

ME New Medical Economics

Aula de Innovación en Política Sanitaria Instituto Universitario de Pacientes

6 12 19 25 32 38

Plan Funcional de la extensión al área de referencia del ICO Badalona.

Plan Estratégico de Voluntariado para personas mayores.

Programa Estratégico Funcional del Servicio de Infraestructuras en un Hospital Comarcal.

Plan de Atención Integral en el Tratamiento de la Fractura Proximal de Fémur en el Anciano.

Transformación del Modelo de Atención de Qida: Impacto en los Resultados.

Centros Residenciales. Análisis de Modelos de Atención.

UIC
barcelona

Instituto Universitario
de Pacientes



En colaboración con Janssen España

COMITÉ EDITORIAL

EDITOR

Boi Ruiz García
boi.ruiz@uic.es

DIRECTOR

José María Martínez García
jmmartinezgar@gmail.com

COORDINADOR GENERAL

Rafael Lledó Rodríguez
rlledo@fphag.org

EDITA

Health Economics, S.L.
C/ Velázquez 157 - 28002 Madrid
ISSN: 2792-4033

LLORENÇ SOTORRES BARTOLÍ

llsotorres@fundacio-puigvert.es

JOAN MARÍA FERRER TARRÉS

jm.ferrer@fsm.cat

XAVIER MATE GARCÍA

xavier.mate@quironsalud.es

JOAN BOSCH SABATER

jboschs@uic.es

CANDELA CALLE RODRÍGUEZ

ccalle@iconcologia.net

ISABEL AMO MORA

iamo@uic.es

A close-up photograph of a hand holding a gold-colored pen, poised to write on a document. The background is softly blurred, showing a desk and a window with natural light. A white rectangular box is overlaid on the center of the image, containing the word 'EDITORIAL' in a bold, black, sans-serif font.

EDITORIAL

La incorporación de las necesidades del paciente como persona están cada vez más presentes en las políticas y en el desarrollo de estas en todos los niveles del Sistema Nacional de Salud. Aun teniendo por ahora un carácter muy propositivo son muchas las experiencias concretas aplicadas.

Los artículos que este número publica no escapan de esa mirada hacia el paciente como persona.

A los retos constantes de una mejor y mayor resolución en la cura de las enfermedades se añaden los retos derivados del cuidar de la enfermedad que aquejará a las personas a lo largo de su vida mientras esta no tenga curación. Cuando los avances científicos trasladados a la práctica clínica van alcanzando objetivos de contención del progreso de la enfermedad y de mejora en la esperanza de vida, se hace necesario un patrón asistencial que incorpore todas las dimensiones de la persona en la gestión de una enfermedad con la que va a convivir siempre.

La evidencia disponible nos permite afirmar también que la participación en la gestión del paciente en su propia enfermedad redundará en unos mejores resultados en la contención del progreso de esta y en su calidad de vida.

La crisis sanitaria ha reforzado muchos de los argumentos que sustentan del que hemos llamado Modelo Afectivo Efectivo. Podemos citar algunos a título de ejemplo.

El empoderamiento de los pacientes en relación con la COVID-19 ha evidenciado la necesidad de disponer de herramientas y fuentes de información de calidad, así como de formar a los afectados y a sus allegados en autocuidado y control de su enfermedad en el entorno de su domicilio.

Trabajar la atención personal y la dignidad de las personas en un contexto de obligado aislamiento, optimizando y adecuando espacios e infraestructuras es otro de los aspectos en que también la crisis sanitaria ayuda a poner de manifiesto.

El cultivar y movilizar el orgullo y motivación de los profesionales sanitarios ha sido también uno de los retos puestos de manifiesto y que el Modelo de Atención Afectiva Efectiva recoge, así como el de reforzar su resiliencia.

Ir recogiendo trabajos en los que se puedan identificar aspectos relacionados con las dimensiones de ese Modelo Afectivo Efectivo marca la línea editorial de estos Anales del Aula de Innovación del Instituto Universitario de Pacientes de UIC Barcelona.



A close-up photograph of a hand holding a black pen, poised to write on a document. The document is slightly out of focus, but the words 'BUSINESS CONTACT INFORMATION' are visible. A white rectangular box is superimposed over the center of the image, containing the text 'ARTÍCULOS ORIGINALES' in a bold, black, sans-serif font.

ARTÍCULOS ORIGINALES

Plan Funcional de la extensión al área de referencia del ICO Badalona de la Unidad de Atención Continuada Oncológica (UACO)



Vanesa Quiroga García

Vanesa Quiroga García, MD. PhD. Jefe Clínico Servicio de Oncología Médica. Institut Català d'Oncologia (ICO-Badalona)
vquiroga@iconcologia.net

ABSTRACT

Cancer is one of the main causes of morbidity and the second cause of mortality worldwide, with the forecast for the coming years of an increase in incidence and prevalence.

Given the great demand being judged, and within the framework of PLANUC (Pla Nacional d'Urgències de Catalunya), alternative devices to conventional emergencies are being developed in order to respond to urgent care needs.

In the ICO-Badalona, the Oncology Continuing Care Unit (UACO) was created in 2017 with the aim of offering patients a more efficient face-to-face specialized oncology ongoing care. The start-up was divided into IV phases. The objective of this work is to develop the functional plan for phase IV, the purpose of which is to be able to extend the UACO service to the rest of the centers in our area of influence (Barcelonés Nord y Maresme).

The creation of the UACO has meant a significant improvement in the care provided to cancer patients. The start-up of phase IV is conditional on the provision of adequate financial resources and the collaboration and alignment of the different institutions and professionals involved.

KEYWORDS

Cancer, PLANUC, UACO (Oncology Continuous Care Unit)

RESUMEN

El cáncer es una de las principales causas de morbilidad y la segunda causa de mortalidad a nivel mundial, siendo la previsión para los próximos años de un incremento en la incidencia y la prevalencia.

Ante la gran demanda que se prevé y en el marco del PLANUC (Pla Nacional d'Urgències de Catalunya), se están desarrollando dispositivos alternativos a las urgencias convencionales, para poder dar respuesta a las necesidades de atención urgente.

En el ICO-Badalona se creó en 2017 la Unidad de Atención Continuada Oncológica (UACO) con el objetivo de ofrecer a los pacientes una atención continuada oncológica especializada presencial y más eficiente. La puesta en marcha se dividió en IV fases. El objetivo de este trabajo es desarrollar el plan funcional de la fase IV, cuya finalidad es poder ampliar el servicio de la UACO al resto de centros de nuestra área de influencia (Barcelonés Nord y Maresme).

La creación de la UACO ha supuesto una mejora significativa en la atención prestada al paciente oncológico. La puesta en marcha de la fase IV está condicionada a la dotación de recursos económicos adecuada y a la colaboración y alineación por parte de las diferentes instituciones y profesionales implicados.

PALABRAS CLAVE

Cáncer, PLANUC, UACO (Unidad de Atención Continuada Oncológica)

INTRODUCCIÓN

El cáncer actualmente supone una de las principales causas de morbilidad y la segunda causa de mortalidad a nivel mundial¹. Según datos del GLOBOCAN, en el año 2012 se registraron alrededor de 14 millones de nuevos casos, y se prevé un incremento del número de casos de aproximadamente un 70% en los próximos 20 años.

En Cataluña, teniendo en cuenta las previsiones demográficas del "Institut d'Estadística de Catalunya"² se han estimado los datos de incidencia del cáncer con un incremento total del 22,5% en mujeres y del 24,5% en hombres para los próximos años.

La incidencia se ha visto incrementada y la tendencia es que continúe incrementando. Asimismo, gracias al diagnóstico precoz y al desarrollo de nuevos fármacos, la supervivencia de los pacientes con cáncer ha incrementado de forma progresiva. Todo esto junto con el incremento de la esperanza de vida de la población, hace que la prevalencia del cáncer sea cada vez mayor, llegando a superar en los próximos años a las enfermedades cardiovasculares. De ahí la importancia de tener previsto el desarrollo de estructuras y profesionales que puedan hacer frente a esta gran demanda.

Existe una necesidad tanto por parte de los profesionales como de los pacientes, de una atención cada vez más especializada no solo en las consultas externas y en la hospitalización sino en las áreas de urgencias y hospitales de día, puesto que la complejidad de los pacientes oncológicos cada vez es mayor. Esta complejidad viene determinada por el proceso oncológico en sí, por los tratamientos recibidos, por los efectos secundarios de los mismos y por la mayor esperanza de vida de los pacientes, que hace que convivan con otras comorbilidades. Resaltar en esta línea el concepto de "cronificación del cáncer", en el que la supervivencia de los pacientes oncológicos cada vez es mayor, gracias al desarrollo de nuevos tratamientos (fármacos diana, inmunoterapia, etc.) que han conseguido, en parte, "cronificar" la enfermedad. Muchos de estos pacientes requieren una atención y apoyo continuo, puesto que presentan discapacidades a largo plazo y han de vivir con una condición crónica y compleja³.

Paralelamente, la participación en ensayos clínicos y la amplia inclusión de pacientes en los mismos, hace que la complejidad y los requisitos necesarios para la correcta atención de los pacientes sean mayores. En el ICO-Badalona ha habido un incremento de un 25% en la inclusión de pacientes en ensayos clínicos en los últimos años.

Ante la gran demanda que se prevé, y en el marco del PLANUC⁴, se están desarrollando dispositivos alternativos a las urgencias convencionales, para poder dar respuesta a las necesidades de atención urgente en distintos ámbitos. Se detalla la necesidad de que los dispositivos de urgencias se han de adaptar para poder dar respuesta a las necesidades de grupos determinados de población que requieren un abordaje específico, como son los enfermos oncológicos.

El PLANUC tiene como misión principal asegurar que toda persona reciba una atención continuada y urgente equitativa y de calidad, y que se adapte a las necesidades de salud de las personas a través de una red de atención integrada, accesible y resolutive, liderada por profesionales que sitúen al ciudadano en el centro del sistema.

En nuestro trabajo, basado en los principios de la importancia de la atención especializada del paciente oncológico y de la necesidad del desarrollo de dispositivos alternativos a las urgencias convencionales, desarrollaremos un plan estratégico: "Plan Funcional de la extensión al área de referencia del ICO Badalona de la Unidad de Atención Continuada Oncológica (UACO)".

CONTENIDO

1. ANTECEDENTES Y JUSTIFICACIÓN

De forma global, en Cataluña, se ha producido un incremento del 7% en la supervivencia de los pacientes oncológicos en los últimos 10 años.

Durante el año 2016, en nuestro centro (Institut Català d'Oncologia de Badalona (en adelante ICO-Badalona) las sesiones de tratamiento realizadas incrementaron un 7,4%⁶ que paralelamente han repercutido en un incremento de la necesidad de atención urgente relacionada con los tratamientos administrados y las características de estos. Analizando la tendencia de los últimos 4 años (del 2013 al 2017), se ha observado un incremento de un 5% en el número de primeras visitas realizadas, un 20% de incremento en el número de pacientes visitados en curso de tratamiento (quimioterapia, hormonoterapia, terapia biológica, etc.) y en un 23% en el número de tratamientos endovenosos administrados en Hospital de día⁶. La previsión es que este incremento se mantenga en los próximos años.

Actualmente no se garantiza la cobertura de toda la demanda de atención urgente en nuestro Centro, siendo necesaria la valoración de los pacientes por el Servicio de Urgencias del Hospital (Hospital Germans Trias i Pujol), con una deficiencia en la especificidad en la atención de estas.

En el marco del PLANUC⁴, la Dirección General del ICO impulsó la creación de una Unidad de Atención Continuada Oncológica (UACO) en el ICO Badalona, para poder garantizar una atención continuada especializada y de alta calidad para el paciente onco-hematológico, con un proceso de atención eficiente y de máxima seguridad.

Para llevar a cabo la implementación de la UACO, se han establecido unas fases de desarrollo, en función de la procedencia de los pacientes, el horario de atención de los mismos y un modelo de atención del paciente. A continuación, y con el objetivo de poder comprender la elaboración de este proyecto, se describen el modelo de atención de la UACO y las fases de desarrollo.

1.1. Modelo de atención de la UACO

La UACO pretende dar respuesta a la necesidad de atención continuada urgente del paciente atendido en el ICO-Badalona y a los pacientes atendidos en los diversos centros del área de influencia.

Hasta la creación de la UACO, era competencia exclusiva del Servicio de Urgencias del Hospital Germans Trias i Pujol dar respuesta a la atención urgente y emergente de estos pacientes. La descripción del perfil de pacientes que se atienden en la UACO, así como el flujo de derivación y la descripción de la actuación de la enfermera y médico se detallan en el Trabajo de Fin de Máster.

Respecto a la cartera de servicios prestada en la UACO, está basada en la atención de situaciones clínicas relacionadas con la enfermedad oncológica y las toxicidades al tratamiento antitumoral.

1.2. Fases de implantación de la UACO

Para el desarrollo y la implantación de la UACO, se han contemplado 4 etapas o fases separadas en el tiempo, con previsión de realizarse de forma progresiva. Se diferencian entre sí por: a) la vía de procedencia del paciente y b) por el horario de atención de los mismos. En función de estas dos características se ha realizado un plan operativo y un análisis de las necesidades para dar cobertura a la demanda de los pacientes estimados.

La Fase I (Fase Piloto) se puso en marcha en noviembre de 2017 y se desarrolló teniendo en cuenta que se atendería a los pacientes procedentes de: a) las consultas externas de oncología médica y hematología, b) del Hospital de día Onco-Hematológico y c) del ICO 24h (el ICO 24 horas es un programa de soporte telefónico realizado por profesionales sanitarios, que se le ofrece a todos los paciente del ICO para resolver dudas y realizar consejos de salud relacionados con su proceso onco-hematológico y las complicaciones posibles derivadas del tratamiento o la enfermedad).

En la Fase II se prevé que la atención de los pacientes sea de aquellos incluidos en la Fase I, además de los pacientes procedentes de urgencias del Centro.

En la Fase III se contempla la atención de los pacientes descritos en las fases anteriores, pero con ampliación del horario de atención a fines de semana y festivos.

Finalmente, en la Fase IV, objetivo de este trabajo, se pretende ampliar la atención de los pacientes, incluyendo todas las situaciones descritas en las fases anteriores y con ampliación de la procedencia de los mismos a pacientes derivados de hospitales y CUAPs del territorio de referencia del ICO-Badalona; como son el Hospital Municipal de Badalona (HMB), el Hospital del Espíritu Santo (HES) y el Hospital de Mataró (HMAT).

2. OBJETIVOS

Los objetivos de la UACO son los siguientes:

1. En primer lugar y objetivo de la UACO en todas sus fases: ofrecer a los pacientes atendidos en el ICO Badalona una atención continuada oncológica presencial y especializada, de manera eficiente.
2. En segundo lugar y específico de la Fase IV (objeto de este trabajo): ser el centro de referencia del Barcelonés Nord i Maresme, en cuanto a la atención continuada de los pacientes oncológicos.

El objetivo principal de este trabajo es desarrollar el plan funcional de la Fase IV de la Unidad de Atención Continuada Oncológica (UACO).

3. METODOLOGÍA Y DISEÑO DEL PROYECTO

Para poder llevar a cabo el proyecto de la UACO desde su inicio, se formó un grupo de trabajo multidisciplinar.

Se realizó un análisis de la situación actual en ese momento, en referencia a la atención urgente de los pacientes onco-hematológicos, las necesidades no cubiertas y se desarrolló el plan funcional de las fases iniciales. Así como su implantación y seguimiento.

3.1. Diagnóstico y factibilidad

La factibilidad del desarrollo definitivo y la implantación de esta IV Fase vendrá marcado básicamente por la obtención de los recursos económicos necesarios para ello. Así mismo será imprescindible, previo al desarrollo de la misma, establecer alianzas entre los diferentes centros para poder definir los circuitos necesarios; así como mejorar los sistemas de información, con la finalidad de compartir los datos de forma rápida y segura.

3.2. Estudio y evaluación del entorno

El ICO-Badalona presta cobertura oncológica a la población del área de influencia del Barcelonés Nord

y Maresme. Cabe destacar que, en esta área, se ha producido un fuerte incremento de la población en los últimos 10 años (25% de incremento: la población en 2006 era de 664.607 habitantes y en 2016⁸ de 830.962).

Conociendo el número de primeras visitas realizadas en estos centros del área de influencia y extrapolando a las necesidades observadas en nuestro centro, la actividad esperada en la Fase IV sería de unas 1100-1400 (35-45 visitas diarias).

3.3. Definición de objetivos

Este plan funcional consiste en hacer extensiva la atención prestada en la UACO (actualmente exclusiva a pacientes tratados en el ICO-Badalona) a los diversos centros del área de referencia del ICO-Badalona, como son el Hospital del Espíritu Santo (HES), el Hospital Municipal de Badalona (HMB) y el Hospital de Mataró (HMT).

3.4. Líneas estratégicas

Las líneas estratégicas definidas son las siguientes:

LE	Descripción
LE1	Ofrecer una atención continuada de excelencia al paciente oncológico.
LE2	Potenciar la UACO como alternativa a las urgencias convencionales.
LE3	Implantar un modelo territorial de atención continuada en red entre los diferentes centros implicados.

Tabla 1. Líneas estratégicas.

A continuación, se describen las líneas estratégicas (LE), junto con los objetivos (O) y las acciones propuestas (A) para llevarlas a cabo:

Línea estratégica 1 (LE1): Ofrecer una atención continuada de excelencia al paciente oncológico	
LE101	Disponer de profesionales competentes y especializados en la atención de las necesidades de atención al paciente oncológico.
	LE101A1 Asistir a congresos nacionales de oncología, y hacer seguimiento de las actualizaciones diagnóstico-terapéuticas de la sociedad española de Oncología médica (SEOM).
	LE101A2 Participación activa en las sesiones de los diferentes servicios implicados.
	LE101A3 Mejorar las habilidades en la realización de las maniobras diagnóstico-terapéuticas.
LE102	Disponer de guías de actuación terapéutica homogéneas y actualizadas en las situaciones más prevalentes en UCIAAS oncológicas.
	LE102A1 Elaborar las guías internas de actuación en la UACO (en relación al manejo de la disnea, de la fiebre, y del control del dolor).
	LE102A2 Revisión periódica de las guías, actualización de las mismas y creación de nuevas en caso de que sea necesario.
	LE102A3 Realización de dos sesiones anuales, para explicar las guías y los procedimientos al resto de profesionales.
LE103	Disponer de un sistema de calidad para la monitorización de los resultados de la UACO.
	LE103A1 Realización de encuestas de satisfacción a los profesionales y a los pacientes atendidos.
	LE103A2 Introducir en el cuadro de control integral los indicadores definidos, para su análisis periódico.

Tabla 2. Líneas estratégicas, objetivos y acciones propuestas.

Línea estratégica 2 (LE2): Potenciar la UACO como alternativa a las urgencias convencionales		
LE201	Disminuir el número de pacientes que acuden a las UCIAS convencionales.	
	LE201A1	Elaborar un programa de comunicación/ difusión de la UACO y cartera de servicios.
	LE201A2	Realizar sesiones específicas en los diferentes servicios implicados explicando el modelo y los circuitos.
LE202	Disminuir el número de pacientes frequentadores del servicio de UCIAS.	
	LE202A1	Detección del paciente reingresado (seguimiento estrecho mediante visitas periódicas físicas y /o telemáticas).
	LE202A2	Monitorización y seguimiento del paciente complejo y frágil previo a la descompensación.
	LE102A3	Activación de dispositivos complementarios a la UACO para el seguimiento de pacientes seleccionados: Centros de Atención Primaria (CAPs), Centros sociosanitarios (CSS) y Programa de Atención Domiciliaria y Equipos de Soporte (PADES).

