

La experiencia del proyecto AQuAS en la evaluación de los modelos colaborativos de atención social y sanitaria

AQuAS experience in assessing collaborative models of social and health care

Vicky Serra Sutton,¹ Carla Montané Gutiérrez,² Joan MV Pons Ràfols³ y Mireia Espallargues Carreras⁴

Resumen

El objetivo de este estudio fue evaluar modelos colaborativos de atención social y sanitaria en Cataluña que implicaran de forma principal a los servicios sociales básicos y los equipos de atención primaria de salud. Se llevó a cabo un estudio cualitativo de casos de 9 modelos colaborativos que evidenció la heterogeneidad en los proveedores implicados, ámbitos de atención, áreas geográficas y formas de organizarse. El estudio ha permitido obtener una fotografía de los rasgos clave de los 9 modelos evaluados, describir las necesidades de los profesionales implicados y los beneficios percibidos que aporta trabajar en el marco de un modelo organizativo de este tipo. Esta información puede ser de utilidad a diferentes niveles: a nivel micro (para describir cómo era su modelo, identificar aspectos de mejora), a nivel meso y macro (para facilitar la toma de decisiones y dar respuesta a las necesidades identificadas).

Palabras clave: Evaluación de servicios sanitarios, atención integrada, ayuda toma decisiones, buenas prácticas, evaluación de necesidades.

¹ Socióloga, PhD. Filiación: Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya, (AQuAS, Barcelona) y CIBER Epidemiologia i Salut Pública, (CIBERESP, Barcelona). vserra@gencat.cat

² Socióloga. Filiación: Consultora independiente (Barcelona)

³ Médico internista, PhD. Filiación: AQuAS y CIBERESP

⁴ Médico preventivista en salud pública, PhD. Filiación: AQuAS y *Red de Investigación en Servicios de Salud en Enfermedades Crónicas* (REDISSEC, Barcelona)

* Este artículo es una adaptación de un informe técnico y anexos publicados: Evaluación externa de 9 modelos colaborativos de atención social y sanitaria en Cataluña. Barcelona: Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya, 2015. Disponible en: http://aquas.gencat.cat/ca/detall/article/avaluacio_9models_collaboratius_2015

Abstract

The aim of this study was to assess collaborative models of social and health care in Catalonia (implying mainly the collaboration of professionals from basic social services and primary health care services). A qualitative case-study was conducted, showing heterogeneity in the involved providers, the care fields, the geographic areas and the ways of organization. The study offered a picture of the key features of the nine evaluated experiences and described the needs of the professionals involved and the subjective benefits of working in a collaborative model. This information can be useful at different levels: micro (to describe how the model was, to identify areas for improvement), meso and macro level (to facilitate decision-making and to response to the identified needs).

Key words: Evaluation of health services, holistic care, decision-making support, best practices, assessment of needs.

Para citar el artículo: SERRA SUTTON, Vicky; MONTANÉ GUTIÉRREZ, Carla; PONS RÀFOLS, Joan MV y ESPALLAR-GUES CARRERAS, Mireia. La experiencia del proyecto AQUAS en la evaluación de los modelos colaborativos de atención social y sanitaria. *Revista de Treball Social*. Col·legi Oficial de Treball Social de Catalunya, diciembre 2015, n. 206, páginas 82-94. ISSN 0212-7210.

Agradecimientos: El equipo de investigación quiere dar las gracias a los profesionales participantes vinculados a los 9 modelos colaborativos (Alt Penedès, Gironès, la Garrotxa, Lleida, Mataró, Reus, Sabadell, Tona-Mancomunitat de la Plana y Vilanova i la Geltrú. Más información en el anexo 1.

También queremos agradecer a Laia Domingo Torrell del AQUAS su revisión y aportaciones de mejora en el presente artículo, así como el apoyo y contribuciones de Georgina Tomás Comas d'Argemir (Institut Català d'Assistència Sanitària-actual Secretaria d'Inclusió Social i de Promoció de l'Autonomia Personal del Departament de Benestar social y Família), de Joan Carles Contel Segura (Programa de Prevenció i Atenció a la Cronicitat- PPAC del Departament de Salut) y de Ester Sarquella Caselles (Pla Interdepartamental d'Atenció i Interacció entre Serveis Socials i Sanitaris- PIAISS, Generalitat de Catalunya) en las diferentes fases del proyecto.

