 40% del presupuesto de gasto público. Con el efecto del envejecimiento de la población, esta cifra no puede hacer otra cosa que aumentar gradualmente, y por lo tanto en este contexto la fragmentación de la respuesta asistencial genera ámbitos evitables de ineficiencia en el uso de los recursos.

Una condición de complejidad que ocurre no solo por la carga o gravedad de determinadas enfermedades o problemáticas de tipo social, sino que responde a múltiples elementos de morbilidad (incertidumbre, multimorbilidad, inestabilidad, gravedad, progresión...) y las condiciones personales (fragilidad, desequilibrio, anosognosia, volición, red ...), relacionales con los profesionales

(multiplicitat, falta de acuerdo...) o relacionados con el propio sistema (fragmentación, disposición de recurso...), que tienen que ver directamente con la gestión de la respuesta y la toma de decisiones de los profesionales.

¿Qué se pretende conseguir con la atención integrada?

En términos generales podemos decir que el modelo catalán de atención integrada pretende mejorar los resultados en salud y bienestar en base poblacional, mejorar la experiencia de atención de las personas que utilizan los servicios sociales y sanitarios y promover un uso adecuado de los recursos. En definitiva garantizar una “buena” atención a las personas que presenten necesidades de atención social y sanitarias concurrentes o mutuamente influyentes, especialmente cuando éstas son complejas.

Pese a esta descripción genérica, para nosotros tiene un gran valor compartir con los diversos sectores profesionales los resultados esperados del modelo que se han trabajado con diversos foros profesionales y que han sido incorporados en el documento de bases conceptuales:⁹

⁹ Incluidos en el *Document de bases conceptuales del model català d'atenció integrada*. Aprobado por el órgano de gobierno del PIAISS, el Consejo Asesor y el Consejo de Participación, el órgano de segunda capa profesional.

Compromisos en la atención a las personas en situación de complejidad

El modelo catalán de atención integrada quiere garantizar que las personas, especialmente aquellas que se encuentran en situación de complejidad social y sanitaria:

- Vivan en las mejores condiciones de salud, calidad de vida y autonomía durante el mayor tiempo posible.
- Sean capaces de cuidar y mejorar su propia salud y bienestar.
- Puedan expresar sus preferencias y que éstas sean consideradas en el proceso de atención social y sanitaria reconociéndoles una posición apoderada en el desarrollo de su propio proyecto vital.
- Reciban una respuesta planificada, personalizada, proactiva y adaptada a sus necesidades sociales y sanitarias; y dispongan de una valoración integrada e integral, un plan de atención compartido y un profesional de referencia a quien dirigirse y que vele por la gestión integrada del caso.
- Tengan experiencias y percepciones positivas y satisfactorias de los servicios sociales y de salud que utilizan.
- Reciban la atención adecuada en la intensidad y modulación de servicios que procede, donde y cuando sea necesaria.
- Sean capaces de vivir, en la medida de lo posible y en condiciones de seguridad, de forma independiente en el hogar o en dispositivos de proximidad a su comunidad.
- Sean atendidas de manera continuada y sin dificultades en las transiciones entre servicios sanitarios y sociales.

Asimismo el modelo también quiere garantizar:

- Que las personas que ejercen el rol de cuidador / a reciban apoyo para hacerlo de la manera más adecuada y para reducir el impacto en su propia salud y bienestar que este puede ocasionar.
- Que los servicios sociales y sanitarios garanticen la coordinación y la continuidad asistencial en base a la práctica colaborativa entre profesionales de los servicios sociales y sanitarios.
- Que los recursos disponibles se utilicen de la manera más adecuada y eficiente y eficaz en la prestación de servicios sociales y de salud.
- Que el sistema sanitario y el sistema de servicios sociales garanticen la accesibilidad y la equidad en la prestación de servicios a nivel territorial.
- Que los profesionales que trabajan en los servicios de salud y los servicios sociales tengan el apoyo necesario para poder desarrollar su función en este modelo con excelencia como agentes principales de cambio y se sientan comprometidos con el trabajo que hacen.
- Finalmente, que los sistemas de información sanitarios y de servicios sociales se desarrollen y se adapten para dar respuesta y permitir la evaluación del modelo de atención integrada

El modelo de atención integrada

Poder garantizar los compromisos descritos en el apartado anterior requiere, como se ha comentado, una transformación muy significativa de los sistemas actuales. En este apartado describiremos cuáles son los elementos clave de este modelo y el avance alcanzado en los diversos proyectos e iniciativas emprendidas.