Tabla 3. Líneas estratégicas, objetivos y acciones propuestas.

Línea estratégica 3 (LE3): Implantar un modelo territorial de atención continuada en red entre los diferentes centros implicados		
LE301	Asegurar una correcta alineación entre todos los <i>stakeholders</i> implicados en el modelo.	
	LE301A1	Reunión con el Catsalut con el objetivo de presentar el proyecto y valorar su financiación.
	LE301A2	Implicación de la dirección de cada centro.
	LE302A3	Reuniones iniciales con la dirección y mandos intermedios para presentar el modelo territorial de la UACO.
	LE302A4	Difusión del modelo en cada centro y a todas las profesiones implicadas.
LE302	Disponer de profesionales referentes en cada centro.	
	LE302A1	Asignar un referente de cada centro.
	LE302A2	Monitorización de los indicadores de seguimiento de UACO con los profesionales referentes de cada centro.
	LE302A3	Difundir la información a nivel de cada institución mediante una sesión semestral.
LE303	Disponer de circuitos de derivación de los pacientes bien establecidos.	
	LE303A1	Revisión, evaluación y actualización de los circuitos actuales internos.
	LE303A2	Definir los nuevos circuitos de derivación de los pacientes desde los otros centros (HES, HMB, HMT).
	LE303A3	Difundir los nuevos circuitos a todos los profesionales implicados y a los pacientes.
LE304	Compatibilizar los sistemas de información de los centros implicados.	
	LE104A1	Conseguir la visualización y el acceso a la información clínica relevante entre centros.
	LE104A2	Disponer del acceso compartido del sistema de gestión de pacientes en cada centro.

Tabla 4. Líneas estratégicas, objetivos y acciones propuestas.

RESULTADOS

1. INDICADORES

Se han establecido indicadores para cada una de las acciones propuestas en cada objetivo, detalladas en el Trabajo de Fin de Máster.

A parte de los indicadores relacionados directamente con las líneas y objetivos estratégicos, también se requiere disponer de más información adicional relacionada con el paciente, con el fin de optimizar y mejorar los recursos.

2. IMPLEMENTACIÓN DEL PROYECTO

2.1. Desarrollo de las líneas estratégicas y de los objetivos

De cara a poder implementar las tres líneas estratégicas, se han definido objetivos y acciones que habrá que llevar a cabo.

2.2. Organización del sistema de trabajo

Procedencia de los pacientes

La procedencia de los pacientes en la Fase IV sería:

- Área ambulatoria del ICO Badalona.
- Derivación de pacientes desde el ICO 24 horas.
- Petición de los propios pacientes, previo contacto telefónico.
- Área de urgencias del HUGTiP.
- Pacientes atendidos en el HMB, HES y HMT, que cumplen con los criterios descritos en el protocolo, en relación con la UACO.
- CUAPS del área de referencia.

Financiación

La financiación para poder llevar a cabo el Fase IV de la UACO depende de la compra de servicios por parte del Catsalut. El mínimo imprescindible para poder iniciar la actividad sería disponer de los recursos económicos para cubrir los gastos asociados a los RRHH.

Plazos y fechas de implantación

Los plazos establecidos para la implantación de la Fase IV dependerán básicamente de tres escenarios:

1. El primero es disponer de una experiencia mínima de un año de evolución de la Fase III desde su implantación. Se debe de haber garantizado un correcto funcionamiento de la misma, en lo que hace referencia a circuitos.

2. En segundo lugar, se deberá disponer de los protocolos de relación entre los proveedores oncológicos del territorio de referencia del ICO Badalona (HES, HMT y HMB) y la UACO. El plazo para obtenerlo no debería ser superior a un año.

3. Y en tercer lugar disponer de las herramientas informáticas necesarias para poder trabajar en red de forma conjunta. Esta herramienta deberá de ser compartida entre todos los centros implicados, para disponer de toda la información necesaria del paciente que vaya a ser atendido, para garantizar una atención de calidad. La obtención de la información compartida debería disponerse en el plazo de un año.

CONCLUSIONES

La puesta en marcha de la UACO en el ICO Badalona ha supuesto una mejoría significativa en la atención continuada prestada al paciente oncológico, ofreciéndole una atención especializada y continua -que previamente no existía- con el modelo de atención del paciente únicamente mediante el Servicio de Urgencias. Este modelo agiliza el diagnóstico del paciente por haber solo un interlocutor y disminuye la realización de exploraciones complementarias innecesarias que, en ocasiones, por la falta de especialización hace que se realicen en servicios generales.

Esta mejora no solo ha afectado a los pacientes, sino también a los profesionales (oncólogos, hematólogos y paliativistas), puesto que previo a la UACO un porcentaje de estos pacientes eran atendidos en las consultas externas y se programaban de forma espontánea, con lo que esto suponía para la gran carga asistencial de las consultas. Asimismo, se ha depositado una confianza en el médico que atiende en la UACO, que facilita la relación entre los profesionales, siendo el contacto bidireccional, directo y fluido, resolviendo dudas de forma recíproca.

La UACO se inauguró en noviembre del 2017, con la puesta en marcha de la Fase I. Las fases posteriores se implantarán cuando se disponga de los recursos necesarios y la suficiente experiencia en las fases previas. Durante el 2020 y debido a la pandemia por SARS-CoV-2 no se realizó ningún avance al respecto: en primer lugar, porque todos los pacientes que acudían por fiebre o disnea se derivaban al servicio de urgencias para evitar que pacientes con sospecha de infección por SARS-CoV-2 estuvieran en el área de consultas onco-hematológicas; y, en segundo lugar, por la redistribución de los recursos a áreas con más necesidades.

En lo que refiere a este proyecto, que se centra en la Fase IV, cabe destacar que el desarrollo de la Fase IV de la UACO permitirá cumplir con los objetivos del PLANUC en lo referente al desarrollo de dispositivos de atención ambulatoria (hospitales de día) alternativos a las urgencias convencionales; no solo en nues-

tro centro, sino en los centros del área de influencia del ICO Badalona (HES, HMT y HMB).

Este modelo de atención al paciente no solo evita o disminuye el número de ingresos hospitalarios, sino que aporta una mayor calidad asistencial. Asegurando un seguimiento y tratamiento especializado del paciente oncológico, cada vez más complejo y crónico, y a la vez asegura equidad en la atención de todos los pacientes de la zona.

Las limitaciones principales para desarrollar este proyecto son:

- La obtención de recursos necesarios tanto de personal como de disposición de espacios.
- Se debe tener en cuenta que el cálculo estimado de estas necesidades se ha realizado en un marco teórico y en un momento determinado por lo que, previo a la puesta en marcha de las siguientes fases, se deberá volver a analizar la demanda y el volumen poblacional atendido.

Los diferentes sistemas de información que se utilizan en cada centro.

- La previsión de la gestión del cambio en lo que refiere a la atención de estos pacientes en todos los centros implicados.

Por tanto, es imprescindible la colaboración y alineación por parte de las diferentes instituciones implicadas (HES, HMB y HMT), a menudo con objetivos e intereses que no necesariamente coinciden con los propios del ICO-Badalona. Y, al igual que las instituciones, todos los profesionales implicados deben aceptar y promover el cambio en el modelo de atención continuada del paciente oncológico.

BIBLIOGRAFÍA

1. Ferlay J, Soerjomataram I, Ervik M, Dikshit R, Eser S, Mathers C et al. GLOBOCAN 2012 v1.0, Cancer Incidence and Mortality Worldwide: IARC CancerBase No. 11 Lyon, France: Centro Internacional de Investigaciones sobre el Cáncer; 2013.
2. Ribes J, Esteban L, Cleries R, Galceran J, Marcos-Gragera R, Gispert R, et al. Cancer incidence and mortality projections up to 2020 in Catalonia by means of Bayesian models. *Clinical & translational oncology: official publication of the Federation of Spanish Oncology Societies and of the National Cancer Institute of Mexico*. 2014;16(8):714-24.
3. Phillips JL, Currow DC. Cancer as a chronic disease. *Collegian*. 2010;17: 47-50.
4. http://catsalut.gencat.cat/ca/detalls/noticies/2017-04-13_presentacio_del_Pla_nacional_durgencies_de_Catalunya_PLANUC
5. Cleries R, Esteban L, Borrás J, Marcos-Gragera R, Freitas A, Carulla M, et al. Time trends of cancer incidence and mortality in Catalonia during 1993-2007. *Clinical & translational oncology: official publication of the Federation of Spanish Oncology Societies and of the National Cancer Institute of Mexico*. 2014;16(1):18-28.
6. Cuadro de Mando Integral del ICO (Quadre de comandament).
7. <https://www.idescat.cat>.
8. Generalitat de Catalunya. Planificació i avaluació Mapa sanitari, sociosanitari i de salut pública. <http://salutweb.gencat.cat/>.



Plan Estratégico de Voluntariado para personas mayores que se encuentran en situación de soledad



Marta Hernández Buxeres

Fundació d'Atenció a la Dependència-Sant Joan de Déu (FAD-SJD)

mhbuxeres@yahoo.es

Linkedin



Joan Maria Ferrer Tarrés

Director de Qualitat, Docència i Recerca

Fundació Sanitària Mollet

jm.ferrer@fsm.cat

Linkedin

ABSTRACT

This article aims to present the Volunteering Strategic Plan for elderly people experiencing loneliness. The initiative was selflessly carried out in support of the Fundació d'Atenció a la Dependència-Sant Joan de Déu (FAD-SJD). The Strategic Plan was the result of the final master's project required for the completion of the Master's Degree in Health Management at the Universitat Internacional de Catalunya (UIC, Barcelona).

The Strategic Plan aims to provide a guide for action, through volunteering, in response to the growing aging of the population and the new care needs that arise around it.

Loneliness is identified as an emergent social problem that impacts people's health and quality of life and constitutes the backbone of the Strategic Plan as well as its approach through volunteering within the FAD-SJD.

Objectives in the Strategic Plan are rooted in four pillars: the design and development of an study platform, analysis and sensibilization of the unwanted loneliness, the deployment of the Volunteering Plan, the establishment of an active communication with local key stakeholders, and guaranteeing a financial sustainability.

KEYWORDS

Loneliness, Elderly people, volunteering, Strategic Plan, interventions in loneliness.

RESUMEN

Este artículo pretende presentar el Plan Estratégico de Voluntariado para personas mayores que se encuentran en situación de soledad que se realizó de manera totalmente desinteresada para la Fundació d'Atenció a la Dependència- Sant Joan de Déu (FAD-SJD). Se realiza como Trabajo de Fin de Máster en el Máster Universitario en Gestión Sanitaria de la Universitat Internacional de Catalunya (UIC).

El Plan Estratégico pretende ser una guía de actuación, a través del voluntariado, ante el creciente envejecimiento de la población y las nuevas necesidades de atención que surgen entorno a él.

La soledad se identifica como problema social con impacto en la salud y la calidad de vida de las personas y constituye el eje vertebrador del Plan Estratégico, así como su abordaje a través del voluntariado dentro de la FAD-SJD.

Los pilares sobre los que descansan las líneas y objetivos estratégicos presentes en el Plan son 4: crear y desarrollar una plataforma de estudio, análisis y difusión de la soledad no deseada, desarrollo del Plan de Voluntariado, establecer una comunicación activa con los principales agentes sociales del territorio y garantizar la sostenibilidad financiera de esta iniciativa.

PALABRAS CLAVE

Soledad, personas mayores, voluntariado, plan estratégico, intervenciones en soledad.

INTRODUCCIÓN

El continuo descenso de la natalidad y el progresivo aumento de la esperanza de vida en Europa son factores claves que explican que durante estas últimas décadas estemos viviendo una de las transformaciones sociales más significativas del siglo XXI e incluso de toda la humanidad.

El envejecimiento de la población es una tendencia que viene dándose en Europa desde hace varias décadas. España, como país miembro de la Unión Europea, presenta una evolución similar en cuanto al envejecimiento de su población.

Según los datos estadísticos del Padrón Continuo del Instituto Nacional de Estadística (INE)¹ a 1 de enero de 2018 hay en España 8.908.151 personas mayores de 65 años (19,1% del total de la población) y se espera que hacia 2050 las personas mayores habrán duplicado esas cifras.

En Cataluña actualmente la población mayor de 65 años la constituyen aproximadamente 1.400.000 individuos y supone el 18,95% del total de la población².

Dentro del llamado “envejecimiento de la población mayor” (población que supera los 80 años) en España, los mayores de 80 años han pasado de representar el 0,6% del total de la población de 65 y más años a principios del siglo XX, al 1,2% en el año 1960 y al 6,0% en 2015³.

Ante el evidente envejecimiento de la población surgen nuevas necesidades de atención. Una de ellas es que una buena parte de esta población mayor de 65 años se encuentra en situación de soledad.

Según una encuesta realizada en el Eixample de Barcelona, se calcula que la prevalencia de personas con percepción de soledad es del 35,2% de las cuales el 18,7% presentan sensación de soledad en grado severo y 16,5% en grado moderado⁴.

Y según el informe del IMSERSO (2016)³ se constata que la soledad es el principal temor de carácter no físico (después de la salud) que manifiestan las personas mayores.

El objetivo que se plantea en el presente trabajo es el de proponer un Plan Estratégico de Voluntariado para la Fundació D'Atenció a la Dependència- Sant Joan de Déu (FAD-SJD) mediante el cual se pueda dar respuesta a las necesidades especiales de las personas mayores en situación de soledad presentes en la comunidad a la que atiende y que se detalla a continuación.

CONTENIDO

El Plan Estratégico parte por tanto de un amplio estudio sobre el fenómeno de la soledad, donde se toma como base la definición, ampliamente aceptada y tomada como referencia en numerosos estudios, de Peplau y Perlman: “una experiencia desagradable que ocurre cuando las relaciones sociales que una persona tiene difieren tanto cuantitativa como cualitativamente de las que desearía tener”⁵.

Del estudio de la soledad^{6, 7, 8, 9} se constata, a grandes rasgos, que:

- Es subjetiva.
- La sufren entre el 20-40% de las personas mayores.
- Existen diferentes escalas para su medición: UCLA, De Jong Gierveld, ...
- Es multifactorial: edad, vivir solo, viudedad, género, estado de salud, nivel socioeconómico, ...
- Afecta a la salud y la calidad de vida de las personas.
- Las intervenciones más efectivas son las grupales comunitarias y aquellas donde los participantes toman un papel más activo.

En segundo lugar, se procede a enmarcar el Plan Estratégico dentro de la acción del voluntariado. Se establece, que el propósito de cualquier acción de voluntariado tiene que ir encaminado a¹⁰:

- Alcanzar la finalidad y misión de la organización, guiados por los valores de la misma.
- Satisfacer las expectativas del voluntariado.
- Ser gestionado con eficacia y eficiencia.

Una vez situados dentro del contexto de la soledad no deseada en el colectivo de personas mayores como del voluntariado, se procede a diseñar el Plan Estratégico de Voluntariado para personas mayores en situación de soledad como propuesta para la Fundació d'Atenció a la Dependència- Sant Joan de Déu.

El Plan se propone servir de guía a medio plazo (aproximadamente tres años), después de los cuales sería recomendable su revisión y posible modificación para ir adaptándolo a las necesidades de la Fundación y a la evolución del fenómeno de la soledad. La estrategia de atención y acompañamiento a la problemática de la soledad responde y encaja perfectamente con la Misión, Visión y Valores de la Fundación¹¹.

Para el desarrollo del Plan Estratégico se parte en primer lugar de un análisis de situación, a partir del cual se proponen los ejes, las líneas y los objetivos estratégicos.

DEBILIDADES	AMENAZAS
Falta de estructura organizacional para desarrollar y ejecutar el Plan de Voluntariado.	Dificultad en identificar personas en situación de soledad. La persona que se encuentra en situación de soledad suele esconderlo o no reconocerlo.
Carga de trabajo diaria que deja al Plan de Voluntariado en segundo lugar.	Limitación de recursos en políticas de salud y sociales.
Falta de experiencia en el voluntariado propiamente de la FAD.	Desconocimiento por parte de la sociedad de la problemática y necesidades de las personas mayores.
Presupuesto limitado o inexistente.	Falta de educación/visión en y para la vejez.
	Inestabilidad y descrédito político: políticas cortoplacistas vs. políticas a largo plazo y políticas de consenso.
FORTALEZAS	OPORTUNIDADES
Reconocimiento social de la Orden de San Juan de Dios.	Aumento de la población > 65 años.
La Orden de San Juan de Dios dispone de un modelo de voluntariado de muchos años de experiencia.	Sociedad catalana solidaria, comprometida socialmente, generosa y abierta a programas de voluntariado.
Aparición de sinergias entre los servicios que ya presta la Fundación de ayuda a la dependencia y la soledad.	Nueva visión actual sobre las necesidades que surgen en la vejez que empieza a identificar la soledad como un problema de salud pública.
Modelo de trabajo centrado en la persona.	Transformación digital (TIC) como herramienta para las relaciones humanas.
Conocimiento sobre las personas mayores, sus necesidades y cuidados.	
La FAD dispone de un programa de formación en atención a la dependencia adaptable a la formación del voluntariado.	

Figura 1. Análisis DAFO.

1. DIAGNÓSTICO DE SITUACIÓN. ANÁLISIS DAFO

El diagnóstico de situación enmarca al proyecto y la institución en un contexto de posición estratégica y tiene en cuenta tanto los factores que pueden influirnos desde el exterior (Amenazas y Oportunidades) como desde el interior de la institución (Fortalezas y Debilidades).

El análisis se ha realizado desde una posición de reflexión, donde se han tenido en cuenta a nivel externo los factores tanto políticos, como demográficos, sociales y económicos, así como el análisis y reflexión sobre el fenómeno de la soledad en la sociedad. En cuanto a los factores internos, se ha tenido en cuenta el conocimiento desde la perspectiva que pueda tener un profesional que presta sus servicios en la Fundación.

2. DEFINICIÓN DE LOS EJES, LÍNEAS Y OBJETIVOS ESTRATÉGICOS

En la actualidad la FAD-SJD no posee un Plan de

Voluntariado propio por lo que el Plan Estratégico se centra fundamentalmente en la creación y desarrollo del mismo, así como en direccionar el voluntariado en la atención a la soledad no deseada en las personas mayores.

Por este motivo, se presentan dos ejes vertebradores dentro del Plan Estratégico, que permiten dirigir la estrategia dentro de estos dos marcos conceptuales.

2.1. Ejes estratégicos

Los ejes vertebradores del Plan Estratégico son:

- Posicionar el fenómeno de la soledad como problema social relevante en las personas mayores.
- Diseñar, desarrollar y fortalecer el modelo de voluntariado dentro de la Institución.

2.2. Líneas y objetivos estratégicos. Desarrollo

Las líneas y objetivos estratégicos que desarrollan el Plan Estratégico de la institución son 4:

Línea 1. Crear y desarrollar una plataforma de estudio, análisis y difusión sobre la soledad no deseada

La soledad no deseada se posiciona como problema social que afecta a la salud y la calidad de vida de las personas. La dimensión del fenómeno hace que para su acompañamiento posterior deba detectarse, conocerse, comprenderse y estudiarse en profundidad.

La definición de esta línea estratégica pretende situar a la FAD-SJD como referente dentro de este ámbito de estudio además de acercar y sensibilizar a la sociedad hacia la problemática de la soledad.