Contexto de la evaluación externa de modelos colaborativos

Los modelos colaborativos son iniciativas que promueven una atención más coordinada, integrada y centrada en los usuarios. Por atención coordinada se entiende el grado de coordinación de los profesionales para conseguir una atención integrada de los pacientes a lo largo del tiempo, dentro y entre organizaciones, que se intenta alcanzar con la puesta en marcha de procesos transversales y el diseño de procesos de manera conjunta entre ámbitos asistenciales (Ministerio de Sanidad, 2007). Por otra parte, una atención integrada (usualmente llamada *comprehensive care*) incluye las entradas, la entrega, la gestión y la organización de los servicios relacionados con el diagnóstico, el tratamiento, el cuidado, la rehabilitación y la promoción de la salud (GRÖNE, O., 2002). Finalmente, por atención centrada en los usuarios se puede entender su grado de satisfacción y la de su familia en relación a los servicios y atención recibida, la información, el diseño de servicios adecuados a sus expectativas, su participación en las decisiones en torno a su salud y el respeto a los sistemas de valores y creencias de estos usuarios (Ministerio de Sanidad, 2007).

A nivel internacional, se identifica poca evidencia de los resultados y beneficios de la atención social y sanitaria integrada (HUDSON, B., 2011; European Science Foundation, 2013). En el contexto estatal, existen algunos trabajos centrados básicamente en el ámbito sanitario y de la cronicidad (NUÑO-SOLINÍS, R., 2013). Algunos estudios realizados en Cataluña han permitido identificar barreras o facilitadores en la coordinación de organizaciones integradas sa-

nitarias (VARGAS, I., 2006), o aspectos de mejora del proceso en el ámbito específico de la dependencia (evaluación de los proyectos demostrativos PRODEP; Fundación Avedis Donabedian, 2008).

En el marco de la creación del nuevo Plan Interdepartamental de Atención e Interacción Social y Sanitaria (PIAISS), el Instituto Catalán de Asistencia y Servicios Sociales (actual Secretaría de Inclusión Social y de Promoción de la Autonomía Personal) del Departamento de Bienestar Social y Familia y el Programa de Prevención y Atención a la Cronicidad (PPAC) del Departamento de Salud encargaron llevar a cabo una evaluación externa de los modelos colaborativos. Esta evaluación externa se coordinó desde la Agencia de Calidad y Evaluación Sanitarias de Cataluña (AQuAS), empresa pública adscrita al Departamento de Salud que tiene como misión generar conocimiento relevante para contribuir a la mejora de la calidad asistencial, seguridad y sostenibilidad del sistema de salud en Cataluña y en definitiva desarrollar herramientas que faciliten la toma de decisiones.

El objetivo del estudio fue evaluar modelos colaborativos de atención social y sanitaria que implicasen de forma principal a los servicios sociales básicos y los equipos de atención primaria de salud. Dado que la mayoría de los modelos colaborativos estaban en sus fases iniciales en el momento de la evaluación externa, se esperaba que los

■ **El objetivo del estudio fue evaluar modelos colaborativos de atención social y sanitaria que implicasen de forma principal a los servicios sociales básicos y los equipos de atención primaria de salud.**

resultados de esta evaluación facilitarían el desarrollo de sus planes funcionales y que se identificaran las necesidades para que los decisores, a diferentes niveles, apoyaran en las diferentes fases de su despliegue.

En el presente artículo se presentan algunos de los resultados en relación a los siguientes aspectos: a) qué características estructurales y organizativas tienen los modelos evaluados; b) qué implica trabajar en un modelo colaborativo para los profesionales; y c) qué barreras y facilitadores se detectan. Se puede obtener una descripción más detallada de todo el estudio en el informe técnico y anexos publicados y disponibles en la web de AQUAS: http://aquas.gencat.cat/ca/detall/article/avaluacio_9models_collaboratiu_2015-00001

¿Cómo se llevó a cabo la evaluación externa?

Se llevó a cabo un estudio cualitativo de casos (descriptivo y exploratorio) que incluyó la participación de siete modelos en fases iniciales de desarrollo y dos con más trayectoria en el tiempo. La mayoría de los modelos eran encargos institucionales del Departamento de Bienestar Social y Familia así como del Departamento de Salud como pilotos territoriales.

Los criterios de inclusión como caso (modelo colaborativo) fueron los siguientes: a) ser referente territorial; b) incorporar buenas prácticas en gestión o atención integrada entre los ámbitos social y de la salud, y/o de coordinación entre diferentes niveles asistenciales (por ejemplo, atención primaria de salud y atención en hospital de agudos) o entre diferentes proveedores; c) ser encargos institucionales del Departamento de Bien-

estar Social y Familia y del Departamento de Salud; d) otros modelos colaborativos con más trayectoria en el tiempo que pudieran ayudar a entender los beneficios y el impacto de una atención más integrada. También se tuvo en cuenta que hubieran colaborado en proyectos previos como el PRODEP (Programas de Atención a la Dependencia), programas de prevención y atención a la cronicidad u otras experiencias referentes.