Elementos clave

Tal como describe el *Documento de bases del Modelo Catalán de atención integrada. Hacia un modelo de atención centrada en la persona* (LEDESMA, BLAY, CONTEL, SARQUELLA, GONZÁLEZ, i VIGUERA, 2015), los elementos clave del modelo de atención son:

- La vocación transversal y poblacional del modelo
- Una necesaria redefinición del rol de la persona
- El liderazgo de los profesionales como motor de la transformación
- Una visión territorial en la implementación

Un elemento central de la implementación del modelo es la territorialización a través de la subsidiariedad y la responsabilidad compartida entre los diferentes agentes que se hacen cargo de la gobernanza en el territorio y el resto de servicios que operan. Se entiende, como hecho determinante, la visualización del territorio y de sus agentes como un microsistema que asume de manera compartida la responsabilidad en los objetivos de salud y bienestar de la población con complejidad social y sanitaria.

Las personas, sujetos activos de la atención, los familiares, los cuidadores o el entorno deben asumir un nuevo rol en este

modelo de atención que implica un mayor grado de corresponsabilización y apoderamiento en las propias capacidades de cuidado y bienestar, y los servicios deben garantizar el apoyo necesario para que este cambio de rol se pueda hacer efectivo. De hecho, se propone una atención centrada en las personas, y por tanto basada en derechos, independencia, valores y opciones, en un entorno en el que recuperamos el valor de cuidarlas compartiendo entre todos –las mismas personas, las familias, la sociedad y los servicios públicos– los derechos y deberes que nos correspondan.

En esta nueva manera de actuar que proponemos, los profesionales asumen un nuevo rol, con unas determinadas competencias y capacidades relacionales que promuevan y hagan posible el trabajo colaborativo y las prácticas compartidas con otros profesionales y con las personas o familias a las que atienden, y el plan de atención se construye entre todos y se promueve la toma de decisiones conjunta desde una visión integrada, social y sanitaria.

Para asegurar una atención personalizada, proactiva, preventiva, continua, coordinada y transversal es necesario disponer de elementos nucleares como el propio proceso de atención, la disposición de profesionales de referencia y la gestión del caso. Esta visión incorpora, necesariamente, una nueva definición de los liderazgos y roles profesionales, así como de las prácticas compartidas.

En definitiva, se pretende garantizar que todo el mundo que requiera la atención de los servicios sociales y sanitarios en sus necesidades sociales y de salud estará adecuadamente identificada por parte de ambos sistemas, se valorarán de forma integral e

integrada sus necesidades, tendrá un plan de atención que definirá las prioridades y la asignación de recursos con una única visión social y sanitaria, y será establecido con la participación activa de las personas o las familias, y un profesional referente que le apoyará permanentemente y le guiará en su paso por el sistema de atención.

En resumen, se pretende ofrecer a la ciudadanía un modelo que garantice una atención de calidad en el lugar más adecuado y más cercana a su entorno habitual y respondiendo a las necesidades que tengan las personas y familias atendidas, ya sean de tipo social o sanitario, siempre teniendo en cuenta sus preferencias y respetándolas.

Algunas acciones destacadas

Durante este periodo una parte importante del trabajo del PIAISS ha estado orientada a la definición de modelo y de generación de consenso con los diversos actores implicados en la transformación. Sin embargo desde el PIAISS se asumió deliberadamente una estrategia multipalanca por la que se han estado promoviendo procesos simultáneos de diseño, planificación e implementación en cada uno de los ámbitos recogidos en los proyectos del Plan. Estos meses se ha estado trabajando con las personas designadas por cada departamento y grupos de líderes profesionales en la elaboración de determinados documentos de punto de partida como:

- Bases conceptuales del modelo catalán de atención integrada
- Casos tributarios del modelo de atención integrada

- Bases para la definición del modelo de atención centrada en la persona
- Atención integrada a las personas institucionalizadas en servicios de larga estancia i residencial
- Atención integrada a las personas que viven en el domicilio
- Atención integrada y salud mental
- Guía de apoyo a la implementación territorial y práctica asistencial

Estos documentos han sido participados por varios profesionales, pero todos ellos requieren de nuevas fases de trabajo, consenso y evolución para ir concretando más los términos de cada uno de ellos.