Objetivos de la línea 1:

- Identificar a la población en riesgo de soledad no deseada en el territorio. En el estudio sobre la soledad no deseada, se identifica que la soledad suele ser un sentimiento que las personas suelen esconder.

El desarrollo de una plataforma de estudio debe permitir reconocer en primer término a las personas que se encuentran en situación de soledad en el territorio o espacio que la Fundación considere oportuno. Esta identificación nos permitirá posteriormente disponer de una población diana donde responder con la acción del voluntariado.

- Identificar mecanismos de cuantificación, variables e indicadores clave de la soledad. Mediante la cuantificación del fenómeno se pretende determinar de forma objetiva la importancia de la soledad en la sociedad, así como establecer unidades de medida que permitan unificar criterios en el estudio de la misma.
- Potenciar la investigación en el ámbito de la soledad. Realizar, diseñar y desarrollar informes y estudios sobre la soledad, ayudará a: sensibilizar a la sociedad, a tener más conocimiento sobre la soledad para poder intervenir de mejor manera y a darse a conocer la Fundación en el territorio.

Asimismo, la investigación y estudio de la soledad se puede orientar también a las personas que la padecen de manera que podamos aprender desde su experiencia y conocer cuáles son las expectativas o deseos de las personas mayores en la manera de afrontarla.

- Sensibilizar a la sociedad, comunidad y familias sobre la problemática de la soledad en las personas mayores. El desarrollo de este objetivo se alinea perfectamente con la línea estratégica en el sentido de difundir la problemática de la soledad en la sociedad, animando al compromiso con la sensibilización, desde una posición de conocimiento y con el propósito de llegar al mayor número de personas.

Línea 2. Desarrollar un Plan de Voluntariado

La FAD-SJD elige el voluntariado como método de

acompañamiento en la soledad no deseada en personas mayores.

El desarrollo de un Plan de Voluntariado se plantea con el deseo de ayudar a los demás mediante esta vía para que pueda tener una continuidad en el tiempo y un impacto real en la sociedad.

Objetivos de la línea 2:

- Definir y desarrollar un modelo organizativo de voluntariado. La elección de un modelo está relacionada con la definición de un marco referencial claro sobre los servicios de voluntariado que desean ofrecerse: cómo y a quién van dirigidos.
- Definir y desarrollar una estructura organizativa para el voluntariado. La estructura organizativa nos indicará el modo en que se desarrollará el voluntariado. Incluye elecciones como determinar si el trabajo a desarrollar deberá realizarse de manera totalmente voluntaria, si lo realizará el personal remunerado de la institución o se elegirá una combinación de ambos. Se recomienda desarrollar una estructura organizativa conocida por todos, donde no haya dudas sobre las funciones que desarrolla cada uno y el papel que cada persona desempeña.
- Elaborar un modelo de gestión del voluntariado. Antes de incorporar voluntarios para esta iniciativa, deberá establecerse el modelo de gestión; es decir, los mecanismos de captación-incorporación, desarrollo, reconocimiento, formación e, incluso, desvinculación. Se trata de un aspecto esencial para que los voluntarios puedan alinear sus expectativas a la Misión y Valores de la organización.
- Definir indicadores de medición y evolución del voluntariado en la organización. La orientación a resultados debe presidir a toda institución y ello también aplica a aquellas sin ánimo de lucro y que desean realizar una actividad no lucrativa.

El hecho de medir resultados guiará a la institución dentro del contexto de la eficiencia y le permitirá continuar con su actividad a largo plazo.

Línea 3. Establecer una comunicación activa o coordinación con los principales agentes sociales del territorio que tienen relación tanto con las personas mayores como con la soledad no deseada

El fenómeno de la soledad no deseada y su abordaje incluye al individuo, a la familia, a la comunidad, a la sociedad y a las instituciones públicas y sociales. En este contexto de visión global, se propone una línea estratégica que sitúe el problema de la soledad dentro de un contexto de colaboración con otros agentes sociales en la búsqueda de

sinergias y coordinación mutua. Los tres objetivos siguientes se presentan como una manera de ampliar y abrir el conocimiento y acompañamiento de la soledad dentro de este contexto.

Objetivos de la línea 3:

- Identificar asociaciones, entidades y centros de reunión social que puedan tener relación con personas mayores.
- Promover actividades formativas para dar a conocer el problema de la soledad y el voluntariado de la FAD-SJD.
- Valorar la posibilidad de alianzas territoriales con los agentes sociales.

Línea 4. Garantizar la sostenibilidad financiera del Plan Estratégico

Al realizar el diagnóstico de la situación dentro de este Plan Estratégico se constata que una de las debilidades que podrían afectar a la estrategia es un presupuesto limitado o inexistente. Encontrar fórmulas para hacer sostenible el Plan Estratégico y, por tanto, el voluntariado se convierte en una línea estratégica nuclear.

Objetivos de la línea 4:

- Acudir a la financiación privada como primera línea de financiación. Con las fundaciones, instituciones, organizaciones e incluso personas dispuestas a dedicar recursos económicos para temas sociales, se reforzará la actividad comunicativa de manera que puedan encontrarse medidas de financiación por esta vía.
- Aumentar el número de socios y aportaciones voluntarias. Muchas organizaciones de voluntariado consiguen financiación mediante carnés de socio o aportaciones voluntarias de todas aquellas personas que participan, se interesan o conocen la actividad que se desarrolla en las mismas.
- Identificar y evaluar mecanismos de financiación pública. Alinearse con programas y políticas de las administraciones y organismos públicos puede suponer tener acceso a líneas de financiación con bajo coste y condiciones ventajosas.
- Consolidar y promover colaboraciones con las administraciones públicas, la Orden de San Juan de Dios, organizaciones, empresas, proveedores y otros colaboradores. Buscar apoyo entre instituciones o empresas con las que ya se mantenga contacto de manera que se puedan establecer colaboraciones tanto a nivel económico como no económico.

RESULTADOS

Durante la realización del Trabajo, se identifican tres temas principales a tratar dentro del mismo: la soledad no deseada en personas mayores, el voluntariado y el desarrollo del Plan Estratégico.

En lo referente a la soledad no deseada, se identifica que las personas mayores refieren un alto grado de preocupación respecto a la misma y que es un fenómeno creciente, con grandes repercusiones en la salud y la calidad de vida. Por ello, debería tomarse en consideración desde las políticas sociales, los organismos oficiales, el sistema de salud y la sociedad.

Es preciso pues, estudiar más sobre el fenómeno de la soledad en las personas mayores, descubrir nuevas maneras de abordarlo y que, además, sean efectivas y situarlo entre una de las problemáticas más importantes a nivel social después de la salud.

En cuanto al abordaje de la soledad no deseada mediante el voluntariado, se valora como positivo. El hecho de que el voluntariado se realice de manera altruista puede tener una visión de beneficio por parte de la persona que se encuentra en situación de soledad. La soledad requiere un acercamiento hacia el individuo de manera desinteresada, que no implique obligación para ninguna de las dos partes, y el voluntariado cumple este requisito.

Los programas dirigidos a paliar la soledad que se diseñen desde el voluntariado deben realizarse siempre pensando en el individuo que la padece, hay que escucharle y reconocer sus intereses e inquietudes e intentar darle herramientas para poder abordar su situación de soledad.

Dentro de las organizaciones se recomienda dar al voluntariado el mismo peso e importancia que a cualquier otra estrategia de la institución e involucrar a toda la organización para tener el impacto social que se desea. El hecho de abordar la problemática de la soledad en las personas mayores desde el voluntariado, además, puede ser muy enriquecedor para la sociedad.

En cuanto al diseño y desarrollo del Plan Estratégico de Voluntariado para las personas mayores en situación de soledad para la FAD-SJD ha sido diseñado de manera desinteresada e intentando hacer una valoración lo más objetiva posible de la problemática y la institución en la que debe desarrollarse.

Durante la realización del Plan Estratégico cobra especial relevancia el posicionar la soledad no deseada como una línea importante dentro del mismo; por lo que se identifica como uno de los ejes vertebradores y se desarrolla toda una línea estratégica dedicada al estudio, análisis y difusión de esta.

Para su implantación, habrá que dedicar recursos, horas y esfuerzo que habrá que cuantificar y organizar.

El desarrollo del Plan Estratégico se centra dentro del marco de una institución en concreto, sin embargo, se anima a cualquier institución, tanto pública como privada, a tenerlo como referencia dentro del abordaje de manera coordinada de la soledad no deseada en personas mayores.

CONCLUSIONES

- Ante el envejecimiento de la población y las tasas de prevalencia de soledad en personas mayores se justifica el desarrollo de un Plan Estratégico de Voluntariado para personas mayores que se encuentran en situación de soledad.
- El crecimiento demográfico de los mayores de 65 años se presenta para el futuro como un reto a abordar en políticas sociales y de salud. Deberá tenerse en cuenta tanto el aumento de las personas mayores como sus características y expectativas, que podrán ir cambiando en el transcurso de los años.
- Al ser la soledad una de las principales preocupaciones de las personas mayores, deberá abordarse también, mediante su estudio y conocimiento, investigando y encontrando medidas adecuadas para la intervención en la misma.
- Existen ya, y se están desarrollando, programas de voluntariado que las administraciones públicas deberían de potenciar como primera iniciativa para empezar a intervenir en la problemática.

BIBLIOGRAFÍA

1. Instituto Nacional de Estadística [Internet]. Madrid: Instituto Nacional de Estadística; 2020 [Consultado en agosto 2020]. Disponible en: <https://www.ine.es>.
2. Institut d'Estadística de Catalunya. Població a 1 de Gener. Per sexe i grups d'edat [Internet]. Catalunya: Institut d'Estadística de Catalunya; 2020 [Consultado en agosto 2020]. Disponible en: <https://www.idescat.cat/pub/?id=aec&n=253>.
3. Vidal Domínguez M, Labeaga Azcona JM, Casado Durandez M, Madrigal Muñoz A, López Doblaz J, Montero Navarro A, Meil Landwerlin G. Informe 2016. Las personas mayores en España [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad Secretaría de Estado de Servicios Sociales e Igualdad Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO); 2017 [Consultado en agosto 2020]. Disponible en: https://www.imserso.es/InterPresent2/groups/imserso/documents/binario/112017001_informe-2016-persona.pdf.
4. Gené-Badia J, Comice P, Belchín A, Erdozain MA, Cáliz L, Torres S, Rodríguez R. Perfiles de soledad y aislamiento social en población urbana. Aten Primaria [Internet]. 2020 [Consultado en agosto 2020]; 52(4):224-232. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-pdf-S0212656718303810>.
5. Peplau, L.A. y Perlman D. Loneliness. A Sourcebook of Current Theory, Research and Therapy. Nueva York: Wiley y Son; 1982.
6. Fundació Víctor Grífols i Lucas. Soledad, envejecimiento y final de la vida [Internet]. Barcelona: Fundació Víctor Grífols i Lucas; 2020 [Consultado en septiembre 2020]. Cuadernos de la Fundació Víctor Grífols i Lucas 55. Disponible en: <https://www.fundaciogrifols.org/documents/4662337/1024354401/q55/c1532ddd-8289-4ec7-b9b4-62450c90a9ea>.
7. Pinazo Herrandis S, Donio Bellegarde M. La soledad de las personas mayores. Conceptualización, valoración e intervención. Estudios de la Fundación Pílares para la autonomía personal. N.º 5, 2018.
8. Sala E. La soledad no desitjada durant la vellesa, un fenomen social. Debats Catalunya Social. Propostes del del Tercer Sector [Internet]. 2020 [Consultado en octubre 2020]; 60:1-57. Disponible en: <https://amigosdelosmayores.org/ca/nostres-recursos>.
9. Yanguas J, Cilveti A, Hernández S, Pinazo-Hernandis S, Roig S, Segura C. El reto de la soledad en la vejez. Zerbitzuan [Internet]. 2018 [Consultado en julio 2020]; 66: 61-75. Disponible en: http://www.zerbitzuan.net/documentos/zerbitzuan/Reto_soledad_vejez.pdf.
10. Observatori del Tercer Sector. Manual de gestió del voluntariat [Internet]. Barcelona: Fundació "la Caixa". 2009 [Consultado en octubre 2020]. Disponible en: <https://xarxanet.org/biblioteca/manual-de-gestio-del-voluntariat>.
11. Fundació d'Atenció a la Dependència- Sant Joan de Déu [Internet]. Barcelona: Fundació d'Atenció a la Dependència [Consultado en julio 2020]. Disponible en: <https://www.fad-sjd.org/misio-visio-valors/>.
12. Amics de la Gent Gran. Pla estratègic 2017-2020 [Internet]. Amics de la gent gran: Memoria 2016. [Consultado en julio 2020]. Disponible en: <https://amigosdelosmayores.org/es/nuestros-recursos#plan>.
13. Canyelles JM. Planificació estratègica de les Organitzacions No Lucratives. Educació Social [Internet]; 2007 [Consultado en octubre 2020] 37:41-59. Disponible en: <https://www.raco.cat/index.php/EducacioSocial/article/view/165578>.
14. Unió Catalana d'Hospitals. Pla estratègic 2016-2020 [Internet]. La Unió. Associació d'entitats Sanitàries i Socials; 2015 [Consultado en octubre 2020]. Disponible en: <https://www.uch.cat/comunicacio/noticies-101/pla-estrategic-de-la-unio-2016-20120-100.html>.

Programa Estratégico Funcional del Servicio de Infraestructuras en un Hospital Comarcal.

Hospital General De Granollers



Jordi Aragón Donaire

Fundació Privada Hospital Asil de Granollers
Jefe de Infraestructuras y Mantenimiento
jaragon@fphag.org

ABSTRACT

The article defines what management is from an organizational point of view and the need to create a Strategic Plan is introduced. The work environment and the circumstances that give rise to that need are established. In a hospital complex where in a few years it goes from just under 50,000m² to almost 80,000m², it is necessary to rethink the way of working. For this, an analysis of the service is proposed and new objectives and strategies are established. All of this aligned with those of the Institution itself. Following a standard methodology, high management concepts such as mission, vision, values and strategy are adapted of the Infrastructure and Maintenance Service, closer to the day to day. Finally, some objectives are established that are what must lead us to minimize the impact of change.

KEYWORDS

Management, Strategic Plan, Mission, Vision, Method

RESUMEN

En el artículo se define qué es la gestión desde un punto de vista organizativo y se introduce la necesidad de crear un Plan Estratégico. Se establece el entorno de trabajo y las circunstancias que originan esa necesidad. En un complejo hospitalario donde en pocos años se pasa de poco menos de 50.000m² a casi 80.000m² es necesario replantearse la forma de trabajar. Para ello se plantea un análisis del Servicio y se establecen nuevos objetivos y estrategias; todo ello alineado con los de la propia Institución. Siguiendo una metodología estándar se adecuan conceptos de alta gestión como son misión, visión, valores y estrategia del Servicio de Infraestructuras y Mantenimiento, más próximos al día a día. Finalmente, se establecen unos objetivos que son los que nos tienen que llevar a minimizar el impacto del cambio.

PALABRAS CLAVE

Gestión, Plan Estratégico, Misión, Visión, Método

INTRODUCCIÓN

Gestión. Podemos considerar que gestionar es asumir y ejercer la responsabilidad sobre un proceso, o conjunto de actividades o, dicho de otra forma, gestionar implica preocuparse por la disposición de los recursos y las estructuras necesarias para obtener el propósito de la actividad.

Cualquier organización, ya sea empresarial o sin ánimo de lucro, ya sea sanitaria o no, está formada por personas que desarrollan una serie de tareas que proporcionan un servicio, un producto o un bien a un cliente. En el propio significado de la palabra organización, va implícito orden.

Por tanto, gestionar una organización nos lleva a establecer unos criterios para lograr las metas de la misma. Por ello debemos conocer claramente la meta o propósito de la actividad y los recursos que tenemos a nuestro alcance.

Para alcanzar la meta o fin que nos hemos propuesto, con los recursos que disponemos a nuestro alcance, tenemos que desarrollar todo un conjunto de acciones de forma planificada y sistemática, que es lo que se conoce como estrategia.

Podríamos concluir que para llevar a cabo una buena gestión debemos planificar una estrategia que a nivel empresarial calificaríamos de Planificación Estratégica.

La elaboración de un plan estratégico implica iniciar un proceso que desarrolle sistemáticas exhaustivas de análisis, evaluación y diagnóstico de la situación, para definir actuaciones que permitan superar y mejorar la actual situación, dando la respuesta adecuada a los retos identificados.

CONTENIDO

1. EL ENCLAVE: HOSPITAL GENERAL DE GRANOLLERS (HGG)

La Fundación Privada Hospital Asilo de Granollers (FPHAG) es un centro de atención sanitaria, socio-sanitario y social, integrado en el sistema sanitario integral de utilización pública de Cataluña.

La Fundación está integrada por el Centro Geriátrico Adolfo Montaña y por el Hospital General de Granollers que es el Hospital de referencia del Vallés Oriental, una comarca interior de 851 km² que actualmente tiene una población próxima a los 400.000 habitantes. El Hospital tiene una línea asistencial para enfermos agudos y una línea de atención sociosanitaria. El Centro Geriátrico cuenta con una residencia para personas mayores con capacidad para 52 personas.

Paralelamente, y desde finales del año 2003, la entidad, a través de la Fundación Bertrán de Seva para la Gestión de Servicios Sanitarios y Sociales, se encarga

de la gestión del Hospital de Día Sant Jordi, un centro para el tratamiento de enfermos con demencias y trastornos cognitivos (enfermedad de Alzheimer y otros tipos de demencias) con capacidad para 40 personas.

La Fundación está gobernada por un Patronato, que actualmente se rige por los estatutos aprobados el año 2012.

La vertiente docente de la Fundación es un punto muy importante en la vida de la Institución, tanto en lo referente a la formación de grado, postgrado y pregrado. Desde el año 2011 se ofrece formación a estudiantes del grado de Medicina de la Universidad Internacional de Cataluña (UIC) realizando prácticas en el centro de las especialidades de los Aparatos Cardiovascular y Respiratorio, Neurología y Urgencias. También se forman, por el sistema MIR, médicos de diversas especialidades, así como especialistas en farmacia hospitalaria y comadronas. En cuanto a la formación de pregrado, la Institución colabora con varias universidades y escuelas universitarias.