Para recoger información se envió un cuestionario semiestructurado a los líderes de cada modelo colaborativo y también se recogió documentación interna (protocolo, plan funcional, presentación técnica, circuitos, organigramas, etc.). Se llevaron a cabo 18 grupos de discusión (2 por cada modelo) y una entrevista en las sedes de los modelos entre enero y marzo de 2014, para recoger la voz de los profesionales implicados, tanto de los líderes y los responsables como de los profesionales que realizan atención directa a usuarios. Los perfiles académicos más frecuentes fueron en trabajo social, educación social, enfermería, medicina familiar y comunitaria, medicina interna y psiquiatría, entre otros.

Se realizó un vaciado (transcripción) de cada grupo de discusión con *verbatimms clave de los participantes*. Se hizo un análisis cualitativo de contenido y del discurso para entender el fenómeno de estudio y un análisis de cada caso (modelo colaborativo). Para asegurar la independencia, transparencia y validez de los resultados se definieron varias estrategias. En primer lugar, se definió un protocolo y guiones para la conducción de los grupos de discusión y entrevistas. Dos investigadoras participaron en las dinámicas de grupo y en el trabajo de campo. Las sesiones se grabaron en formato audio para

su posterior análisis cualitativo, con un vaciado y extracción de verbatims clave de los participantes. Los resultados se triangularon entre analistas y la información recogida de cada experiencia colaborativa. Se realizó un retorno de los resultados a todos los participantes (informe de caso) en relación al modelo para su validación antes de realizar los análisis globales. Es importante explicitar que el equipo de investigación tenía perfiles académicos multidisciplinares (sociología, medicina preventiva, medicina interna, salud pública) y que no necesariamente compartía la perspectiva de los decisores.

Características estructurales y organizativas de los modelos

Las 9 experiencias eran heterogéneas en cuanto a sus objetivos, proveedores, población diana, fases de evolución y perfiles profesionales implicados (tabla 1). Sin embargo, los modelos se clasificaron en cuatro grupos: a) según si estaban centrados en los usuarios con un discurso explícito preventivo y con más liderazgo inicial del ámbito social; b) según si estaban centrados en gestión de casos de cronicidad con más liderazgo inicial sanitario; c) según si eran modelos de atención primaristas con integración de servicios sociales y sanitarios con equilibrio de liderazgo entre el ámbito social y sanitario; d) según si estaban centrados en mejorar la eficiencia local/regional y presentaban también un equilibrio en el liderazgo entre las dos vertientes.

Los modelos evaluados estaban en fases desiguales en cuanto a su desarrollo, aunque casi todos se iniciaron en el primer trimestre de 2013. Algunos se encontraban en fases iniciales de definición y conocimiento de

los profesionales (construyendo equipo, por ejemplo, fase 1, Mataró, Vilanova i la Geltrú ABSI y ABSII) o de diseño y escritura de su plan funcional (fase 2: Lleida, Tona-Mancomunitat de la Plana), mientras que otros estaban en fases más avanzadas de desarrollo y de implementación (fase 3: Gironès o CAPI Vilanova i la Geltrú). Solo algunas experiencias colaborativas, seguramente por ser de las más antiguas, parecían haber alcanzado la fase de consolidación con mucha experiencia acumulada y evaluación (de auditoría y continuada), en fase de formalización del modelo y evaluación de la mejora continua (Reus, la Garrotxa o Sabadell).

Pocos modelos disponían de un plan funcional o circuitos escritos en el momento de la evaluación externa, aunque todos destacaban por la trayectoria y la experiencia de trabajo colaborativo y el fuerte liderazgo estratégico y motivacional en su desarrollo. Dentro de sus objetivos se proponía mejorar la coordinación de servicios/ámbitos, la calidad y la eficiencia de la atención, el bienestar de los usuarios, así como evitar duplicidades y detectar necesidades sociales y sanitarias; habían definido iniciativas para identificar necesidades organizativas y fomentar el trabajo de equipo y visiones más integradas de atención y prevención en usuarios con mayor riesgo de necesidades sociales y en salud.

Qué implica trabajar en un modelo colaborativo para los profesionales

A partir de los relatos de los profesionales se identificaron rasgos clave de lo que debería tener un modelo en cuanto a su conceptualización, gestión de recursos humanos, cultura organizativa y aspectos cualitativos

intangibles (tabla 2). Los profesionales participantes consideraron que un modelo colaborativo iba más allá de la atención coordinada (considerada una forma de trabajo más informal entre diferentes profesionales) o integrada de la atención que implica, además de estos atributos, tener objetivos comunes definidos y una visión global de los usuarios con un acuerdo institucional formalizado. En definitiva, trabajar en un modelo colaborativo como concepto para los profesionales implicaba pasar de la informalidad a la formalidad de los procesos y de la organización y atención (escribiendo, protocolizando, haciendo que las instituciones y los proveedores se pongan de acuerdo con objetivos comunes).