Aparte de la producción documental hay algunas actividades que vale la pena destacar:

- Foro ITCESS. Espacio de generación de conocimiento en atención integrada de EsadeCreapolis¹⁰ promovido por el PIAISS. En estos momentos hay varias líneas de trabajo activas y se han hecho 3 jornadas de diseminación del conocimiento en atención integrada
- Elaboración y validación por parte de los dos comités de ética de Cataluña del modelo catalán de Planificación de decisiones anticipadas y diseño de la propuesta formativa para acompañar su implementación.
- Inicio del proyecto de consenso terminológico para la atención integrada: Se ha comenzado a trabajar el último trimestre de 2015 en colaboración con TermCat.
- Definición del modelo funcional, de intercambio, jurídico y tecnológico para

¹⁰ www.forumitesss.com

la conexión de los sistemas de información de servicios sociales básicos en la historia clínica. Este proyecto se ha comenzado a implementar de forma piloto con el Ayuntamiento de Barcelona, pero en estos momentos ya se está también trabajando con otras Áreas básicas de servicios sociales.

- Investigación aplicada para la caracterización y prevalencia de la complejidad social y sanitaria en colaboración con el ICO, Cátedra de curas paliativas de la Universidad de Vic, ICS, Diputació de Barcelona, Ajuntament de Sabadell, la Fundació Avedis Donavedian PPAC y PIAISS.
- Investigación cualitativa socio-construccionista para la identificación de las perspectivas, valores y experiencias de la ciudadanía respecto al proceso de PDA con el objetivo de integrar las aportaciones de la ciudadanía para validar el marco conceptual del Modelo Catalán de PDA y establecer recomendaciones para su implementación en Cataluña. Realizada en colaboración PPAC, PIAISS, Cátedra de curas paliativas de la Universidad de Vic e IDIAP Jordi Gol.

Por último, lo que consideramos que ha sido más significativo ha sido el impulso y apoyo a la implementación en diversos territorios que han tenido interés y voluntad de empezar a trabajar en esta estrategia a quien agradecemos sinceramente el trabajo realizado contribuyendo de forma muy destacada en una mejor toma de decisiones de lo que debe incluir o considerar el modelo general que se acabará configurando.

Conclusiones

El objetivo de este texto era presentar sintéticamente el modelo catalán de atención social y sanitaria integrada que promueve el PIAISS y los avances que el mismo plan ha hecho durante el último año y medio para la concreción de este modelo para poder facilitar una información y conocimiento común y compartido en los y las profesionales del trabajo social que de una forma u otra se ven interpelados por lo que este modelo supone.

- **El reto que tenemos entre manos es muy destacado y solo podremos alcanzarlo con éxito si somos capaces de contar con todos los actores implicados en esta transformación.**

El reto que tenemos entre manos es muy destacado y solo podremos alcanzarlo con éxito si somos capaces de contar con todos los actores implicados en esta transformación. Las miradas y pericias de todos los profesionales que atienden a las personas desde los servicios sociales y sanitarios son absolutamente imprescindibles para garantizar que la concreción de este modelo de atención sea valioso.

Desde los departamentos implicados en la transformación hay que garantizar las condiciones que hagan posible esta transformación con algunos elementos estructurales que actúan como catalizadores o facilitadores de esta: la integración de los sistemas de información, la integración total o parcial de los instrumentos de planificación de la política sanitaria y de servicios sociales, la adecuación normativa para hacer factible este mo-

delo, la definición de un marco general de participación de los gobiernos locales, la armonización de los mapas territoriales de compra y provisión de ambos sistemas o la utilización de instrumentos de compra y evaluación de los servicios sociales y sanitarios compartidos.