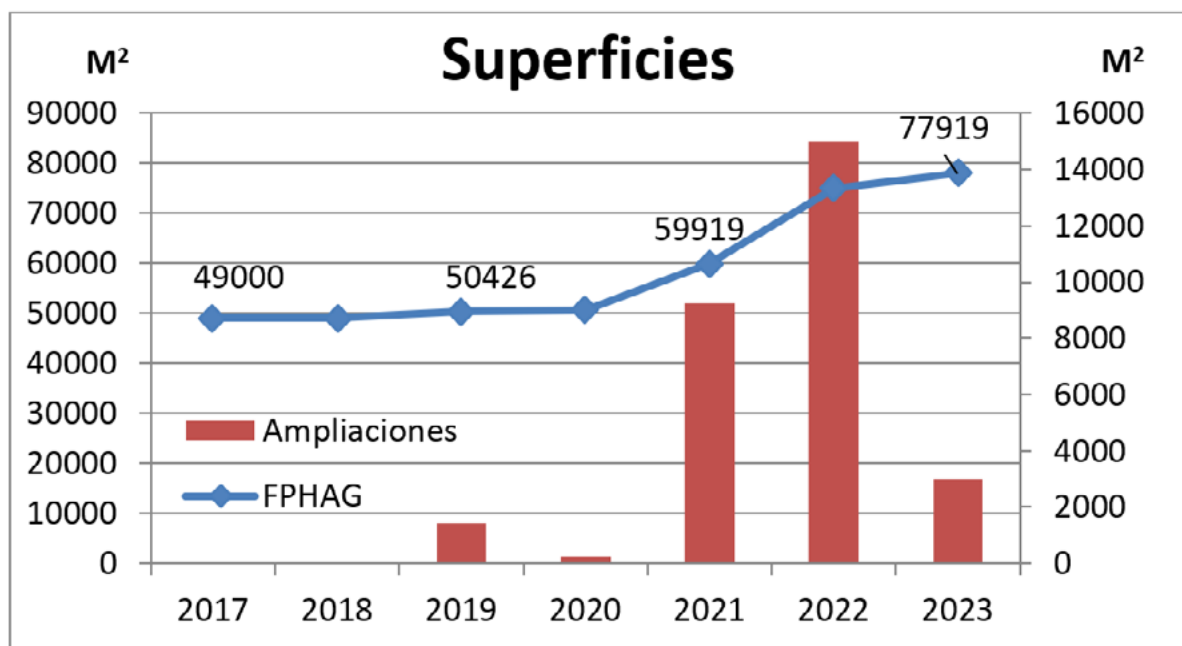
El Área de Investigación e Innovación se creó a finales de 2007, con el fin de poder dar respuesta a las necesidades de los profesionales y de la Institución en investigación e innovación, así como la gestión del conocimiento generado por estas actividades. El Área engloba también el servicio de Biblioteca. Tiene como misión promocionar la investigación y la innovación en la Institución y en la comarca, mediante el fomento y el apoyo de la actividad científica de los investigadores, con el fin de ayudar a la obtención de unos resultados óptimos y excelentes en investigación, innovación y salud, y en la gestión del conocimiento generado.

2. EL CONTEXTO: CRISIS

Entendiendo crisis como una coyuntura de cambios de una realidad organizada. En estos momentos se están llevando a cabo 5 proyectos de crecimiento estructural que tienen un gran impacto. Desde la inauguración en el año 2009 del edificio de Consultas Externas no había habido ningún incremento volumétrico en la Institución hasta el año 2019 con la entrada en servicio del Edificio del Conocimiento.

Durante los próximos 2/3 años los cambios estructurales cambiarán completamente la fisonomía de la organización. Estos cambios revertirán en un incremento de la calidad y cantidad de la cartera de servicios que el HGG ofrecerá a su población de referencia. En este contexto, para un servicio que se responsabiliza de la infraestructura supondrá, en términos cuantitativos, un aumento significativo de la complejidad de la tarea a realizar.

Estos 5 proyectos de ampliación estructural en marcha harán que se pase de los 49.000m² a más de 77.000 m², lo que supone un incremento superior al 50%. En concreto:



Gráfica 1. Superficies.

- Edificio del Conocimiento. Rehabilitación de un edificio histórico catalogado para realizar tareas de investigación y docencia. Superficie de 1.400 m². Fecha de entrada en funcionamiento: 2019.
- UCI. Se duplica la capacidad del hospital en camas de críticos. Una obra de 1800 m². 573 m² de los cuales son de ampliación. Fecha prevista de entrada en funcionamiento: 2021.
- Radioterapia. En colaboración con el Hospital Clínico de Barcelona se construirá un nuevo edificio de 3.000 m² que permitirá que los pacientes del ámbito de influencia del Hospital no tengan que desplazarse a Barcelona. Fecha prevista de entrada en funcionamiento: 2023.
- Hospital Ligero. Hospital situado a 850 m de distancia, equipado con un CUAP, 6 quirófanos de cirugía menor ambulatoria y varios consultorios. Tiene una superficie total de 8.000 m². Fecha prevista de entrada en funcionamiento: 2021.
- Ampliación de Urgencias Modular. Construcción modular prefabricada de 250 m². Fecha de entrada en funcionamiento: 2021.
- Edificio Anexo de Salud Mental. Se incrementa el espacio dedicado a salud mental en 670 m². Fecha prevista de entrada en funcionamiento: 2022.
- Edificio Compact-COVID. Construcción de nueva planta anexa a la actual ubicación del Hospital, consistente en un sótano, una planta baja, más 2 alturas con la posibilidad de albergar un crecimiento futuro de plantas de hospitalización. Alojará las urgencias del Hospital y una planta polivalente para el enfermo crítico, entre ellos al enfermo COVID. Superficie de 15.000 m². Fecha

de entrada en funcionamiento: 2022.

Este cambio estructural dará lugar a cambios funcionales y la cartera de servicios de la Institución crecerá significativamente, por lo que es imprescindible adaptar el Programa Estratégico Funcional (PEF) tanto de la Institución como del Servicio de Infraestructuras y Mantenimiento (SIM) para los próximos años cuando tengan lugar estos cambios.

La situación actual nos hace focalizar la atención y los recursos en los temas a corto plazo y podemos caer en el riesgo de no abordar estrategias a largo plazo. Para anticiparse a todo lo expuesto anteriormente, la Fundación Privada Hospital Asilo de Granollers debe rediseñar su Plan Estratégico y, consecuencia de este hecho, todos los servicios de la Institución, incluyendo al Servicio de Infraestructuras y Mantenimiento.

3. OBJETIVO

El objetivo principal es elaborar un PEF que sea aprobado por la dirección del centro. Como consecuencia de este objetivo principal, obtendremos otros objetivos que podríamos calificar como objetivos secundarios, que serían:

- Identificar las líneas de acción. Para anticipar de forma eficiente los cambios de funcionamiento necesarios para los próximos años.
- Establecer un cuadro de mando, conocido como *Balance Score Card*.

4. METODOLOGÍA

Se puede decir que el plan estratégico es un instrumento que, de forma ordenada, coherente y sistematizada, permite a la organización analizar y reflexio-

nar sobre la realidad actual (quién es la organización y dónde está), lo que pretende hacer y dónde desea llegar (objetivos), cómo hacerlo (estrategia), a través de qué actuaciones (líneas de acción) y de qué medios dispone (recursos económicos, humanos y materiales) para ejecutar lo que hay planificado (plan anual, presupuesto, calendario, ...) y cómo saber si se ha alcanzado el objetivo (evaluación).

5. EL MANUAL DE DIAGNÓSTICO

El primer paso es analizar el Servicio de Infraestructuras y Mantenimiento desde la perspectiva de los diferentes stakeholders: los trabajadores, los proveedores, los clientes, el mercado (Hospital) y el entorno (municipio, comarca e instituciones como el CatSalut).

Análisis interno:

- Servicios
- Actividades
- Recursos humanos
- Calidad
- Organización y cultura
- Estructura
- Sistemas de información
- Economía

Análisis externo:

- Perfil del cliente
- Mercado
- Tendencias del sector
- Entorno normativo
- Entorno sociopolítico
- Entorno económico

5.1. DAFO

Consiste en organizar las evidencias identificadas en el diagnóstico previo, según se perciban como Debilidades, Amenazas, Fortalezas y Oportunidades.

5.2. La Misión

Es el propósito o razón de ser de la organización, es totalmente objetiva y no incluye ningún juicio de valor, ni debe dar lugar a interpretaciones libres.

- Describe el trabajo que realiza nuestra organización de forma clara y sintética.
- Inteligible por todo el mundo.
- Debe establecer los fundamentos para el diseño organizativo de la Institución.
- Provee de razón a todos los elementos de la empresa.

Y en este caso, al hablar del Servicio de Infraestruc-

turas y Mantenimiento de la Fundación Hospital Asilo de Granollers debe estar alineado con la misión del centro que es: 'ofrecer servicios sanitarios y sociales personalizados y excelentes, para mejorar el bienestar de las personas en cualquier momento de su proceso vital'.

La misión del Servicio de Infraestructuras y Mantenimiento consiste en 'desarrollar y gestionar las infraestructuras, los equipamientos y la seguridad con excelencia para garantizar los servicios que ofrece la Fundación'. Que responde a nivel práctico a:

- Qué trabajo hace el departamento/servicio
- Cómo lo hace
- A quién va dirigido
- ¿Con qué finalidad?

5.3. La Visión

Es la orientación de la organización, cómo pretende ser percibida por los demás. La visión de la organización queda reflejada en la toma de decisiones que se hacen y compartida por los miembros de la organización.

Y en este caso, al hablar del Servicio de Infraestructuras y Mantenimiento de la Fundación Hospital Asilo de Granollers debe estar alineado con la visión del centro que es: 'ser referentes y reconocidos en el ámbito de la salud, en un entorno innovador, eficiente y sostenible, aportando valor a los pacientes y los profesionales'.

La visión del Servicio de Infraestructuras y Mantenimiento consiste en 'ser referentes y reconocidos técnicamente, trabajando de forma eficiente y sostenible, aportando valores a la Fundación'. Que responde a nivel práctico a:

- Debe ser realista y al mismo tiempo constituir un reto.
- Debe marcar la línea hacia donde todo el mundo se debe enfocar.
- Suministra *empowerment* al personal, crea entusiasmo.
- Proporciona las bases para identificar las diferencias entre el estado actual y el futuro.
- Refuerza los valores y los puntos fuertes de la empresa.

5.4. Los Valores

Son los principios atemporales que guían a la organización. Representan tendencias arraigadas dentro de la organización, que sirven de guía y se ponen de manifiesto en el comportamiento diario de todas las personas de la empresa.

Los valores de la organización deben ser compartidos y conocidos por todos, y estos son:

- Orientación al paciente: primero las personas.
- Excelencia profesional y trabajo en equipo.
- Mejora continua e innovación.
- Compromiso y transparencia con el entorno.

Estos valores como deben ser comunes y compartidos no pueden ser específicos de un servicio o departamento; por lo tanto, están plenamente compartidos por el SIM.

5.5. Factores Críticos del Éxito y Competencias Claves

Los factores críticos de éxito son aquellas actividades y capacidades que son esenciales para que un equipo o una empresa tenga éxito en sus actividades o en su mercado.

En general, estos factores pueden variar de una empresa o de un equipo a otro, y se relacionan con lo que se necesita hacer para tener éxito de manera continua. Se debe identificar qué factor es determinante para cada caso y sobre qué ventaja de mi organización me puedo basar para garantizarlo.

Los factores críticos de éxito han de apoyarse en las competencias claves; siendo estas aquellas características que tiene nuestra organización y sabe hacer mejor. Los factores críticos de éxito más destacados son:

- Solidez en la gestión económica de los servicios que contratamos (actualización de precio - calidad).
- Control de costes y ahorro en los productos (combustible, electricidad, agua, aire ...).
- Conocimiento y mejora de la calidad de los productos del mercado implementados en la empresa (oxígeno, electricidad ...).
- Buen servicio desde un punto de vista cualitativo.
- Cumplimiento de la legislación.
- Imagen óptima del equipo en el resto de la organización.
- Equipamientos tecno-asistenciales disponibles y con un óptimo mantenimiento (correctivo y preventivo).
- Relación adecuada con los proveedores: evaluación de la satisfacción y retroalimentación.
- Cartera de servicios del equipo.

5.6. Definición de la Estrategia

Una vez se ha hecho el diagnóstico de situación y sabemos dónde queremos ir, debemos establecer el camino, el rumbo: y puede haber más de uno.

Las líneas estratégicas identifican las áreas donde la organización se debe focalizar. Son los elementos determinantes que condicionan la estrategia de la organización. Se evidencian a partir del diagnóstico, la misión, la visión y los valores y definen cómo pasar

a la acción.

Alinear las estrategias del SIM con la estrategia que sigue la FPHAG permitirá que los proyectos que se quieran llevar a cabo tengan una mejor fluencia y no se encuentren con impedimentos. Actualmente se encuentra publicada en la web: 'Nuestro reto para el 2022 es la transformación del hospital hacia una cultura participativa donde la voz del paciente y el talento de nuestros profesionales sean los ejes vertebradores del cambio. Este camino lo haremos con la garantía de una atención integral con calidad y seguridad, de manera sostenible, creciendo estructuralmente y fortaleciendo nuestras alianzas. Una hoja de ruta donde también se vivirá una transformación digital que hará más eficientes nuestros procesos'.

De donde podemos extraer los siguientes conceptos:

- Transformación, camino, cambio
- Cultura participativa
- Paciente
- Profesionales
- Atención integral
- Sostenibilidad
- Alianzas
- Crecimiento estructura

Que dan lugar a las 8 líneas estratégicas de la Institución:

1. Pacientes y usuarios. Transformar el hospital para adaptarse a las necesidades de los pacientes y de los usuarios.
2. Asistencia. Garantizar una atención integral con calidad y seguridad.
3. Profesionales. Incentivar, retener y atraer el talento.
4. Sostenibilidad y recursos. Optimizar la gestión de recursos para consolidar la sostenibilidad de la organización.
5. Grandes proyectos y alianzas. Avanzar en los grandes proyectos estructurales, trabajando en red.
6. Transformación digital. Incorporar la cultura digital para mejorar la eficiencia de los procesos.
7. Conocimiento. Potenciar la formación, la investigación, la innovación y la docencia con la empresa y la universidad.
8. Comunicación y responsabilidad social corporativa. Adaptarse a las nuevas formas de comunicar para destacar nuestra imagen y promover la responsabilidad social corporativa.

Así pues, una vez recogidas las líneas estratégicas del hospital y considerando la misión: 'Desarrollar y gestionar las infraestructuras, los equipamientos y

la seguridad con excelencia para garantizar los servicios que ofrece la Fundación' y la visión del Servicio: 'ser referentes y reconocidos técnicamente, trabajando de forma eficiente y sostenible, aportando valores a la Fundación', podemos establecer los objetivos estratégicos del Servicio de Infraestructuras y Mantenimiento:

1. Gestionar eficientemente todas las áreas y profesionales, internas y externas, que dependen del departamento, desarrollando la organización de los procesos para obtener unos resultados óptimos y satisfacción de los clientes, a partir de un sistema de información basado en indicadores cuantitativos de actividad y de calidad.
2. Fomentar y mejorar la capacitación técnica, la eficiencia, la formación, la docencia y la satisfacción de los profesionales que integran los equipos.
3. Mejorar la satisfacción de los clientes del departamento.
4. Mejorar los recursos, conseguir y adecuar las infraestructuras necesarias.
5. Desarrollar la protocolización de los procedimientos normalizados de trabajo de los procesos correspondientes.
6. Participar activamente en los grupos y equipos asesores de trabajo de la Institución (comisiones, comités, grupos de trabajo y grupos de mejora).
7. Desarrollar las alianzas estratégicas necesarias, potenciando la coordinación con otras instituciones.
8. Si hacemos el paralelismo con los conceptos extraídos de la estrategia
 - Transformación, camino, cambio objetivo 2
 - Cultura participativa objetivo 6
 - Paciente objetivo 3
 - Profesionales objetivo 3
 - Atención Integral
 - Sostenibilidad objetivo 1
 - Alianzas objetivo 7
 - Crecimiento estructural objetivo 4

Podemos ver que los objetivos estratégicos del SIM están alineados con los del Hospital.

RESULTADOS

En este artículo se ha planteado el reto que tiene el Hospital General de Granollers para los próximos años, de forma que aplicando la metodología de desarrollo de un PEF se facilite el abordaje del mismo. El incremento estructural significativo conlleva una adaptación de la gestión. Si bien no hemos descubierto nada que no conociéramos, es cierto que el hecho de analizar la situación desde una vertiente más teórica nos ha permitido cuantificar este cam-

bio: un incremento superior al 50%.

Este hecho, visto desde la perspectiva de infraestructuras, se agrava ya que el incremento no es fruto de una actuación sino de 5 proyectos de características diferentes.

El planteamiento del reto, el análisis de situación y la caracterización detallada del SIM (recursos) nos posiciona en la línea de salida para alcanzar el objetivo del proyecto: 'la elaboración del PEF'. Aquí nos hemos encontrado con diferentes problemáticas: si bien el PEF es como un paraguas que cubre todas las actividades de la Institución, un proyecto que se decide ejecutar (dentro de las líneas estratégicas) rompe temporalmente algunas de estas líneas. Por ejemplo, según qué obra se ejecute perjudicará a unos u otros trabajadores y usuarios de la Institución; en otras ocasiones, en el ámbito del mantenimiento puede pasar lo mismo.

Una vez caracterizado el Servicio de Infraestructuras, se han identificado las líneas estratégicas y se han definido sus objetivos estratégicos. Estos son los que nos llevan a la acción mediante la definición de proyectos específicos.

Este artículo se queda en un planteamiento de las líneas de trabajo sin poder llegar a unas conclusiones definitivas.

CONCLUSIONES

Se podría decir que, en el mundo actual donde los cambios empujan unos a otros y la volatilidad es tan elevada y el futuro tan impredecible, planificar a largo plazo tal y como se hacía en un Plan Estratégico a 5 años, no tenga tanto sentido como lo tenía antes. Pero esto no es del todo cierto, el problema que crea la necesidad de establecer un Plan Estratégico sigue ahí y, sino abordamos el análisis implícito, no resolveremos el problema. El Plan Estratégico guía a la organización hacia el destino que desea alcanzar.

BIBLIOGRAFÍA

1. Ylla A. Estrategia: Arte y Disciplina. Blog [Internet]. [Consultado 5 Nov 2020]. Disponible en: <http://www.alejandroylla.com/?p=12>
2. Factores críticos de Éxito. [Consultado 13 Sept 2020]. Disponible en: <https://www.heflo.com/es/definiciones/factores-criticos-exito/>
3. Guía para el Business Process Management Body of Knowledge - ABPMP BPM CBOK V3.0. URL:http://www.abpmp.org/?page=guide_bpm_cbok
4. C.Martin BRIAN. Strategic Planning in Healthcare: An Introduction for Health Professionals. Springer Publishing Company, 2019

Plan de Atención Integral en el Tratamiento de la Fractura Proximal de Fémur en el Anciano



Laura Ventura Carro

Médico Especialista Cirugía Ortopédica y Traumatología. SCIAS Hospital de Barcelona
lauraventuracarro@yahoo.es

ABSTRACT

The progressive aging of world population implies older people with better general health, but multiple pathologies in many cases. The femur fracture is nowadays one of the most relevant social and health problems, exponentially increasing its incidence.

The current social, economic and political situation is causing a paradigm shift in the relationship established between the doctor and the patient and in the way of proceeding with the care of these patients at discharge. It tends to a complete care of the person itself, not only in the medical field, but also in the biopsychosocial one. We are treating an active patient in the center of care.

Within this comprehensive approach to the elderly patient with a femur fracture, the literature is committed to multidisciplinary care, with the creation of orthogeriatric units to respond to comprehensive care. In our territory there are no updated or complete data about the type of care offered to these patients. With the hypothesis that the comprehensive approach to femur fracture in the elderly offers better health results and satisfaction for the patient and their environment, it is proposed to know the current situation in our field, in terms of health indicators and models of attention. The final objective will be to offer all the information collected and analyzed to the stake holders, to motivate and align them with the objective of offering better assistance to these patients.

KEYWORDS

Femur Fracture, Elderly, Comprehensive Approach, Orthogeriatric Units, Stakeholders

RESUMEN

El envejecimiento progresivo de la población nos lleva a tratar a personas más ancianas con múltiples patologías en muchos casos, pero con un mejor estado de salud general. La fractura de fémur encabeza la lista de los problemas sociales y sanitarios de mayor relevancia, aumentando exponencialmente su incidencia.