■ Trabajar en un modelo colaborativo como concepto para los profesionales implicaba pasar de la informalidad a la formalidad de los procesos y de la organización y atención

Barreras y facilitadores en el despliegue de los modelos

Detrás de los modelos colaborativos se percibe que había un cambio de paradigma de la atención y una adaptación de las estructuras y que se estaba interiorizando el modelo por parte de los profesionales y proveedores. Entre las barreras mencionadas destacan: a) la falta de directrices claras y de objetivos comunes por parte de los 2 departamentos (Departamento de Salud y Departamento de Bienestar Social y Familia); b) la falta de reconocimiento institucional (llevar

a cabo un modelo colaborativo depende en gran medida del voluntarismo profesional; además, la inexistencia de directrices/objetivos comunes dificulta avanzar); c) las resistencias al cambio organizativo, a la manera de trabajar y las diferentes visiones; d) la inexistencia de sistemas de información compartidos, terminología común y espacios compartidos tanto estructurales y físicos como de la palabra que condicionan el trabajo colaborativo. A continuación se ejemplifican algunas de las barreras mencionadas por los profesionales:

Falta de legitimación y liderazgo institucional

«Como las cosas no están claras desde arriba, y es tan relevante el cambio y todo lo que conlleva, la actitud es de incertidumbre: ¿me muevo o no me muevo?» [profesional, modelo Alt Penedès]

«La gran dificultad es que tenemos diferentes proveedores de salud, con diferentes objetivos propios, situaciones diferentes, y esto, cuando lo aplicas al paciente, dificulta que puedas darle lo mismo a no sé cuántos kilómetros de distancia.» [profesional, modelo Alt Penedès]

«No sólo podemos depender de las voluntades de la gente; con esto no nos basta...» [profesional, modelo Tona-Mancomunitat de la Plana]

Falta de adaptación de estructuras, procesos y de los agentes del sistema

«Nosotros hablamos de compartir información básica, lo fundamental; por ejemplo, es importante poder establecer marcadores de situaciones de riesgo y poderlo ver directamente sin tener que utilizar mecanismos del siglo XVIII. Por ejemplo, esta persona a la que yo he identificado con situaciones de riesgo, el ámbito de salud ya la tiene identificada como una situación de maltrato. Ya no hace falta que indague más; hablo con salud.» [profesional, modelo Lleida]

«Además, aquí tenemos una dificultad añadida importante, y es que estamos hablando de dos sistemas que tienen lenguajes diferentes como sistema con información significativa diferente. En el ámbito de los servicios sociales básicos, tenemos un tema clave que es el núcleo familiar. (...)» [profesional, modelo Lleida]

Profesionales que están interiorizando un nuevo modelo de atención

«Una de las principales barreras ha sido la diferencia en las formas de trabajar. Somos sistemas muy diferentes; el sistema sanitario tiene una manera de trabajar y de ver las cosas, y al principio hubo tirantez. Desde social ya teníamos histórico de trabajar con salud, pero cuando hicimos la incorporación, tuvimos que ir limando. Una de las soluciones fue, por ejemplo, que todo el mundo fuera con bata blanca, o ajustar terminologías, por ejemplo, lo que nosotros entendíamos por urgencia y lo que entendían ellos...» [profesional, modelo Reus]

«Es difícil actuar en un problema únicamente por la parte de un sector. Unir fuerzas ha sido una ventaja para el usuario y una ventaja para nosotros, porque hemos entendido que detrás había una carga que nosotros ni conocíamos. [...] Quien detecta el problema a veces son los sanitarios y a veces son servicios sociales; aquel que lo detecta es el primero que empieza a arrancar el motor...» [profesional, modelo Sabadell]

«Yo encuentro que lo que pasa es que los dos sistemas no tienen nada que ver, aunque; por tanto, todos estos miedos son lógicas.» [profesional, modelo la Garrotxa]

Los facilitadores más relevantes para la creación y el desarrollo de los modelos colaborativos fueron: a) el contexto (la importancia del histórico de trabajo colaborativo y referencias previas: PRODEP, PPAC, SEVAD u otras, de las instituciones, los proveedores y las personas implicadas); y b) el

tamaño, la delimitación territorial y las estructuras organizativas que promovían el trabajo en equipo, el trabajo multidisciplinario y la atención coordinada e integrada. Otros facilitadores en la evolución de los modelos se relacionaron con el liderazgo, la motivación y la creencia en el modelo, la existencia de profesionales referentes que hacen de vínculo entre ambos ámbitos de atención. A continuación se ejemplifican algunos de los facilitadores mencionados por los profesionales:

Facilitadores de contexto: importancia del histórico, las instituciones y proveedores