A pesar de estos elementos estructurales se hace aún más determinante para esta transformación la capacidad para promover y definir partenariats territoriales que asuman desde la corresponsabilidad la atención social y sanitaria integrada y la participación e implicación activa de las corporaciones profesionales y de los profesionales individualmente en la definición y concreción del modelo.

Ciertamente la profundidad de esta transformación requerirá definir estrategias de apoyo a la formación en nuevos roles y com-

■ **En este nuevo escenario la pericia de todas las y los profesionales que desarrollan su actividad de atención a las personas en entornos y niveles diversos es imprescindible.**

petencias profesionales en atención integrada y prácticas colaborativas, pero en este nuevo escenario la pericia de todas las y los profesionales que desarrollan su actividad de atención a las personas en entornos y niveles diversos es imprescindible y por lo tanto todas las oportunidades para difundir el contenido y conocimiento, así como incorporar el conocimiento que desde la práctica profesional ya hace años que se tiene, tiene un gran valor.

Bibliografía

- AROCA, J. V. “El sector social demana als partits un canvi dràstic”, en *La Vanguardia* (9 de septiembre de 2015). Consultado 17/02/2016: http://www.tercersector.cat/sites/www.tercersector.cat/files/09._prpostes_27s_la_vanguardia.pdf
- BONILLA, L. “Cap a una sanitat més social”, en periódico *Ara* (11 de mayo de 2015), pág. 1, 4-5. Consultado 17/02/2016: http://www.ara.cat/tema_del_dia/Cap-sanitat-mes-social_0_1355264501.html
- CANAL, R. y VILÀ, T. *Cap a una atenció integrada social i sanitària. Per un nou model centrat en les persones*. Recuperado el 28 de septiembre de 2015 de Tercersector.cat. Consultado 17/02/2016: http://www.tercersector.cat/sites/www.tercersector.cat/files/dossier_social_i_sanitaria.pdf
- CAPSIF. *Catalunya i l'agenda social de futur: Pensant en quins haurien de ser els eixos de la política social*. Junio de 2015. Recuperado el 30 de septiembre de 2015 de CAPSIF. Consultado 17/02/2016: http://presidencia.gencat.cat/web/.content/ambits_actuacio/consells_assessors/capsif/informes/informe_capsif_catalunya_agenda_social_futur_201506.pdf
- CASOST. *Proposta de mesures per a l'optimització de l'atenció social i sanitària per atendre la cronicitat, la discapacitat i la dependència a Catalunya*. Recuperado el 28 de septiembre de 2015 de CASOST. Consultado 17/02/2016: http://presidencia.gencat.cat/web/.content/ambits_actuacio/consells_assessors/casost/Informes_Publicats/20140425_casost_atencio_social_sanitaria.pdf
- CONTEL, J. C.; LEDESMA, A.; BLAY, C.; GONZÁLEZ MESTRE, A.; SARQUELLA, E.; AMIL, P. y otros. *Chronic and integrated care in Catalonia* (Vol. 15, 29 junio 2015). Londres: International Journal of Integrated Care. URN: NBN: NL:UI:10-1-114830. ISSN 1568-4156
- FORÉS, D. “Metges de família: la primària és l'entorn per fer-ho possible”, en periódico *Ara* (12 de mayo de 2015), pág. 21. Consultado 17/02/2016: http://www.ara.cat/societat/professionals-apos-ten-canvi-model_0_1355864435.html