La situación social, económica y política actual está provocando un cambio de paradigma en la relación que se establece entre médico y paciente y en la manera de proceder con los cuidados de estos pacientes al recibir el alta. Se tiende a una atención completa de la persona en el ámbito médico y en el biopsicosocial. Nos encontramos ante un paciente activo en el centro de la asistencia.

Dentro de este abordaje integral del paciente anciano con fractura de fémur, la literatura apuesta por una atención multidisciplinar, con la creación de unidades ortogeriatricas para dar respuesta a los cuidados completos. En nuestro ámbito no existen datos actualizados ni completos del tipo de atención que se les ofrece a estos pacientes. Con la hipótesis de que el abordaje integral de la fractura de fémur en el anciano ofrece mejores resultados en salud y en satisfacción para el paciente y para su entorno, se plantea conocer la situación actual en nuestro ámbito, en términos de indicadores de salud y modelos de atención. El objetivo final será ofrecer toda la información recogida y analizada a los stakeholders, para motivarlos y alinearlos con el objetivo de ofrecer una mejor asistencia a estos pacientes.

PALABRAS CLAVE

Fractura de Fémur, Anciano, Abordaje Integral, Unidades Ortogeriatricas, Stakeholders

INTRODUCCIÓN

La esperanza de vida ha sufrido un incremento exponencial en el último siglo, lo que ha conducido a un envejecimiento de la población. La pirámide poblacional ha sufrido una transformación profunda. Las Naciones Unidas publicaron por primera vez en 2002 el informe World Population Ageing (Envejecimiento de la Población Mundial), llegando a la conclusión de que el aumento de personas de la 3ª edad (>60 años) estaba prácticamente por encima de los nacimientos. Es un proceso generalizado y universal, permanente y con importantes consecuencias en todas las facetas de la humanidad¹.

La prevalencia mundial de las fracturas de fémur aumenta a medida que lo hace la edad poblacional; a pesar de la mejora de las condiciones de vida y la reducción de la tasa de mortalidad la incidencia aumenta más de lo que cabría esperar. La Organización Mundial de la Salud (OMS) en un informe realizado afirma que se espera que el número de fracturas de cadera en ancianos se triplique en los próximos 50 años, pasando de 1,7 millones en 1990 a 6,3 millones en 2050².

La fractura de fémur se presenta en pacientes frágiles con complejidad médica, por lo que la morbimortalidad de esta patología se mantiene elevada. El 10% de pacientes fallece en el primer mes postoperatorio mientras que el 30% lo hace durante el primer año tras la cirugía. Además, aproximadamente el 75% de los pacientes no retorna a su estado previo a la fractura³. La repercusión funcional es obvia, no solo en términos de deambulación, sino también en incapa-

cidad para actividades de la vida diaria, alteraciones cognitivas ... lo que también implica, al aumentar la demanda, un incremento del gasto sanitario, de por si elevado. El coste estimado en los US pasó de 10,3 billones a 17 billones de dólares en 2002⁴. En Cataluña, el gasto medio por paciente durante los 12 meses posteriores a la fractura fue de 10.797€ para el sistema sanitario⁵ (Figura 1). Añadiéndose que para la familia o cuidadores la fractura también implica un gasto sanitario y una dedicación de tiempo que influye negativamente en su calidad de vida.

La causa directa de la fractura de fémur proximal es el traumatismo. En pacientes jóvenes se tratará de traumatismos de alta energía, mientras que en el paciente anciano, que representa el 90% del total, se producirá tras caídas simples o banales de baja energía.

Los estudios dejan claro que la osteoporosis es el principal factor predisponente. La osteoporosis es la alteración metabólica ósea más prevalente, afectando al sexo femenino en una proporción 3,5/1. La OMS la definió en 1993 como "una enfermedad sistémica, caracterizada por una disminución de la masa ósea y un deterioro de la microarquitectura del tejido óseo que incrementa la fragilidad del mismo, con el consiguiente aumento del riesgo de fractura". Posteriormente, en el año 2001, el Panel de Consenso NIH (National Institute of Health) definió la osteoporosis como "una enfermedad esquelética, caracterizada por una disminución de la resistencia ósea que predispone al paciente a un mayor riesgo de fractura". Epidemiológicamente, las fracturas por fragilidad ósea más frecuentes en el anciano son las vertebrales, las de radio distal, las de fémur y las de húmero proximales⁶⁻⁷.

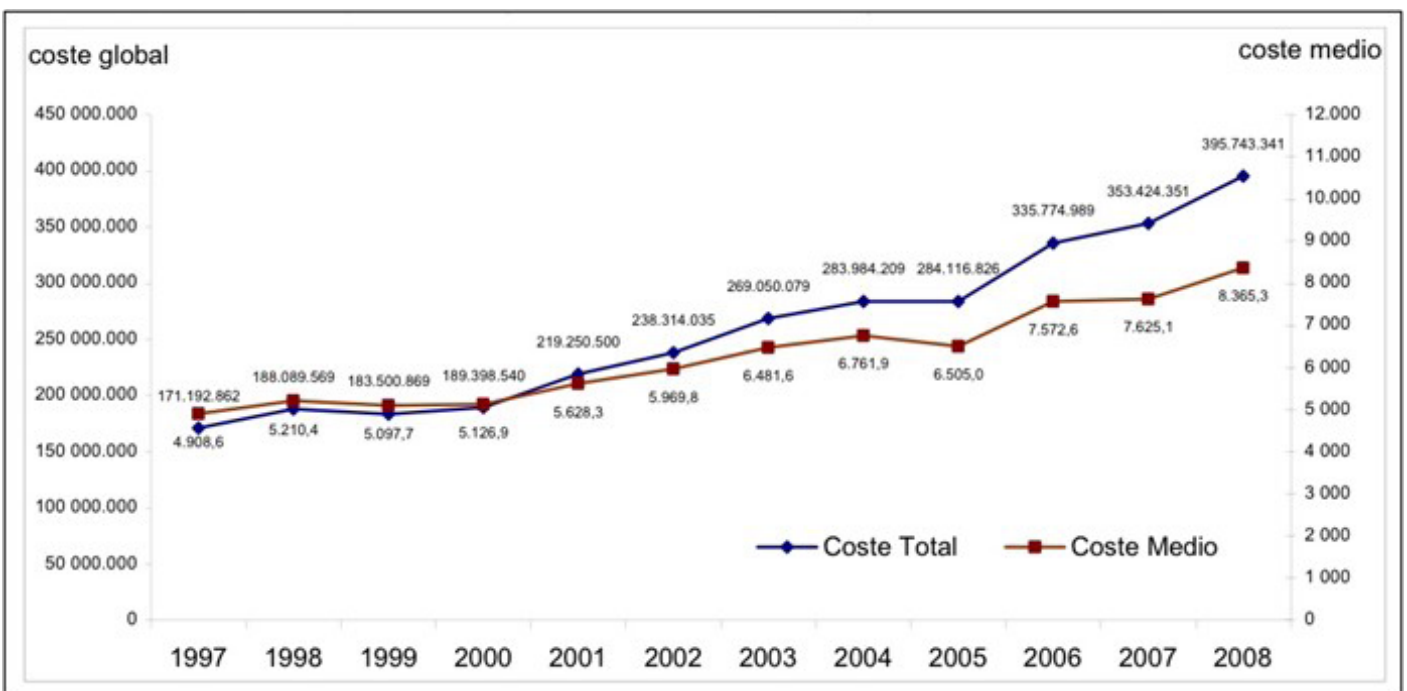


Figura 1. Costes de hospitalización en el SNS por fractura proximal de fémur [periodo 1997-2008]⁽¹⁾

⁽¹⁾Reproducido de Ministerio de Sanidad y Política Social. Instituto de Información y Estadística Sanitaria. La atención a la fractura de cadera en los hospitales de SNS. Estadísticas Comentadas, número 1, 2010.

Los avances sociales, tecnológicos y de la información del siglo XXI han producido cambios sustanciales en la relación médico-paciente. Con anterioridad se daba una relación paternalista y asimétrica, en la que el médico era el que ostentaba la sabiduría y en muchas ocasiones tomaba decisiones por el paciente. Actualmente el paciente recurre a Internet para conocer detalles de la patología, tratamientos ... y acude a la consulta con conocimiento previo y preguntas. Los profesionales debemos estar preparados ante este cambio de paradigma, adecuar nuestra asistencia al nuevo escenario y ser parte fundamental de este empoderamiento del paciente. Este cada vez presenta mayor interés en participar en las decisiones que influyen en su salud, pasando de ser un sujeto pasivo a un actor activo. Y la literatura ha demostrado que un paciente informado coopera y colabora mejor en su tratamiento y recuperación⁸.

Frente a la medicina centrada en la enfermedad aparece la atención centrada en el paciente, que se define como "ofrecer cuidados acordes con los valores, necesidades y deseos de los pacientes, con dichos pacientes involucrados en las decisiones sobre su salud", lo que implica comprender a la persona de forma holística⁹. Y valorar y comprender a la persona desde el punto de vista holístico implica centrarse en la propia persona.

Ya en 1970 Balint, Marinker y Woodcock introdujeron el concepto de "medicina centrada en el paciente" en contraposición a la "medicina centrada en la enfermedad" que existía. En 1976 Byrne y Long desarrollaron un método para categorizar la consulta centrada en la persona y Wright en 1979 describió métodos centrados en el paciente y el profesional. En 2001 el Institute of Medicine (IOM) definió la asistencia centrada en la persona y la familia (*patient and family engaged care* – PFEC) como "la asistencia de calidad, planeada, facilitada, gestionada y mejorada continuamente, en activo conjunto con la familia y el paciente, para asegurar sus preferencias y valores"^{6,10}.

En la actualidad encontramos multitud de literatura que habla sobre la asistencia centrada en la persona, la búsqueda de la calidad en la atención, el abordaje centrado en la experiencia del paciente ... Existe un consenso en la definición y los conceptos claves, pero no existen estudios científicos que ofrezcan indicadores que comparen la asistencia. La Fundación Avedis Donavedian, l'Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya, el Institut Universitari de Pacients de la Universitat Internacional de Catalunya, el Plan Dignifica de la Comunidad de Castilla-La Mancha o la Humanización de la Comunidad de Madrid, son ejemplos claros de los avances en esta línea de trabajo que se están realizando. El objetivo será implicar a los tres grandes actores: el paciente y la familia, los profesionales sanitarios y las organizaciones (política y empresa). Se trata de un paciente

activo, que se preocupa por su salud y se hace responsable para obtener la mejor asistencia sanitaria posible y controlar la evolución de su enfermedad, más comprometido con la mejora de la salud, colaborador y que puede ayudar a otros pacientes a mejorar la calidad de los servicios de salud¹¹⁻¹⁵.

El envejecimiento progresivo de la población, así como el aumento de la prevalencia de las enfermedades crónicas ha provocado un incremento de lo que viene llamándose paciente frágil o paciente crónico complejo; siendo algunos de los factores que se relacionan con el aumento del gasto sanitario en pacientes mayores de 65 años. Ante una fractura proximal de fémur el cirujano ortopédico debe enfrentarse no solo a la propia fractura y su complejidad, sino también a la fragilidad ósea por la osteoporosis y a las múltiples comorbilidades del paciente. El tratamiento incluirá la hospitalización urgente, la cirugía precoz, la movilización postoperatoria temprana y las ayudas sociales para la recuperación funcional y la reintegración del paciente en su medio habitual¹⁶, todo esto dentro de la valoración del paciente de forma holística.

La colaboración en la atención de los pacientes ancianos que sufren una fractura de fémur proximal entre diferentes profesionales se inició en los años sesenta en el Reino Unido y, posteriormente, ha ido evolucionando a diferentes modelos de asistencia y atención con diferentes resultados^{16,17}.

- Modelo Tradicional. El paciente con fractura de fémur queda ingresado a cargo de la especialidad de cirugía ortopédica y traumatología. Se realizan interconsultas a diferentes servicios a criterio del traumatólogo responsable. Es el modelo más extendido en España y más simple. No existe una coordinación clara.
- Interconsulta Geriátrica. El paciente sigue a cargo de cirugía ortopédica y traumatología. El geriatra pasa consulta diariamente durante el ingreso del paciente con fractura de fémur y existe una cierta comunicación traumatólogo-geriatra.
- Unidades de Rehabilitación Ortopédica Geriátrica. Una vez realizado el postoperatorio inicial en el servicio de cirugía ortopédica y traumatología, el paciente se traslada de forma precoz a un servicio de rehabilitación coordinado por geriatría, que puede estar en el mismo hospital de agudos o en otro centro. El cirujano puede realizar visitas de control.
- Unidades Orto-geriátricas multidisciplinares. Se realiza un manejo integral y supervisado del paciente por parte de traumatología, geriatría y rehabilitación. Se realiza una evaluación exhaustiva preoperatoria y una planificación precoz del alta.

La literatura apuesta por un abordaje cada vez más coordinado, integral y multidisciplinar, con mejores

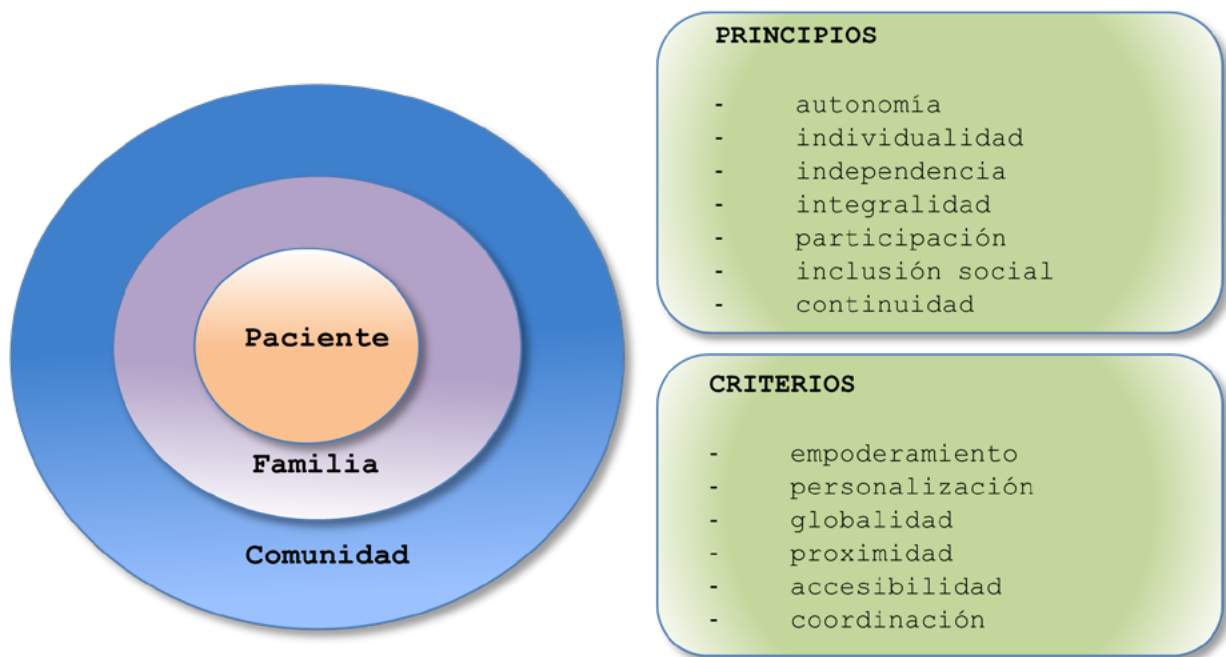


Figura 2. Principios y criterios de la atención centrada en la persona⁽²⁾.

resultados de salud y de percepción por parte de pacientes y familiares, pero este abordaje no acaba de traducirse en la asistencia habitual. Algunos de los factores que podrían impedirlo serían el rechazo ante los cambios por parte de los profesionales y los proveedores, el esfuerzo ante una situación de reorganización de servicios o los ajustes presupuestarios que deberían realizarse.

CONTENIDO

1. DEFINICIÓN DEL PROBLEMA

Ante la situación actual de la mejora de la calidad de vida y el envejecimiento poblacional, definimos inicialmente el problema: la fractura de fémur del anciano implica una elevada morbimortalidad, una disminución del estado de salud y del estado funcional del paciente y, con todo ello, un elevado e importante gasto sanitario. No existe un consenso con respecto a la atención integrada de estos pacientes.

Planteamos dos hipótesis:

- Las unidades de atención integral ante la fractura de fémur del anciano presentan mejores resultados que las unidades de atención convencional.
- La implicación del paciente y la familia en el tratamiento mejora la percepción y los resultados en salud.

Y para ello definiremos los objetivos: nos interesará ver si el abordaje integral y multidisciplinar del paciente afecto de fractura proximal de fémur obtiene mejores resultados en salud que el abor-

daje de tipo convencional. Se valorará en nuestro entorno cercano (Cataluña).

2. METODOLOGÍA

Dentro del apartado metodológico nos interesó:

- Realizar un análisis general de la situación actual de la fractura de fémur en nuestro entorno, valorando modelos de atención existentes e indicadores de salud que se tienen en cuenta.
- Comparar indicadores con hospitales que utilizan diferente modelo de atención al paciente afecto de fractura de fémur, para valorar distintos resultados.

La Generalitat de Catalunya recibió las transferencias en materia sanitaria desde el Estado Español en 1981, e inició su gestión con la propuesta de aprovechar los recursos existentes en el territorio mediante acreditaciones y conciertos de centros ya existentes. En 1991 se creó el Servei Català de la Salut, modificando posteriormente su nombre por CatSalut y definiendo claramente la diferencia entre financiador/proveedor/asegurador.

En 2010 se reforzó su papel asegurador, publicando el primer informe genérico de la Central de Resultados y del Observatorio del Sistema de Salud de Catalunya. La Central de Resultados es un instrumento que mide, evalúa y difunde los resultados alcanzados en el ámbito de la asistencia sanitaria de forma individualizada por centros sanitarios, por parte de los agentes integrantes del Sistema Sanitario Integral de Utilización Pública de Catalunya (SISCAT).

El Observatorio del Sistema de Salud de Catalunya (OSSC) tiene la misión de favorecer la transparencia, la

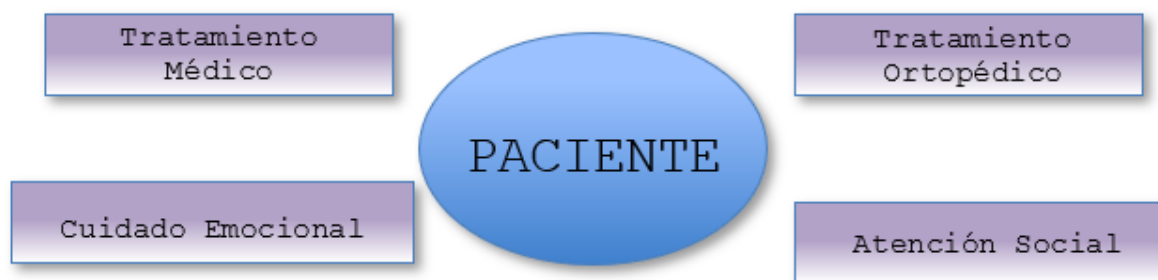


Figura 3. Atención centrada en el paciente, con un abordaje holístico: médico, traumatológico, emocional y social⁽³⁾.

rendición de cuentas y la generación de conocimiento del sector salud en Cataluña, poniendo a disposición de profesionales, gestores y ciudadanos en general toda la información sobre Sanidad, con imparcialidad, rigor y credibilidad. El OSSC es uno de los ámbitos de actuación de la Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya (AQuAS), con la misión de generar conocimiento relevante mediante la evaluación y el análisis de datos para la toma de decisiones, y con la finalidad de contribuir a la mejora de la salud de la población, así como la sostenibilidad del sistema público de salud en Cataluña¹⁸. La población total asegurada en 2017 era de 7.488.302 personas.