«La atención primaria es la intersección entre ambos departamentos y es necesario que políticos y técnicos —más técnicos que políticos, porque los políticos no entienden estas cosas— entiendan que el problema puntual es éste. Y que, a partir de ahí, irán hacia un lugar o hacia otro. Pero es aquí, en atención primaria, donde generamos a la gente que va hacia los dos sitios.» [profesional, modelo Reus]

«Esto también es importante (cierta cultura de trabajo en equipo), porque, con este nuevo modelo, debemos generar muchos consensos: requisitos, perfiles, criterios de acceso, instrumentos de valoración, diagnósticos para evitar contradicciones...» [profesional, modelo Tona-Mancomunitat de la Plana]

Facilitadores institucionales, instrumentales y de territorio

«Yo pienso que el hecho de que haya acuerdo institucional es al menos un elemento que debe garantizar una continuidad y que no sea un experimento. [...] Las experiencias que se hacen (entre profesionales, equipos, etc.), si no tienen el apoyo y esta implicación de la institución, desaparecen cuando desaparecen los profesionales.» [profesional, modelo Lleida]

«Es evidente que cada territorio se estructura de una manera diferente, pero también tiene que haber una estructura marco clara, porque, si no, se queda en un tema de voluntades, y los temas de voluntad se pueden realizar o no. [...] Como hasta ahora no tenemos directrices, en los territorios donde se ha seguido un modelo colaborativo es una cuestión de voluntades, porque no hay instrucciones.» [profesional, modelo la Garrotxa]

Facilitadores de gestión, de estructura y funcionamiento

«Un papel clave lo ha tenido la dirección también en el liderazgo; al generar el clima adecuado para poder trabajar.» [profesional, modelo Vilanova i la Geltrú]

«Yo creo que, para entendernos y acercarnos a nivel de lenguajes, es muy importante trabajar juntos y buscar puntos de formación que sean compartidos; la formación compartida es muy importante.» [profesional, modelo Gironès]

«A la vez, las comisiones son espacios donde, durante años y más años, nos reunimos, y esto crea confianza, crea cultura de trabajo y crea equipo, crea integración. Los responsables, así como los trabajadores sociales, sobre todo los técnicos, hablan de casos [...]» [profesional, modelo la Garrotxa]

«Nosotros pudimos romper el tema de la jerarquía entre médicos y trabajadores sociales; esto se pudo hacer a través de sesiones conjuntas, generando espacios informales de encuentro, etc.» [profesional, modelo Vilanova i la Geltrú]

«Las competencias de cada profesional en cada situación deben estar bien marcadas. Y cuando tú traspasas esta competencia, es muy importante tener definidas cuáles son mis tareas.» [profesional, modelo Mataró]

Conclusiones y recomendaciones para los decisores

Este estudio ha permitido recoger la voz y perspectivas de los profesionales vinculados a los modelos colaborativos que han sido fundamentales para esta evaluación externa. El estudio ha permitido obtener una fotografía de los rasgos clave de los 9 modelos evaluados de utilidad a diferentes niveles: a nivel micro (describir cada modelo, identificar aspectos de mejora y necesidades percibidas) a nivel meso y a nivel macro (para facilitar la toma de decisiones para dar respuesta a las necesidades identificadas).

■ **El estudio ha permitido obtener una fotografía de los rasgos clave de los 9 modelos evaluados de utilidad a diferentes niveles: a nivel micro, a nivel meso y a nivel macro.**

Algunas recomendaciones estratégicas clave a nivel meso y macro

- Implicar de forma más estrecha (vínculo institucional) a los Departamentos de Salud, Bienestar Social y Familia y a los Ayuntamientos.
- Es necesaria legitimación y posicionamiento de los 2 departamentos (Social y Salud) para establecer objetivos comunes contemplados en la contratación de los servicios vinculados a los modelos (contratos programa), los territorios o los mecanismos de cooperación (lo que hay en estos momentos no es suficiente).
- Acompañar en el cambio: son cambios

de competencias, de modelo, de metodologías de trabajo; y todo esto genera muchas resistencias.

- Legitimar el trabajo colaborativo: incentivar, valorar y conocer el trabajo colaborativo; horas y trabajo dedicadas (motivar a los profesionales para garantizar el desarrollo y continuidad de cada modelo).
- El nuevo Plan Interdepartamental de Atención e Interacción entre Servicios Sociales y Sanitarios debería marcar las directrices claras para todos los modelos y debería incentivar la atención integrada.
- Facilitar ir hacia un modelo real de la atención centrada en la persona.
- Priorizar que los profesionales del ámbito social y sanitario puedan acceder y compartir la información de un

mismo usuario a través de sistemas de información compartidos.