Bibliografia

- GARCIA, M. “Treballadors socials: visió integral, respostes personalitzades”, en periòdic Ara (12 de mayo de 2015), pág. 21. Consultado 17/02/2016: http://www.ara.cat/tema_del_dia/Cap-sanitatzmes-social_0_1355264501.html
- Generalitat de Catalunya. ACORD GOV/28/2014, de 25 de febrer, pel qual es crea el Pla interdepartamental d'atenció i interacció social i sanitària (PIAISS). Recuperado el 22 de septiembre de 2015 de Diari Oficial de la Generalitat de Catalunya. Consultado 17/02/2016: http://dogc.gencat.cat/ca/pdogc_canals_interns/pdogc_resultats_fitxa/?action=fitxa&mode=single&documentId=656033&language=ca_ES
- Generalitat de Catalunya. Departament de Salut. Informe balanç del Programa de Prevenció i Atenció a la Cronicitat 2015. Recuperado el 22 de septiembre de 2015 de www.gencat.cat/salut. Consultado 18/02/2016: http://salutweb.gencat.cat/web/.content/home/ambits_tematicos/linies_dactuacio/model_assistencial/atencio_al_malalt_cronic/destacats_a_la_dreta/avaluacio_cronicitat_2011_2014.pdf
- Generalitat de Catalunya. Departament de Salut. (2012). Pla de salut de Catalunya 2011-2015. Recuperado el 22 de septiembre de 2015 de www.gencat.cat/salut. Consultado 18/02/16: http://salutweb.gencat.cat/web/.content/home/destaquem/documents/plasalut_vfinal.pdf
- KODNER, D. L. *Integrated Care: Key Factors for Success Conference*. Recuperado el 30 de septiembre de 2015 de The King's Fund. Consultado 18/02/16: <http://www.kingsfund.org.uk/sites/files/kf/dennis-kodner-integrated-care-frail-older-people-kingsfund-sept12.pdf>
- LEDESMA, A.; BLAY, C.; CONTEL, J. C.; SARQUELLA, E.; GONZÁLEZ, A. y VIGUERA, L. (21 de septiembre de 2015). *Model català d'atenció integrada. Cap a una atenció centrada en la persona*. Recuperado el 21 de septiembre de 2015 de Pla Interdepartamental d'atenció i interacció social i sanitària. Consultado 18/02/16: http://www.gencat.cat/salut/botss/html/ca/dir3609/acord_piaiss_2014.pdf
- Parlament de Catalunya (25 de junio de 2015). Resolució 1069/X del Parlament de Catalunya sobre el sistema públic de Salut. XIX Procés d'integració dels serveis socials i sanitaris (610), 17-18. Butlletí Oficial del Parlament de Catalunya.
- PIAISS. Generalitat de Catalunya. (15 de julio de 2014). Full de ruta 2014-2016 – Resum executiu. Recuperado el 22 de septiembre de 2015 de presidencia.gencat.cat/PIAISS. Consultado 18/02/2016: http://presidencia.gencat.cat/web/.content/departament/plans_sectorials_i_interdepartamentals/PIAISS/PIAISS_full_ruta_RE_2014_2016_20140715.pdf
- Parlament de Catalunya (25 de junio de 2015). Resolució 1069/X del Parlament de Catalunya sobre el sistema públic de Salut. XIX Procés d'integració dels serveis socials i sanitaris (610), 17-18. Butlletí Oficial del Parlament de Catalunya.
- PIAISS. Generalitat de Catalunya. (15 de julio de 2014). Full de ruta 2014-2016 – Resum executiu. Recuperado el 22 de septiembre de 2015 de presidencia.gencat.cat/PIAISS. Consultado 18/02/2016: http://presidencia.gencat.cat/web/.content/departament/plans_sectorials_i_interdepartamentals/PIAISS/PIAISS_full_ruta_RE_2014_2016_20140715.pdf
- PIAISS. Generalitat de Catalunya (17 de octubre de 2014). Projectes 2014-2016 PIAISS. Recuperado el 22 de septiembre de 2015 de presidencia.gencat.cat/PIAISS. Consultado 18/02/2016: http://presidencia.gencat.cat/web/.content/departament/plans_sectorials_i_interdepartamentals/PIAISS/PIAISS_projectes_2014_2015_20141017.pdf
- SERRA-SUTTON, V. M. *Avaluació externa de 9 models col·laboratius d'atenció social i sanitària a Catalunya*. Barcelona: Generalitat de Catalunya. Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya. Departament de Salut, 2015. Consultado 18/02/2016: http://aquas.gencat.cat/web/.content/minisite/aquas/publicacions/2015/documents/avaluacio_9models_atencio_social_sanit_aquas2015.pdf
- VILÀ, F y VILÀ, T. “El món sociosanitari del futur: la finestreta única”, en periòdic Ara (8 de julio de 2015), pág. 30.