Según los datos de la Central de Resultados, la tasa anual de fractura de fémur es de 5,93 por cada 1.000 habitantes con edad igual o superior a 65 años, más frecuente en el sexo femenino entre 85 y 89 años. La mortalidad hospitalaria fue del 5% y la anual del 24%. De la misma manera, el uso de recursos sanitarios se ve aumentado significativamente al sufrir esta fractura. El gasto medio por paciente en los¹² meses siguientes a la fractura fue de 10.797 €, frente a los 4.076 € en los 12 meses previos. De este gasto, el 62% corresponde a ingresos hospitalarios y el 31% a recursos socio-sanitarios. No se contemplan los gastos que supone al paciente y a su entorno más cercano el sufrir la fractura¹⁹.

La literatura confirma que la supervivencia de los pacientes afectados de fractura proximal de fémur disminuye al incrementar la edad, así como al aumentar el estrato de riesgo en el que se encuentran (número de comorbilidades y utilización de recursos sanitarios): a los 3 años de la fractura el 70% de los pacientes de riesgo bajo continuará vivo, mientras que los que presenten un riesgo elevado solo estarán vivos un 39%. Si se realiza un seguimiento del paciente al alta hospitalaria, podemos ver que en el momento de la fractura, el 83% de los pacientes vivía en domicilio mientras que el 19% lo hacía en una residencia. Al tercer año posterior a la fractura: un 40% estaba en el domicilio, el 14% en un recurso de tipo residencia, un 1% en un centro socio-sanitario y el 45% de los pacientes habían fallecido^{20,21}. En la Tabla 1 se recogen algunos de los indicadores de calidad valorados en la atención al

paciente afecto de fractura proximal de fémur.

La complejidad clínica y social de los pacientes hace imprescindible la cooperación entre profesionales. La literatura existente sugiere que el modelo orto-geriátrico reduce las complicaciones postquirúrgicas, la estancia media y los costes. Un estudio internacional refirió que la atención integral multidisciplinar coordinada ofrecía mayor coste-efectividad, usando un 23% menos de recursos por paciente (14.919 \$ respecto a 19.363 \$)²⁴. En España, otro estudio valora el ahorro entre 1.200€ y 1.600€ por paciente, con una reducción de la estancia media¹⁶.

Dos recientes estudios publicados sobre la fractura de fémur en nuestro entorno hablan de un incremento del 17% en las admisiones por fractura de fémur entre el 2003 y el 2014, aunque con una leve tendencia a la disminución de la incidencia de un 1% anualmente y un aumento de la remisión a los centros de convalecencia de un 26% a un 40%²³. Realizaron, así mismo, un estudio retrospectivo observacional remitiendo una encuesta vía e-mail a los 49 hospitales de la red pública que atendieron pacientes afectados de fractura de fémur proximal en 2013 (recogiendo datos según la Clasificación Internacional de Enfermedades CIE 9ª ed). El objetivo básico era conocer el tipo de modelo de atención geriátrica a dichos pacientes. La tasa de respuesta a la encuesta fue de 65,3% (32 de los 49 hospitales preguntados), entre los cuales solo el 37,5% (12 hospitales) contaban con algún tipo de modelo orto-geriátrico de asistencia. Se compararon datos como edad, sexo, comorbilidades, estancia hospitalaria, mortalidad al alta, a los 12 y a los 24 meses. Llegaron a la conclusión de la poca implementación de las unidades orto-geriátricas en nuestro país, menos del 25% de los hospitales han incorporado este tipo de unidades²⁴.

RESULTADOS

Ante todos los datos recogidos se definieron actividades a realizar en el proyecto:

- Conocer de forma exhaustiva el tipo de atención ortogeriátrica que se les ofrece a los pacientes

INDICADORES PÚBLICOS EN CATALUNYA	2013	2015	2017
Número de hospitalizaciones	8.172		
Media de edad (años)	84,2		
Tiempo hasta la intervención (mediana en días)		2	2
Mortalidad a los 30 días (%)		7,6	7,3
Mortalidad hospitalaria al alta (%)		4,7	4,5
Mortalidad al año (%)	24,5		
Estancia Media		10,1	10
Reingresos a los 30 días (%)	4,1		
Derivación a centro sociosanitario (%)	39,8		
Gasto medio en los 12 meses posteriores a la fractura (€)	10.797		

Tabla 1. Indicadores en fractura proximal de fémur en el anciano en Catalunya⁽³⁾.

mayores de 65 años que sufren una fractura de cuello de fémur en los centros de la red de utilización pública de Catalunya. Para ello se propuso seleccionar a diversos profesionales de la Societat Catalana de Geriatria i Gerontologia (SCGiG) y de la Societat Catalana de Cirurgia Ortopèdica i Traumatologia (SCCOT) que se encontraran motivados y alineados con el objetivo definido. Se diseñó una encuesta escueta y sencilla para conocer este dato de forma objetiva. Se definieron los modelos de atención ortogeriatrica según lo establecido en la literatura existente.

- Determinar los indicadores de calidad que podrían definir una unidad ortogeriatrica de forma multidisciplinar y consensuada con los diferentes grupos de profesionales implicados. Con ello se podría crear un tipo de certificado o acreditación para dichas unidades.
- Presentar a las autoridades sanitarias toda la documentación recogida para implicarlas en la implementación de la atención multidisciplinar de los pacientes afectados de fractura de fémur proximal.

Con todo ello se esperan los siguientes resultados:

- Obtener datos objetivos de cuál es la situación real con respecto a la atención multidisciplinar de forma actualizada. Plantear realizar un registro de unidades ortogeriatricas/registro de fracturas de cadera.
- Informar y motivar a todos los stakeholders implicados de la importancia del abordaje multidisciplinar para obtener mejores resultados en salud.

- A los profesionales sanitarios que están involucrados: traumatólogos, geriatras, enfermeras, anestelistas, rehabilitadores, nutricionistas...
- A los gerentes de centros sanitarios.
- A las autoridades sanitarias.
- Mejorar la atención a los pacientes que sufren una fractura de fémur, sin olvidar a sus familias y cuidadores, con la persona en el centro de nuestra atención.

CONCLUSIONES

Actualmente la asistencia al paciente con fractura de fémur es variable en función del centro sanitario. Existen indicadores que permiten comparar estancias medias, mortalidad al alta y a los 30 días, tiempo de espera para intervención ... No existe una unificación en cuanto al tipo de atención ortogeriatrica que se les ofrece a estos pacientes. De la misma manera, no existen datos actuales fidedignos del tipo de modelo que se ofrece en cada centro sanitario.

Para poder hacer una comparativa entre el modelo integral y el modelo convencional debería existir:

- Consenso en la definición de los modelos de asistencia.
- Datos recogidos del tipo específico de modelo seguido en cada centro.

La propuesta sería obtener datos del tipo de asistencia ortogeriatrica que se ofrece y cruzarlos con indicadores de efectividad, eficiencia y eficacia, así como definir unos estándares de calidad de dichas posibles unidades. De esta manera podría mejorar la atención

integral a los pacientes afectados de fractura de fémur. Todas estas propuestas plantean un abordaje transversal, multidisciplinar y holístico del paciente, teniendo en cuenta no solo la parte más traumatológica, sino la biopsicosocial, sin olvidar a su entorno como pieza clave de todo el proceso.

BIBLIOGRAFÍA

1. United Nations. World Population Ageing. Highlights. Series 2002-2017. New York 2017.
2. Ministerio de Sanidad y Política Social. Instituto de Información y Estadística Sanitaria. La atención a la fractura de cadera en los hospitales de SNS. Estadísticas Comentadas, número 1, 2010.
3. Rieman A, Hutchison J. The multidisciplinary management of hip fractures in older patients. *Orthopaedics and Trauma* 30:2, 2016.
4. Cummings SR ML. Epidemiology and outcomes of osteoporotic fractures. *Lancet* 2002; 359:1-17.
5. Tebé C, Espallargues M, Pons JMV, Cancio JM, Clèries M, Inzitari M et al. La fractura de cuello femoral: evaluación del proceso de atención hospitalario. Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya; 2018.
6. Serra JA, Garrido G, Vidan M, Marañón E. Epidemiología de la fractura de cadera en el anciano en España. *An Med Interna* 2002; 19:389-95.
7. Carbonell Abella C, Martín Jimenez JA, Valdés y Llorca C. Guía de la buena práctica en osteoporosis. Atención Primaria de Calidad. 2ª ed. Ministerio de Sanidad y Consumo/Organización Médica Colegial. 2008.
8. Aibar-Remon C, Aranaz-Andrés JM, Casal Gómez J. La atención centrada en el paciente. Pacientes y seguridad, un reto pendiente. Gobierno de España. Ministerio de Sanidad, servicios sociales e igualdad. 2018
9. Constand M, MacDermid JC, Dal Bello-HAss V, Law M. Socping review of patient-centered care approaches in healthcare. *BMC Health Services Research* 2014;14:271.
10. Institute of Medicine. Crossing the Quality Chasm: a new health system for the 21st century. Washington DC: National Academy Press 2001.
11. Rodríguez P. Papeles de la Fundación Pílares. La atención integral y centrada en la persona. 2013 nº1.
12. Bermejo J. Humanizar la asistencia sanitaria. Bilbao. Descléer de Brower. 2014.
13. Laín Entralgo P. Hacia el verdadero humanismo médico. Alicante, Biblioteca Virtual Miguel de Cervantes. 2016.
14. Jovell A. Construyendo un modelo más afectivo y efectivo. Foro Premios Albert Jovell. 2017.
15. Jovell A, Navarro MD, Fernández L, Blancafort S. Nuevo rol del paciente en el sistema sanitario. *Aten Primaria* 2006; 38(3):234-237.
16. González Montalbo JI, Gotor P, Martín A, Alarcón T et al. La unidad de ortogeriatría de agudos. Evaluación de su efecto en el curso clínico de los pacientes con fractura de cadera y estimación de su impacto económico. *Rev Esp Geriat Gerontol*, 2011; 46(4): 193-199.
17. Grup de treball d'Ortogeriatría. Guia d'Ortogeriatría. Societat Catalana de Geriatria i Gerontologia. Actualització 2021. <http://scgig.cat/docs/GUIA-ORTOGERIATRIA-2021-FINAL-Catala.pdf>
18. Observatori del Sistema de Salut de Catalunya. Central de Resultats. Àmbit sociosanitari. Dades 2017. Barcelona. Agència de Qualitat i Avaluació Sanitària de Catalunya. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya. 2018.<http://observatorisalut.gencat.cat/ca/inici/>
19. Cancio JM, Clèries M, Inzitari M, Ruiz D, Santauegènia SJ, Vela E. Impacte en la supervivència i despesa associada a la fractura de fémur en les persones grans a Catalunya. Monogràfics de la Central de Resultats, num 16. Barcelona: Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya. 2015.
20. Informes Breus. Fractura de fémur a Catalunya. Anys 2012 – 2016. Número 25 Gener 2019. Generalitat de Catalunya. Departament de Salut.
21. Cancio JM, Vela E, Santauegènia S, Clèries M, Inzitari M, Ruiz D. Long-term impact of hip fracture on the use of healthcare resources: a Population-Based Study. *JAMDA* 2018. 1-6.
22. Tarazona-Santabalbina F, Belenguer-Varea A, Rovira E, Cuesta-Peredó D. Orthogeriatric care: improving patient outcome. *Clinical Interventions in Aging* 2016; 11 843-856.
23. Pueyo MJ, Larrosa M, Suris X, Casado E, Auleda J, Fusté J, Ortún V. Secular trend in the incidence of hip fracture in Catalonia, Spain, 2003-2014. *Age Ageing* 2017; 46:324-328.
24. Pueyo MJ, Larrosa M, Suris X, Sánchez P, Bullich I, Frigola E, Ortún V. Association of orthogeriatric services with long-term mortality in patients with hip fracture. *European Geriatric Medicine* 2018 9(4).

Transformación del Modelo de Atención de Qida: Impacto en los Resultados



Montse Solé

XXXX

XXXX



Oriol Fuertes

XXXXX

XXXXX

ABSTRACT

In developed countries, the level of healthcare spending is growing 2-3x faster than GDP, creating the need to create more cost-effective models of care.

In this context, Qida proposed the design and implementation of a new model of care based on three axes: i) a holistic assessment and the construction of a shared Individualized Work Plan based on the person's preferences; ii) a human, proactive and digitalized follow-up through the Social Referent and a multidisciplinary team; iii) a continuous coordination and social and health integration with the system.

The objective is to evaluate the transformation of the care model, before and after its implementation, as well as the impact on the results obtained in terms of number of people attended, time spent at home and perceived user satisfaction.

The comparison of results between Q1 2020 and Q1 2021 has led to a 150% increase in number of people cared for, increase of >120% in the average length of service and also a 65% improvement in the average duration of caregiver employment. As a result, there has been an increase in user satisfaction with the perceived care, highlighting that 98% of the people cared for "feel they are in good hands".

KEYWORDS

Delivery of Health Care, Integrated, Geriatric Assessment, Frailty, Home Care Services

RESUMEN

El nivel de gasto sanitario está creciendo a un ritmo entre 2 y 3 veces superior al PIB, lo que genera la necesidad de crear modelos de atención más coste-efectivos.

En este contexto, Qida propuso el diseño e implementación de un nuevo modelo de atención basado en: i) una valoración integral y la construcción de un Plan de Trabajo Individualizado compartido en base a las preferencias de la persona; ii) un seguimiento humano, proactivo y digitalizado por parte de un equipo multidisciplinario; iii) una coordinación e integración socio-sanitaria con el sistema.

El objetivo es evaluar la transformación del modelo de atención, antes y después de su implementación, así como el impacto en los resultados obtenidos en cuanto a número de personas atendidas, tiempo de permanencia en casa y satisfacción percibida.

La comparación de resultados entre el primer trimestre de 2020 y el primer trimestre de 2021 ha comportado un aumento del 150% en las personas atendidas, un aumento de >120% en la duración media del servicio y una mejora del 65% en la duración media del empleo de cuidador. Como resultado, se ha incrementado la satisfacción percibida, destacando que el 98% de las personas "se sienten en buenas manos".

PALABRAS CLAVE

Prestación Integrada de Atención de Salud, Evaluación Geriátrica, Fragilidad, Servicios de Atención de Salud a Domicilio

INTRODUCCIÓN

En los países desarrollados, el nivel de gasto en Sanidad crece a un ritmo 2-3 veces superior al PIB, haciendo necesario la creación de modelos de atención más coste-efectivos.

Adicionalmente, según la OMS, en el 2050, el porcentaje de personas mayores de 60 años pasará del 12 al 22%.

Al mismo tiempo, en España 2,4 millones de personas son mayores de 80 años y alrededor del 90% de estas personas quieren permanecer en su domicilio (IMSERSO).

La demanda de atención domiciliaria crece sostenidamente a altas tasas de crecimiento e implica nuevos retos operativos a los que deberemos dar respuesta, como son: la necesidad de cuidados de personas mayores con pluripatología y dependencia; la atención personalizada con un modelo de cuidado de uno a uno que requiere más profundidad de conocimiento; y la elevada fragmentación del sistema sanitario y social que supone un reto añadido.

Por otra parte, la oferta de atención domiciliaria está muy fragmentada (ningún competidor tiene una cuota de mercado superior al 2% en España), es poco profesionalizada y con crecientes desequilibrios de modelo y calidad de atención: se observa una disminución del potencial cuidador informal, que implica más necesidad de cuidado formal o profesional (en 1998 había 6 potenciales cuidadores por cada persona mayor de 80 años, en 2018 la cifra bajaba a 4,6 personas cuidadoras por persona mayor y en 2040 serán 2 cuidadores por persona mayor de 80 años); aumenta la escasez de personal cualificado y crece la presión salarial (según CCOO más del 40% de cuidadores profesionales se encuentran en el mercado no regulado). En este contexto, la crisis del COVID-19 ha actuado como un elemento disruptivo en el sector. A corto plazo ha exigido nuevos protocolos diarios de atención, con mayor complejidad operativa y mayores regulaciones en higiene, seguridad y estándares de calidad. Y, a medio plazo, nos ha hecho replantear el cambio del modelo de atención a personas mayores, con un enfoque creciente de las administraciones para alargar el tiempo con buena salud en el domicilio de las personas y con cuidadores profesionales que tengan un mejor salario y estatus social, para poder proporcionar cuidados de calidad.

Hay un amplio consenso internacional en que la Atención Integral, Integrada¹ y Centrada en la persona es el mejor enfoque para dar respuesta a las necesidades de las personas mayores o en situación de dependencia y cronicidad²⁻⁶.

El Modelo de Atención Integrada propone atender a las personas teniendo en cuenta sus necesidades, valores, preferencias, percepciones y expectativas, mediante un Plan de Atención Individualizado y Compartido, pensado y creado de manera conjunta y da respuesta a las necesidades sanitarias y sociales de la persona a cuidar en su domicilio, garantizando la continuidad asistencial.

La finalidad del cambio de Modelo de Atención es contribuir a la mejora de los resultados en salud y bienestar de la persona atendida, optimizar la percepción de la calidad, mejorar la satisfacción de los profesionales que prestan la atención y contribuir a la sostenibilidad del sistema social y sanitario⁷, con una adecuada utilización de los recursos disponibles.

Con todo este contexto y marco de referencia, en Qida hemos transformado de manera integral nuestro Modelo de Atención.

El objetivo de este artículo es explicar la transformación del modelo de atención, antes y después de su implementación, así como el impacto sobre los resultados obtenidos en cuanto a número de personas atendidas, tiempo vivido en casa y satisfacción percibida de la persona cuidada.

CONTENIDO

1. DISEÑO DEL MODELO DE ATENCIÓN

A finales del segundo trimestre de 2020, Qida se plantea transformar el Modelo de Atención. El diseño e implementación se basa en tres ejes:

- Una valoración holística y la construcción de un Plan de Trabajo Individualizado (PTI) compartido y basado en las preferencias de la persona.
- Un seguimiento proactivo y digitalizado, a través de la Referente Social y un equipo multidisciplinar.
- Una coordinación continuada con el sistema social y sanitario.

Valoración holística y Plan de Trabajo Individualizado

En Qida existe un equipo multidisciplinar de referentes sociales, formado por trabajadores/as sociales, terapeutas ocupacionales, psicólogos/as y fisioterapeutas, con el apoyo de enfermería, que acompañan a la persona a cuidar y a su familia durante todo el servicio de atención. El rol de referente social equivale al de gestor de caso y consiste en asumir la valoración y el seguimiento de la persona cuidada y su familia y la coordinación con el sistema social y sanitario.

A partir de una valoración integral se detectan las necesidades de la persona a cuidar y se establece el Plan de Trabajo Individualizado (PTI). Dicha valoración integral consta de dos dimensiones: la sanitaria y la social.

Para llevar a cabo la valoración sanitaria se utiliza un instrumento de valoración, el Índice de Fragilidad-Valoración Integral Geriátrica (IF-VIG)⁸, que cuantifica la fragilidad de una persona a partir de la valoración de distintos dominios: funcional, nutricional, cognitivo, emocional y clínico.