- Repensar el rol de la atención primaria y dotarla de herramientas y de recursos. La atención primaria de salud debería ser uno de los ejes clave en la atención sanitaria de los usuarios.
- Los profesionales se deben conocer para poder trabajar juntos. Hay que dar tiempo para generar clima de trabajo colaborativo y poder hacer el despliegue de cada modelo.
- Desde la formación de grado y postgrado universitario (sobre todo en el ámbito sanitario) sería importante enseñar que es importante la relación, no solo el vínculo con usuario o paciente, sino también el conocimiento de su entorno y el trabajo en equipo e integrado.

1. Características estructurales y de organización de los modelos colaborativos de atención social y sanitaria evaluados*

Estudio caso (modelo colaborativo)	Alt Penedès	Gironès	La Garrotxa	Lleida ciudad	Tona-Mancomunitat de la Plana	Mataró	Sabadell	Reus	Vilanova i la Geltrú
Principales instituciones implicadas	-Ajuntament -Consell Comarcal -Consorci Sanitari	-Institut d'Assistència Sanitària -Consorci Benestar Social -Institut Català de la Salut (ICS)	-Consorci d'Acció Social -Institut d'Assistència Sanitària -ICS	-Ajuntament -Regió sanitària de Lleida -ICS	-Mancomunitat -Ajuntament -ICS	-Ajuntament -Consorci Sanitari	-Ajuntament	-Ajuntament -Grup d'Assistència Sanitària i Social	-Ajuntament -ICS
Año inicio (encargo institucional)	2013 (SI)	2013 (SI)	1996 (NO)	2013 (SI)	2013 (SI)	2013 (SI)	1994; 2012 (NO)	2013 (SI)	2013 (SI) (+)
Perfiles profesionales en la evaluación (volumen participantes)	trabajo social (11), enfermería (2), medicina familiar y comunitaria (1), medicina interna (1)	trabajo social (4), enfermería (6), medicina familiar y comunitaria (1), medicina preventiva (1), estudiante en prácticas (trabajo social) (1)	trabajo social (7), enfermería (1), medicina familiar y comunitaria (1), medicina psiquiátrica (1), medicina geriátrica (1)	trabajo social (9), enfermería (3), educación social (1), medicina familiar y comunitaria (1)	trabajo social (3), educación social (2), enfermería (4), medicina familiar y comunitaria (1), terapeuta ocupacional (1)	trabajo social (10), medicina familiar y comunitaria (1)	trabajo social (4), educación social (1), enfermería (3), medicina familiar y comunitaria (2)	trabajo social (5), educación social (2), enfermería (1), medicina familiar y comunitaria (4), medicina comunitaria (1), medicina preventiva (1)	trabajo social (12), educación social (1), enfermería (6), medicina familiar y comunitaria (4), medicina psiquiátrica (1)
Participación otros proyectos previos	-PRODEP -PPAC -Vive en familia -SEVAD	-PRODEP -PPAC	PRODEP	PRODEP PPAC	PRODEP SEVAD	PRODEP SEVAD	PRODEP	PRODEP	PRODEP
Población diana prioritaria	-cronicidad -dependencia -cuidadores	-cronicidad -dependencia -cuidadores	-cualquier población susceptible intervención social y sanitaria	-cronicidad -dependencia -violencia y maltrato	-cronicidad -dependencia -violencia y maltrato -salud mental y drogas	-cronicidad dependencia -cuidadores	- cualquier población susceptible intervención social y sanitaria	- cualquier población susceptible intervención social y sanitaria	- cualquier población susceptible intervención social y sanitaria

* Información extraída de los cuestionarios semiestructurados; grupos de discusión con los profesionales implicados y documentación interna / gestión de cada modelo. PRODEP: programa de atención a la dependencia; PPAC: programa de prevención y atención a la cronicidad; SEVAD: servicio de valoración a la dependencia; ICS: Institut Català de la Salut; (+) En el modelo colaborativo en Vilanova i la Geltrú hay un centro de atención primaria de salud integrado (C-API) que depende del Ayuntamiento desde 2003.

Tabla 2. Conceptos en torno a lo que implica un trabajo colaborativo extraídos de los discursos de los profesionales participantes*