- A nivel funcional también se utiliza el Índice de Barthel y se valora el nivel de autonomía para desarrollar Actividades Básicas (ABVD) y su movilidad.
- A nivel nutricional se valora la existencia de desnutrición, si existe alguna intolerancia o alergia alimentaria y tipo de dieta que precisa.

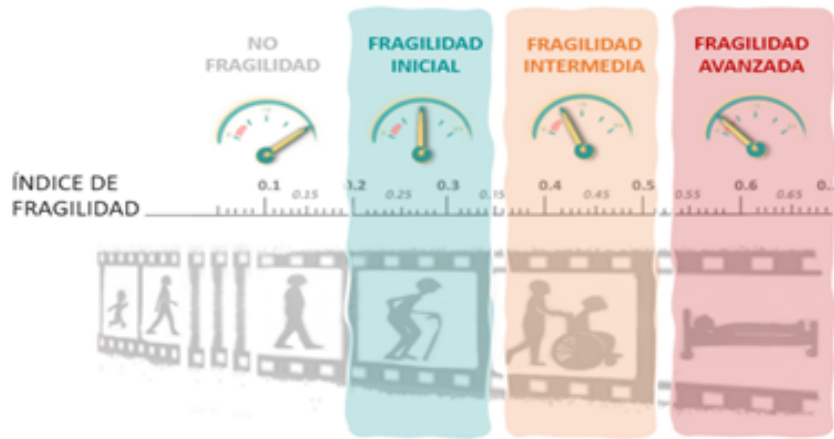


Figura 1. Descripción gráfica de la evolución de la persona cuidada en función del IF-VIG.

- A nivel cognitivo se detecta si hay alguna alteración a partir del GDS de Reisberg.
- A nivel emocional se puntúa si existe depresión o insomnio y si precisa medicación para ello. Finalmente, a nivel clínico detecta algunos síndromes geriátricos (p.ej. caídas o la confusión).

El IF-VIG⁸ da una puntuación entre 0 y 0,72 y es, junto a los otros elementos de diagnóstico sanitario y social, un input clave para preparar el Plan de Trabajo Individual y también para determinar la intensidad del seguimiento.

También evaluamos situaciones especiales sanitarias (p.ej. existencia de cuidados complejos como el manejo de sondas, ostomías, heridas quirúrgicas o crónicas) que comportan más complejidad de atención y nos permitirán, después, conocer qué capacidades debe tener el/la cuidador/a.

Para llevar a cabo la valoración social se evalúan cuatro dimensiones, que son la convivencia, el entorno, los valores y preferencias y situaciones especiales sociales:

- La convivencia, define el núcleo con quien convive la persona a cuidar, las relaciones existentes entre familiares o amigos y su participación en actividades de la comunidad.
- En cuanto al entorno se valoran las condiciones de la vivienda, la existencia o no de barreras arquitectónicas y si dispone de productos de soporte.
- También se valora la personalidad y carácter de la persona, sus intereses y aficiones y se le pregunta por sus valores y preferencias de atención.
- Finalmente se constata si hay situaciones especiales sociales que pueden dificultar la atención (p.ej. síndrome de Diógenes, personas sin entorno familiar, soledad no deseada, ...).

A partir de esta valoración integral sanitaria y social se establece el Plan de Trabajo Individual (PTI). El PTI es la piedra angular del servicio de atención domiciliaria de Qida. Consta de la valoración integral, del objetivo de atención y tipo de servicio a prestar, de la prescripción

de servicios complementarios y de las actividades que tendrá que desempeñar el/la cuidador/a en el domicilio.

Los objetivos de atención van ligados al resultado del IF-VIG. Según estos resultados se marcan los siguientes objetivos:

- A partir del objetivo se establece la relación de actividades a realizar por parte del cuidador/a. Estas actividades son: atención a las ABVD, alimentación, movilización, estimulación cognitiva, acompañamiento físico o emocional, seguimiento clínico y mantenimiento del hogar.
- La figura del cuidador/a tiene mucha importancia en el Modelo de Atención. Se apuesta por la figura de un/a cuidador/a profesional, formado/a y empoderado/a. A partir de un proceso de selección acurado se capta el mejor talento del mercado, entrando en profundidad en sus competencias técnicas y personales.

La selección se establece a partir de varios pasos:

- Deben acreditar 2 años de experiencia y dos referencias de lugares de trabajo.
- Deben pasar una entrevista individualizada con un equipo de psicólogos, para valorar sus habilidades personales y sus competencias técnicas y formativas.
- Finalmente, deben pasar una acreditación digital propia, que certifica que el cuidador/a dispone de la formación previa necesaria para poder realizar el servicio y, de este modo, asegurar la calidad y especificidad de los servicios.

En referencia a las actividades que realiza el/la cuidador en su atención a la persona cuidada, las llamamos las 3Cs y las ordenamos en un continuo de lo más social a lo más sanitario: *company* (acompañamiento), *care* (cuidado) y *compliance* (conformidad en el seguimiento y control). Cada una de estas actividades están asociadas a competencias personales de base y habilidades técnicas específicas.



Figura 2. Cuadro de objetivos según fragilidad.

Para conseguir este impacto social, en Qida recomendamos unos salarios más justos y unas condiciones mejores respecto a la situación actual. Queremos influenciar la percepción social sobre el colectivo cuidador y promover la consolidación de este.

Seguimiento proactivo y digitalizado

El seguimiento con la persona cuidada, su familia y el cuidador es el segundo eje del nuevo Modelo de Atención. Según el resultado del IF-VIG y del objetivo de atención se agendan, de manera secuencial, proactiva y digitalizada, una videollamada o visita al domicilio presencial (figura 3).

En los seguimientos se establece un diálogo continuado entre el/la referente social, la persona a cuidar y su familia. Es el momento de crear buenas sinergias y alianzas terapéuticas entre todos los actores que consolidan el Modelo de Atención y comportan resultados que importan a las personas atendidas y a los profesionales que intervienen.

En cada seguimiento se revalora la situación de la persona cuidada, ajustando el objetivo de atención y las actividades que lleva a cabo el/la cuidador/a, siempre que haya habido cambios.

La información detectada en los seguimientos nos permite dar continuidad de la atención a partir de la coordinación con el sistema social y sanitario, que constituye el siguiente apartado.

Coordinación con el sistema social y sanitario

La coordinación social y sanitaria es imprescindible para garantizar la continuidad de cuidados. En el momento inicial de la valoración integral se pregunta a la persona cuidada o a la familia si se puede compartir el PTI con su profesional de referencia. Si existe esta validación, se comparte el PTI con los profesionales referentes del sistema para poder actuar de una manera coordinada, proactiva y preventiva. De este modo, la persona atendida tiene la experiencia y la vivencia continua, coherente y coordinada de su atención durante todo el proceso.

La coordinación con los profesionales es bidireccional, es continuada y basada en la gestión de la atención a la persona cuidada y tiene por objetivo ser los ojos del sistema social y sanitario en el domicilio, para que se pueda ofrecer una atención realmente proactiva.

2. IMPLEMENTACIÓN DEL MODELO: CÓMO HACER QUE LAS COSAS PASEN

Qida tiene un alto enfoque en que "las cosas pasen". Es decir, dedica un esfuerzo alto en la implementación y gestión del cambio y entiende que su responsabilidad no es solo la de crear un modelo centrado en la persona innovador y referente; sino que este modelo se implementa con suma calidad en el día a día.

En este sentido, existen 4 elementos estructurales que han sido claves en la implementación de este Modelo:

IF-VIG	SEGUIMIENTO
No fragilidad	
Fragilidad Inicial	30 días
Fragilidad Intermedia	21 días
Fragilidad Avanzada	15 días

Tabla 1. Seguimiento en función del estado de fragilidad de la persona.



Figura 3. Influence Model desarrollado por McKinsey&Company⁹.

- Equipo multidisciplinar de gestores del caso (referente social): equipo formado por trabajadores/as sociales, terapeutas ocupacionales, psicólogos/as y fisioterapeutas, con soporte de enfermería.
- Marco de selección del cuidador profesional: un equipo de profesionales que se encarga de la selección en base a >70 competencias, así como la acreditación y el “match” entre necesidades de la persona a cuidar y las capacidades del profesional.
- Una solución tecnológica personalizada: permite realizar el PTI, el seguimiento y la coordinación con el sistema sanitario y social, evolucionado más allá de la “actividad” para ir hacia los resultados.
- Un método de organización y mejora continua (Método Qida). El Método Qida consiste en una metodología propia de organización y trabajo, que estructura y guía el día a día de los profesionales de Qida. Emana del Manifiesto de Qida, que describe nuestra cultura y valores, y entra en los principios operativos, procesos y formación que seguimos.

En este apartado vamos a desarrollar en qué consiste el Método Qida y su relevancia para poder llegar a la implementación del Modelo y al impacto de los resultados.

El método Qida se inspira en el “*Influence Model*”⁹ de McKinsey&Co., que indica cómo se puede producir la gestión del cambio en una organización, a partir del cambio de mentalidad de sus empleados, cuando observan o encuentran actitudes positivas en su entorno laboral.

Al igual que tiene el “*Influence Model*”, el Modelo de Qida tiene 4 componentes:

1. Compartir una visión común: creemos que el primer factor diferencial es la cultura de Qida. La cultura, como describe Brian Chesky en su carta a sus empleados de Airbnb en 2012, “es 1000 cosas, 1000 ve-

ces, cada día”. En otras palabras, la cultura se define con las acciones que todos/as tomamos en nuestras organizaciones. En Qida en 2019, en nuestro segundo año de andadura, decidimos escribir nuestro Manifiesto que es un documento especial y único con nuestros valores, creencias y principios operativos que conducen nuestro día a día a transformar la Atención Domiciliaria.

2. Desarrollar un marco común de procesos estructurados: el segundo elemento es la definición de un Marco Teórico claro que define los procesos que seguimos para implementar el Modelo de Atención. El templo de los/as referentes sociales ordena y define cada uno de los procesos que seguimos en torno al cuidado y la atención domiciliaria integrada.
3. Desarrollar talento a través de la formación: en Qida la formación es fundamental para crecer como equipo y para homogeneizar sistemáticas de intervención sociosanitaria. Impartimos formación específica sobre valoración integral y diseño del PTI y hacemos sesiones de *role-playing* en base a situaciones reales organizadas. Al mismo tiempo, también organizamos formación sobre gestión del tiempo, comunicación estructurada y priorización y, finalmente compartimos sesión de casos quincenales para exponer casos, analizar los retos de atención y hacer propuestas de mejora.
4. Ser ejemplo en cada sesión (*role-modelling*) y tener apoyo formal: uno de los puntos clave es que todo el equipo, y en especial aquellas personas en una función de liderazgo, sigan los comportamientos y mentalidades (*mindsets*) que se esperan, sirviendo así de ejemplo del resto. Uno de los múltiples ejemplos son las sesiones de calidad. Mensualmente se revisan los indicadores de actividad y los resultados de calidad para monitorizar de una manera concreta y continuada la mejora de nuestro Modelo de Atención.

RESULTADOS

El Modelo de Atención de Qida comporta una mejora de los resultados en cuanto a número de personas atendidas, tiempo y satisfacción de la atención recibida, así como la evidencia de impacto social en cuanto a la mejora de la inserción en el mercado laboral del/a cuidador/a, mejorando sus condiciones económicas y no económicas.

Como empresa de impacto social, invertida por los principales fondos de impacto social del Estado, somos pioneros en auditar el impacto que tenemos en la sociedad. Hemos hecho una comparativa de resultados entre el Q1 2020 y Q1 2021, siendo los principales resultados conseguidos:

- Un aumento del 150% en personas cuidadas (>1.500 personas en 12 meses vs. 600 personas en el año anterior).
- Un aumento del 120% en el tiempo de duración media del servicio.
- Una mejora del 65% en la duración media del empleo del/a cuidador/a, creando así empleo de calidad.
- Un aumento del 78.7% al 82.9% en el % de contratos indefinidos (la media en España está por debajo del 10%).
- Un aumento de la satisfacción del usuario/a sobre la atención percibida (de 4.1 a 4.65 sobre 5), destacando que el 98% de las personas atendidas "se sienten en buenas manos".

CONCLUSIONES

Con este artículo hemos querido explicar los cambios vividos en nuestro Modelo de Atención y el impacto positivo que han tenido en los resultados de Qida. Pero el futuro está por llegar y sabemos que va a ser mejor. En este sentido, tenemos el convencimiento de que la estrategia tecnológica nos va a permitir ofrecer una calidad de atención excepcional y será el catalizador que integre tanto la atención sanitaria como la social en el domicilio de la persona cuidada.

También creemos que la formación continuada de nuestros profesionales comporta una mejor calidad de atención y una mejor eficiencia. Por ello, seguiremos invirtiendo en formación humana para estimular el aprendizaje y el crecimiento personal y profesional, y su repercusión en la atención a la persona cuidada y su entorno.

Al final del día, nuestra visión es conseguir la Triple M: Más personas, Más tiempo, con Más satisfacción y calidad de vida en casa.

Para crear este mundo que nos imaginamos, hoy y siempre, ponemos y seguiremos poniendo los intereses de las personas cuidadas, sus familias y los/as cuidadores/as por delante de los nuestros (como individuos y como compañía). Si hacemos lo correcto para ellos/as, los resultados llegan. Nunca al revés.

Qida es una empresa de impacto social que va a cambiar el mundo a mejor.

BIBLIOGRAFÍA

1. Elwyn, G.; Vermunt, N.P.C.A. Goal-Based Shared Decision-Making: Developing an Integrated Model. *J. Patient Exp.* 2020, 7, 688–696.
2. Mateo-Abad, M.; Fullaondo, A.; Merino, M.; Gris, S.; Marchet, F.; Avolio, F.; Graps, E.; Ravic, M.; Kovac, M.; Benkovic, V.; et al. Impact Assessment of an Innovative Integrated Care Model for Older Complex Patients with Multimorbidity: The CareWell Project. *Int. J. Integr. Care* 2020, 20, 8.
3. Blay, C.; Limón, E.; Albuquerque, J.; Amblàs, J.; Ansa, X.; Ariño, S.; Benet, C. Bases per a un Model Català d'Atenció a les Persones amb Necessitats Complexes. Programa Prev. i Atenció a La Cronicitat 2017, 1–66. Available online: <http://hdl.handle.net/11351/3305> (accessed on 22 March 2021).
4. Bases Conceptuals i model d'atenció per a les persones fràgils, amb cronicitat complexa (PCC) o avançada MACA). Generalitat de Catalunya /Salut (ppac/pdss/deap). Disponible en: http://www.newhealthfoundation.org/web/wp-content/uploads/2017/05/PIAISS_document_desplegament_2017_2020.pdf.
5. Lehnert, T.; Heider, D.; Leicht, H.; Heinrich, S.; Corrieri, S.; Luppá, M.; Riedel-Heller, S.; König, H.-H. Review: Health care utilization and costs of elderly persons with multiple chronic conditions. *Med. Care Res. Rev.* 2011, 68, 387–420.
6. Líneas estratégicas de Salud del Departamento de Salud-Gobierno Vasco. Disponible en: https://www.euskadi.eus/contenidos/informacion/publicaciones_departamento/es_def/adjuntos/stp/lineas_estrategicas.pdf. 2017-2020.
7. https://www.mscbs.gob.es/organizacion/sns/plan-CalidadSNS/pdf/ESTRATEGIA_ABORDAJE_CRONICIDAD.pdf
8. Cost and effects of integrated care: a systematic literature review and meta-analysis <https://link.springer.com/article/10.1007/s10198-020-01217-5>.
9. Amblàs J, Martori JC, Oller R, Gomez-Batiste X, Espauella J. Índice frágil-VIG: diseño y evaluación de un índice de fragilidad basado en la Valoración Integral Geriátrica. *Rev esp geriatr Gerontol.* 2017;52:119-117 <https://es.c3rg.com/index-fragil-vig>.
10. Influence Model: <https://www.itmplatform.com/en/blog/the-influence-model/>.

Centros Residenciales. Análisis de Modelos de Atención, Experiencias Innovadoras y Propuestas de Mejora



Josep Fusté Sugrañes

Fundació Unió Catalana d'Hospitals
josepfuste@uch.cat



Carles Oliete Guillen

Unió Catalana d'Hospitals
carlesoliete@uch.cat



Pepa Romero

Unió Catalana d'Hospitals
peparomero@uch.cat



Ivan Cano

Unió Catalana d'Hospitals
ivancano@uch.cat

ABSTRACT

The aging of the population and new demands, and recently the impact of the COVID-19 pandemic, have highlighted the importance of reviewing the nursing home care model. The objective of the study is to have a frame of reference on the care models for the transformation of services according to the trends of the most advanced experiences. We have started with a documentary review of models and programs, differentiating the model of social and health care, until reaching the formulation of trends, selection of experiences and proposals for improvement.

The prominent trend in the social care model is the person-centered care approach. The experiences have in common the purpose of trying to integrate the preferences of the people looking for the similarity to the home. The trend in health care is expressed in improving health coverage, integration between health and social services, and appropriate use of all the resources of the health system, including the clinical management of pharmaceutical services. Social and health integration is revealed as a basic condition for the approach to care in residences.

It ends with proposals for improvement in the form of recommendations.

KEYWORDS

Residential Care Homes, Dependency Care, Health and Social Care Integration, Transformation of the Care Model

RESUMEN

El envejecimiento de la población y las nuevas demandas y, recientemente, el impacto de la pandemia del COVID-19 han puesto de relieve la importancia de revisar el modelo de atención en residencias.

El objetivo del estudio es disponer de un marco de referencia sobre los modelos de atención para la transformación de los servicios según las tendencias de las experiencias más avanzadas. Se ha partido de una revisión documental de modelos y programas, diferenciando el modelo de atención social y el sanitario, hasta llegar a la formulación de tendencias, selección de experiencias y propuestas de mejora.

La tendencia destacada en el modelo de atención social es el enfoque de atención centrada en la persona. Las experiencias tienen en común el propósito de intentar integrar las preferencias de las personas buscando la similitud al hogar. La tendencia en atención sanitaria se expresa en mejora de la cobertura sanitaria, integración entre servicios sanitarios y sociales y uso adecuado del conjunto de recursos del sistema sanitario, incluyendo la gestión clínica de la prestación farmacéutica. La integración social y sanitaria se revela como condicionante básico para el abordaje de la atención en las residencias.

Se finaliza con propuestas de mejora en forma de recomendaciones.

PALABRAS CLAVE

Atención Centros Residenciales, Atención a la Dependencia, Integración Sanitaria y Social, Transformación Modelo Asistencial

INTRODUCCIÓN

Actualmente existen elementos de entorno que condicionan las residencias. En primer lugar, el impacto del envejecimiento demográfico, con España como uno de los países con una de las esperanzas de vida más altas del mundo, con casi un 20% de la población con más de 65 años. En segundo lugar, las nuevas demandas de la sociedad principalmente centradas en la voluntad de vivir en su domicilio el máximo posible, pero cuando no sea posible quiere que el centro residencial se asimile al hogar. Estos dos aspectos provocan un cambio en las características de las personas de las residencias, principalmente porque presentan mayor complejidad, pero también hay que añadir los cambios en los comportamientos de las personas que demandan cada vez más una comunicación más asertiva, piden tener acceso a más información y desean adquirir nuevas habilidades en un marco de mayor autonomía y autoresponsabilización.