- **Una relación más cercana y más ágil entre los diferentes servicios y mayor detección de necesidades sociales y sanitarias**
«Yo me imagino que se debe tratar de una relación más cercana y más ágil entre los diferentes servicios que atendemos a la población. Yo lo entiendo, facilitar la comunicación.» [profesional, modelo de Vilanova i la Geltrú]
- **Un intercambio de información más fluido (desde la vertiente social)**
«Nosotros, lo que esperamos de este modelo colaborativo, es poder tener una relación más fluida de intercambio de información, y que luego, desde sanidad, sabed también cuál es nuestro trabajo.» [profesional, modelo de Vilanova i la Geltrú]
- **Un conocimiento de los dos ámbitos (desde la vertiente de salud)**
«Yo, respecto a las expectativas del modelo colaborativo, creo que lo que es muy importante, y ya se ha dicho, es el conocimiento de los dos ámbitos y de los recursos que tiene cada uno. Saberlo también te determina un poco el alcance de la actuación; hasta donde llegas y donde te tienes que quedar.» [profesional, modelo de Vilanova i la Geltrú].»
- **Trato más global al usuario, tener todas las visiones y trabajar de manera conjunta**
«Te da puntos de vista que a veces, desde salud, no ves, y eso es muy importante.» [profesional, modelo del Alt Penedès]
«Se inicia por la eficiencia; los recursos son los que son, pero sumando se puede hacer más que separados, y el paciente tiene necesidades tanto sociales como orgánicas, esto ya ha quedado más que demostrado; a partir de ahí, yo creo que es una manera de tener las cosas mucho más atendidas y mucho más controladas, para que la atención primaria puede ser por ambos lados [...]. Es una manera de ver las necesidades, casi como si lo vieras con unos solos ojos.» [profesional, modelo del Gironès]
- **Tener un plan de trabajo, acuerdo institucional y objetivos comunes**
«Yo pienso que nosotros podemos colaborar, pero no hacemos una atención integrada; colaboramos, nos pasamos información, pero no hay un objetivo en común. En cambio, la atención integrada significa que hay colaboración, pero que también hay un objetivo común.» [profesional, modelo del Gironès]
«Muchas veces depende de las relaciones entre los profesionales, de las personas de las diferentes organizaciones, de la buena voluntad, e incluso del feeling. Mientras que hablar de un modelo colaborativo ya implica un consenso, un acuerdo institucional; y también es una actitud, colaborar con una meta común; quizás parte además de compartir objetivos estructurales y no únicamente de atención.» [profesional, modelo de Lleida]
- **Las dos partes en igualdad de condiciones (ámbito social y sanitario)**
«Nosotros vemos que, como modelo colaborativo, hay dos sistemas que estarían en la misma situación, en igualdad de condiciones, no sé cómo decirlo, pero que hay dos sistemas cuyo objetivo es colaborar. La diferencia que yo veo es que, cuando estamos hablando de integración, querría decir que un sistema estaría integrado dentro de otro y no sería este caso.» [profesional, modelo de Lleida]
- **Comporta que haya establecidos toda una serie de circuitos diferenciados, etc.**
«Sí, y sobre todo implicará que haya establecidos toda una serie de circuitos diferenciados, etc.» [profesional, modelo de Lleida]
- **Está todo más sistematizado y permite organizarse mejor**
«En el modelo colaborativo, acabarás haciendo coordinaciones también, pero de una manera más sistematizada. Y ahora, seguramente, lo haremos de una manera mucho más formal, no duplicaremos, nos ayudará a organizarnos mejor.» [profesional, modelo de Lleida]
- **Una manera de trabajar que optimiza recursos**
«Y tienen que hacer un plan de acción, para que todos los recursos sean más aprovechables y para que toda la mejora que tenga sea la más grande posible dentro de su situación.» [profesional, modelo colaborativo de Sabadell]
«Y es una manera, participando y compartiendo información, de crear planes y de trabajar para optimizar los recursos, que se pierden muchos.» [profesional, modelo de Sabadell]

* Resultados extraídos de los grupos de discusión con los participantes en los 9 modelos colaborativos de atención social y sanitaria evaluados.

Anexo 1. Profesionales vinculados a los modelos colaborativos participantes en la evaluación externa

Modelo colaborativo de atención social y sanitaria	Profesionales participantes
Alt Penedès	Montse Domènech, Montserrat Gener, José Carlos Molina, Pilar Piñeiro, Mercè Aranda, Sonia Campos, Raquel Escriche, M ^a José García, Victòria Jou, Raquel Llera, Alba Paris, Juan M. Rivera, Encarna Torres, Raquel Manuel y Eva Beltran
Gironès*	Cari Castillo, Izabella Rohlf, Ben Tomas, Àngela Vila, Teresa Vilalta, Anna Agell, Elvira Aguado, Lídia Box, Núria Llinars, Alba Miras, Glòria Reig, Pilar Tarradas, Eulàlia y Jordi Vilanó
La Garrotxa	Roser Coromina, Teia Fàbrega, Carme Sans, Esther Barris, Glòria Bassets, Montse Coll, Margarita Coma, Elena Güell, Anna Maria Pijuan, Josep Torrell y Salvador Vilar
Lleida ciutat	Montse Farran, Ramon Piñol, Estefania Reves, Lurdes Zanoy, Ana Becana, Divina Farré, Marta Messeguer, Mar Peña, Estela Peralta, Alba Pirla, Marisa Regany, Sara Sabes, Olga Teixidó y Rosa Vilanova
Mataró	Marga Garcia, Maria Gil, Cristina López, Asun Muñoz, Emili Burdoy, Nuria Fàbregues, Victòria Mir, Noemí Pou, Maria Antònia Rocabayena, Vanessa y Laura Seijo
Reus	Àngels Granados, Teresa Rabadà, Jesús San Miguel, Cori Vall, Carolina Bautista, Montse Busquets, Lídia Martínez, Patricia Ricard, Esperança Vallejo, Tània Cuadrado y Lupe Roa
Sabadell	Núria Albi, Soledad Casas, Inés Escribano, Regina Liñán, Mari Carmen Aragón, Carme Cecilla, Cristina Cobo, Montserrat Curtiellas, Vanessa Martínez, Lídia Palau y Anna Sánchez
Tona-Mancomunitat de la Plana	Ester Sarquella (**), Rosa Planesas, Marta Palou, Mònica Arjona, Cati Blázquez, Eva Capdevila, Míriam Clopés, Cristina Rufián, Marta Segalés, Josep M. Villegas y Núria Viñas
Vilanova i la Geltrú	Rian Anguix, Alícia Bartrina, Rosa Carrasco, Rosa Franc, Miquel Perona, Lourdes Roca, Arantza Rodríguez, Marta Rovira, Sílvia Álvarez, Antonia Avete, Carme Casamajor, Montse Diasante, Mireia Farré, Lara Fernández, Montserrat Martínez, David Mona, Mar Muñoz, Núria Puntí, Mercè Sallent, Isabel Ràfols, Eva Rupi, Roser Sangrar, Xus y Mònica Serra

* Se incorporaron como colíderes del ámbito sanitario (Institut Català de la Salut de Girona) Montse Canet, Sara Rodríguez y Esteve Avellana; (***) Actualmente Ester Sarquella es miembro del comité operativo del Plan Interdepartamental de Interacción entre los servicios sociales y sanitarios. Aida Guillaument se incorporó como colíder del ámbito social (Serveis Socials de la Mancomunitat de la Plana)

Bibliografía

- CALDERÓN GÓMEZ, C. “Evaluación de la calidad de la investigación cualitativa en salud: criterios, proceso y escritura”, en *Forum: Qualitative Social Research*, 10 (2) (2009), art. 17.
- DICKINSON, H.; Glasby, J.; NICHOLDS, A.; Jeffares, S.; ROBINSON, S. y SULLIVAN, H. *Joint commissioning in health and social care: an exploration of definitions, processes, services and outcomes*. Southampton: National Institute for Health Research Service Delivery and Organisation Programme. National Institute for Health Research, 2013.
- European Science Foundation. Standing Committee for the Social Sciences (SCSS). *Developing a new understanding of enabling health and wellbeing in Europe. Harmonising health and social care delivery and informatics support to ensure holistic care*. 2014.
- Ministerio de Sanidad y Consumo. Informe anual del Sistema Nacional de Salud. *Aspectos básicos de gestión de la calidad en el ámbito sanitario capítulo 2*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 2007.
- MUIR GRAY, J. A. *Atención sanitaria basada en la evidencia. Cómo tomar decisiones en gestión y política sanitaria*. Madrid: Churchill Livingstone, 1997.
- GRÖNE, O. y GARCÍA-BARBERO, M. *Trends in Integrated Care. Reflections on Conceptual Issues*. Copenhagen: World Health Organization, 2002.
- HUDSON, B. “Ten years of jointly commissioning health and social care in England”, en *International Journal of Integrated Care*, 11 (2014). URN:NBN: NL:UI:10-1-101296/ijic2011-5 – <http://www.ijic.org>
- Institut U. Avedis Donabedian. *Disseny del model d'organització i atenció a les persones en situació de dependència a la comunitat*. Barcelona, 2008.
- NUÑO-SOLINÍS, R.; FERNÁNDEZ-CANO, P.; MIRA, J. J.; TORO-POLANCO, N.; CONTEL, J.C.; GUILABERT-MORA, M. y SOLAS, O. “Desarrollo de IEMAC, un Instrumento para la Evaluación de Modelos de Atención ante la Cronicidad”, en *Gac. Sanit*, nº 27 (2013). Pág. 128-134.
- SERRA-SUTTON, V.; MONTANÉ, C.; PONS, J. M. V. y ESPALLARGUES, M. *Avaluació externa de 9 models col·laboratius d'atenció social i sanitària a Catalunya. Informe tècnic i annexos*. Barcelona: Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya, 2015.
- VARGAS, I. y VÁZQUEZ, M. L. “Barreras y facilitadores de la coordinación asistencial en dos organizaciones sanitarias integradas en Cataluña”, en *Gac. Sanit*, nº 21 (2007). Pág. 114-123.