Otro aspecto importante es el impacto que ha tenido la COVID-19 en las residencias. Más del 70% de las muertes por COVID-19 se han dado en los grupos de más edad y durante la pandemia ha sido necesaria una intervención intensa a la población que vive en el ámbito residencial por parte de dispositivos sanitarios en el territorio, con el liderazgo de la atención primaria de salud. La crisis de la COVID-19 ha dejado al descubierto carencias de los sistemas de protección social, especialmente las residencias para personas mayores y para la atención a personas dependientes, donde viven las personas más vulnerables. La crisis del coronavirus ha acelerado la necesidad de identificar cuáles son las carencias del modelo actual y, sobre todo, cuáles son las mejoras necesarias.

Los debates de cambio de modelo deben acompañarse con la firme voluntad política y el liderazgo necesario para articular un pacto social de todas las partes con un plan de acción medible en los plazos, recursos y resultados. Es difícil separar el debate sobre el modelo de atención a las residencias del debate sobre el modelo de atención a la larga duración y del de la integración de servicios sanitarios y sociales.

En este artículo presentamos resumidamente el contenido del estudio¹ realizado por la Fundació Unió Catalana d'Hospitals, con el propósito de analizar los diversos modelos de atención en el ámbito residencial en sus componentes social y sanitario, para identificar experiencias innovadoras que pueden servir de referencia en el proceso de transformación, que se ha vislumbrado como imprescindible, y formular propuestas de mejora en forma de recomendaciones. Las experiencias innovadoras seleccionadas proceden de distintas comunidades autónomas, así como de otros países (Holanda, Dinamarca, Escocia).

CONTENIDO

1. OBJETIVOS

El objetivo general del estudio es disponer de un marco de referencia sobre los modelos de atención en el ámbito residencial para la transformación de los servicios según las tendencias de las experiencias más avanzadas. Los objetivos específicos del trabajo que se presenta

en este artículo son: a) identificar necesidades y retos del modelo actual, b) priorizar las principales tendencias nacionales e internacionales y extraer experiencias ilustrativas de procesos de cambio, y c) formular una serie de propuestas de mejora a modo de conclusión.

2. METODOLOGÍA

El estudio se centra en las residencias de personas mayores. Para la elaboración de este estudio se ha partido de un análisis de situación a nivel internacional y del conjunto de las comunidades autónomas, una revisión documental de modelos y programas, diferenciando el modelo de atención social y el sanitario, hasta llegar a la formulación de tendencias principales, selección de experiencias ilustrativas, reflexiones y propuestas de mejora finales.

Para la selección de casos de estudio con más profundidad se han tenido en cuenta los modelos y programas que cumplan los siguientes criterios:

- Descripción de análisis de la situación, fundamentación de las propuestas y evaluación de resultados.
- Amplitud de la visión que integre la perspectiva sanitaria y también social.
- Incorporación de elementos de eficiencia, calidad y satisfacción.
- Un mayor detalle de los elementos instrumentales de gobernanza, gestión y evaluación del modelo.

Para el desarrollo del estudio se han utilizado metodologías cualitativas, básicamente de análisis documental y extracción de contenidos, así como entrevistas con informadores clave. El período de estudio incluye documentos consultados hasta octubre de 2020.

RESULTADOS

En los siguientes apartados se describen los aspectos actuales que definen el modelo de atención en los centros residenciales, diferenciando por un lado el ámbito social y por otro el ámbito sanitario. Para cada uno de ellos se han identificado unas tendencias que tienen que ver con los cambios o mejoras del modelo. A partir de las tendencias, se han seleccionado unas experiencias innovadoras a nivel internacional y nacional. Finalmente, se incluye un punto específico relacionado con la integración social y sanitaria.

1. MODELO DE ATENCIÓN SOCIAL

En virtud del modelo de atención social se deben prestar servicios y actividades para promover un entorno de relaciones interpersonales y convivenciales que satisfaga la demanda, expectativas y necesidades vitales de las personas residentes y sus familias, procurando su bienestar y satisfacción plenos². La evolución de los últimos años y acentuada ahora con la crisis del coronavirus, hacen aflorar nuevos modelos sociales que impactan en la manera de prestar la atención, los procesos de trabajo y sus profesionales, la propia arquitectura de los equipamientos y su relación con la comunidad y su entorno. Un reciente estudio de un grupo de trabajo asesor y de apoyo al Ministerio de Ciencia e Innovación en materias científicas relacionadas con el COVID-19 y sus consecuencias futuras, identificaba la necesidad de rediseñar el modelo de las residencias de personas mayores en España, no solo en relación con su financiación y la estabilidad laboral, sino analizando el

Modelo tradicional	Modelo centrado en la persona
Centrado en el déficit y limitaciones de las personas.	Focalización en las capacidades de las personas.
Intervención centrada en la patología o la situación conductual.	Intervención planificada.
Decisiones del cuidado bajo criterio del profesional, rol pasivo del residente.	Decisiones compartidas con la persona, familia y entorno social.
Residente institucionalizado en los servicios sociales sin contacto con la comunidad.	Residente de una comunidad y sociedad.
Respuesta a las necesidades en base a un estándar.	Respuesta a las necesidades individuales.
Orientación de las residencias con criterios de eficiencia y sostenibilidad.	Orientación centrada en la calidad de vida de los pacientes.
Espacios limitados y cumplimiento de la normativa de acreditación.	Espacios adaptados a parecerse lo más posible a una casa, con mobiliario que mejore la experiencia de la persona.
Profesionales multidisciplinares.	Equipos de trabajo interdisciplinar.

Tabla 1. Cambio de modelo hacia Atención centrada en la persona.

propio modelo en sí mismo, que debería estar mucho más centrado en la persona a cuidar y debería incluir la posibilidad de potenciar la atención integrada sanitaria y social en el propio domicilio³.

En los últimos años se está desarrollando un modelo de atención centrada en la persona (ACP) en base al concepto de calidad de vida y bienestar. Es un modelo que tiene entre sus principios, mantener un continuo respeto a los valores de la persona, tener siempre en cuenta sus preferencias y actuar en base a las necesidades expresadas⁴. El ámbito de aplicación de la ACP en las residencias es el mantenimiento de las habilidades y capacidades que las personas tienen, y con este objetivo el modelo social propone cambios en los espacios de las residencias, en la relación profesional-residente, el rol del profesional y la participación de la familia. Se trata pues de un cambio de paradigma, pasar del concepto de necesidad al de los derechos, dignidad y preferencias de las personas. En la tabla 1 se muestra, algunos de los elementos para pasar de un modelo tradicional al modelo ACP.

Una de las consecuencias de la importancia de los nuevos modelos sociales basados en la ACP es la disminución de las camas residenciales durante los últimos 25 años⁵. Sin embargo, existen diferencias sustanciales entre países con una larga tradición de atención residencial, como los países nórdicos y algunos países continentales, y los países de Europa del Sur y del Este que no tienen tal tradición. Los datos muestran que los países nórdicos han reducido significativamente el número de camas residenciales durante los últimos 25 años. Sin embargo, en algunos de estos países se crearon nuevas plazas residenciales entre 2005 y 2010. Esto refleja un proceso significativo de desinstitucionalización y un mayor énfasis en nuevos modelos residenciales⁶.

En la Tabla 2 se describen resumidamente las experiencias sobre el modelo de atención social en las residencias seleccionadas por su carácter innovador y de potencial referencia.

2. MODELO DE ATENCIÓN SANITARIA

La atención sanitaria a las personas mayores que viven en

las residencias depende del sistema sanitario correspondiente. En el caso de España, el sistema residencial da una atención sanitaria a sus residentes de carácter general, en caso de que se detecten problemas o se necesite una atención más especializada, los residentes son derivados al Sistema Nacional de Salud.

En las sociedades de nuestro entorno, los cambios demográficos han originado un envejecimiento progresivo de la población que conlleva una mayor prevalencia de la dependencia de las personas, así como una mayor prevalencia y complejidad de problemas derivados de las enfermedades crónicas que padecen. Por tanto, estamos hablando de una población frágil que necesita y tiene derecho a una mayor atención sanitaria. La tendencia actual muestra población con niveles de dependencia altos, comportando así un cambio en el perfil epidemiológico de la población en los centros residenciales.

La actual pandemia de COVID-19 ha puesto de manifiesto las dificultades, ya previas para el manejo de muchas enfermedades infecciosas (gastroenteritis por norovirus, enfermedades relacionadas con la asistencia sanitaria o IRAS, gripe, etcétera) y las carencias que vienen arrastrando estos centros residenciales en algunos aspectos, evidenciando la debilidad del sistema social y sanitario.

Una de las respuestas a este reto vendrá dada por una atención que sea capaz de resolver la interdependencia de los profesionales, para la coordinación y la gestión de todo el proceso asistencial que puedan requerir las personas.

La tendencia general identificada es la de la atención sanitaria integrada en base a los siguientes elementos:

1. Mejorar la cobertura sanitaria.
2. Integración asistencial entre servicios sanitarios y sociales.
3. Uso adecuado de los diferentes recursos del sistema sanitario.
4. Prestación farmacéutica basada en la elaboración de un plan terapéutico individualizado.

En la Tabla 3 se presenta la descripción de las experiencias seleccionadas.

Experiencia	Descripción
Dinamarca. Proyecto viviendas en grupo ⁷	El país ha promovido desde la década de los 90 el modelo de las "viviendas en grupo". Es el caso de la Residencia Fremtidens Plejehjem, donde los usuarios (en condición de inquilinos) tienen su propio apartamento y conviven en espacios comunes donde pueden comer, relacionarse y acceder a diferentes servicios sanitarios y sociales. Todos los usuarios cuentan con un plan de acción individualizado elaborado por su profesional de referencia en colaboración con ellos mismos y sus familiares.
Holanda. Hogeweyck. Proyecto pueblo reservado para personas con demencia ⁸	Se trata de una pequeña urbanización donde las personas se sienten en un entorno familiar (con acceso a zonas al aire libre para realizar sus actividades cotidianas), reconocible (los profesionales no llevan uniforme para facilitar la integración) y donde se promueve la autonomía personal. La financiación es mayormente pública (estatal) y el residente paga un precio según su situación económica. Cada residente dispone de atención por parte de personal social y de su profesional de referencia.
País Vasco. Proyecto Etxean Ondo ⁹	La iniciativa pretende dar respuesta a las preferencias y deseos de las personas mayores dependientes por vivir en residencias "como en casa". Así, se ha incrementado la ratio de auxiliares y su formación en ACP, identificado las preferencias de los residentes e incorporado actividades cotidianas con valor terapéutico, sentido y significado para los mismos. Los resultados son una mayor implicación de residentes y familiares en las actividades y un mejor trato y actitud de los profesionales.
Castilla y León. Proyecto En Mi Casa ¹⁰	El proyecto tiene como objetivo que el centro residencial sea lo más parecido posible al propio hogar. Se articulan "unidades de convivencia" donde 12-15 personas mayores conviven en espacios comunes similares a los de un hogar, siendo el caso de la Residencia Los Royales. Las unidades cuentan con cocina y habitación individual, sin control de enfermería, sin uniformes sanitarios, con participación de la familia, con personal propio formado y con grupos de apoyo.

Tabla 2. Experiencias innovadoras en el modelo de atención social.

En relación con la prestación farmacéutica en el ámbito residencial, el modelo centrado en las personas implica cambios organizativos del sistema de prestación farmacéutica en los centros residenciales. Algunos ejemplos son:

- En Castilla y León, una nueva normativa regula la atención farmacéutica en los centros sociosanitarios y centros residenciales, y se extienden las funciones del farmacéutico más allá del suministro: coordinación con el equipo del centro y con Atención Primaria, farmacovigilancia, educación sanitaria y seguimiento farmacoterapéutico, entre otros.
- En el País Vasco, todas las residencias públicas y las privadas de más de 100 camas serán atendidas por una Unidad de Farmacia Sociosanitaria creada expresamente para este servicio. En esta nueva Unidad se prepara la medicación de los residentes y se entregará periódicamente a las residencias.
- En Cataluña se apuesta por la figura del farmacéutico en el equipo multidisciplinar de atención sanitaria, clave para una mejor calidad en la atención a los residentes. El nuevo modelo de atención farmacéutica forma parte del PAISS pendiente de ponerse en práctica hasta realizar cambios normativos y organizativos. Este se desarrollará en base a 5 principios: proximidad, continuum asistencial, calidad, seguridad y equidad.

3. INTEGRACIÓN SOCIAL Y SANITARIA

La integración social y sanitaria se ha convertido en un tema de referencia para una parte creciente de los gobiernos de todo el mundo preocupados por mejorar la atención de las necesidades desde el triple punto de vista del bienestar alcanzado, las experiencias de los usuarios y el uso sostenible de los recursos. El objetivo de la atención integrada social y sanitaria es "mejorar la calidad de la atención, la calidad de vida, la satisfacción de las personas y la eficiencia del sistema". Los servicios de salud integrados y centrados en las personas suponen colocar las necesidades integrales de las personas y las comunidades en el centro de los sistemas de salud, no solo tener en cuenta las enfermedades, y hay que capacitar a las personas para que tengan un papel más activo en su propia salud¹⁶.

Se define atención integrada como el modelo de atención basado en las actuaciones conjuntas y solidarias de los profesionales y las organizaciones de los servicios sociales y los servicios sanitarios, que tiene como objetivo obtener buenos resultados en salud y bienestar, una adecuada utilización de los recursos y una buena experiencia de atención, con los cuales garantiza la atención integral y la atención centrada en la persona¹⁷.

Se demuestran beneficios derivados de la atención integrada, sobre todo en lo referente a la mejora en la accesibilidad de los servicios, la coordinación y la continuidad asistencial, la experiencia en la atención y la mejor prác-

Experiencia	Descripción
Escocia. Public Bodies Joint Workin ¹¹	En Escocia conviven dos tipos de centros residenciales: los residencial care homes y los nursing homes, diferenciándose los segundos por atender a personas dependientes con mayores necesidades sanitarias, disponiendo de personal de enfermería las 24h. Tras la aprobación de la Ley Public Bodies Joint Workin en 2014, las autoridades locales pueden delegar las funciones de servicios sociales a una comisión conjunta de integración con las entidades sanitarias. De esta manera, los acuerdos entre entidades locales de atención sanitaria y las residencias forman la base del modelo: los servicios sociales para personas adultas fueron transferidos al sistema sanitario para su gestión por un organismo nacional y los servicios comunitarios de atención a la infancia fueron transferidos a las autoridades locales.
Cataluña. Plan Interdepartamental de Atención Integrada Social y Sanitaria	Actualmente, el equipo del centro residencial tiene un nivel de dependencia importante con el equipo de Atención Primaria para derivaciones y prescripciones. El nuevo modelo pretende garantizar una atención continuada: si el centro es público se otorgará al equipo del centro residencial las mismas responsabilidades y funciones que el equipo de Atención Primaria; si es de gestión delegada, privada o concertada, el médico de la residencia formará parte del equipo de Atención Primaria y se integrará en el equipo sanitario del centro residencial, coordinándose con el equipo de enfermería del centro residencial para asegurar la continuidad del Plan de Cuidados. Se facilitará el acceso de estos profesionales a la historia clínica del paciente y a un sistema integrado de información que monitorice las distintas intervenciones sobre el mismo.
País Vasco. Estrategia sociosanitaria ¹²	Esta estrategia pretende reorganizar y coordinar el sistema social y sanitario. El despliegue de este modelo de integración del modelo sanitario con la red de centros residenciales define como objetivo principal la acreditación sanitaria obligatoria de las residencias, la garantía de prestación de cuestiones relacionadas con el final de la vida y la interoperabilidad con el Servicio Sanitario Vasco. Así, se ha optado por la extensión de la historia clínica digital y la prestación farmacéutica electrónica a las residencias de personas mayores, centros de discapacidad y centros de día a través de Convenios firmados entre éstos y el Servicio Sanitario Vasco.
Andalucía. Residencia de Mayores Cruz Roja de San Fernando ¹³	Esta experiencia destaca por tener un Programa de Atención Individualizado (PAI) desde 2014, donde comisiones multidisciplinares elaboran y evalúan objetivos para dar una buena atención a cada uno de sus residentes teniendo en cuenta las necesidades biológicas, psíquicas y sociales de los residentes y sus familiares. El refuerzo de la atención personalizada se logra mediante equipos multidisciplinares (con médicos, terapeutas, fisioterapeutas, psicólogos, trabajadores sociales, etc.) que se reúnen periódicamente para revisar los casos y crear planes individualizados. El seguimiento de los pacientes se registra en una aplicación informática que fortalece la coordinación de las diferentes áreas.
Cataluña. Equipos de Atención Residencial ¹⁴	Los EAR son dispositivos sanitarios asistenciales expertos en geriatría que, coordinados con los equipos de Atención Primaria (EAP) y los profesionales sanitarios de las residencias, mejoran la atención de las personas mayores más frágiles que viven en los centros residenciales. Estos equipos pertenecen al sistema público y pretenden mejorar la calidad y continuidad de la atención reorientando la utilización de servicios especializados. La alta resolución de casos por parte de estos equipos evita derivaciones innecesarias, y las derivaciones que realizan aseguran una mayor eficiencia en la utilización de los recursos.
Cataluña. Proyecto COVIDApp: seguimiento de la COVID-19 en residencias geriátricas ¹⁵	Es una solución de telemedicina que combina el control médico y actualiza datos de salud (temperatura, frecuencia cardíaca, oxígeno, ...) de los pacientes en tiempo real, con alarmas que se activan en caso de necesidad para priorizar una respuesta asistencial inmediata, permitiendo una rápida comunicación entre el personal de los geriátricos y el de Atención Primaria para su seguimiento. Esta aplicación, que ha medido la evolución de 10.000 residentes de 196 residencias y 4.000 trabajadores de la salud durante el mes de abril de 2020, permitió un rápido incremento en la detección de casos sospechosos.

Tabla 3. Experiencias innovadoras en el modelo de atención sanitaria.

tica colaborativa entre profesionales y organizaciones, así como una "mejora en los resultados de salud, el uso de recursos de institucionalización y las crisis derivadas de la claudicación de la persona cuidadora"¹¹⁸.

En cuanto a la gobernanza de la integración social y sanitaria, en la mayoría de los países europeos hay un reparto horizontal de las responsabilidades de la atención residencial entre el sector social y el sector salud, en términos de regulación, financiación y provisión del servicio. Esta división horizontal entre el sector sanitario y social se acompaña en muchos países de una división vertical de responsabilidades, con competencias divididas entre diferentes niveles nacional, regional y local (Tabla 4).

CONCLUSIONES

El modelo de atención centrada en la persona (ACP) en base al concepto de calidad de vida y bienestar es la tendencia de referencia en el ámbito del modelo de atención social. Tiene entre sus principios, mantener un continuo respeto a los valores de la persona, tener siempre en cuenta sus preferencias y actuar en base a las necesidades expresadas. Se trata de un cambio de paradigma, de pasar del concepto de necesidad al de los derechos, dignidad y preferencias de las personas.

Se han identificado una serie de experiencias ilustrativas de los cambios hacia el enfoque ACP, a nivel internacional que

Ejemplos	Descripción
Dinamarca	Las políticas nacionales definen los elementos principales, pero la mayor parte del sistema de atención residencial está organizado y financiado a nivel local y el nivel regional es responsable de la atención primaria.
Inglaterra	El modelo de integración social y sanitario con 4 elementos clave para su implementación: a) municipalismo, b) colaboraciones entre proveedores, público y privados mediante convenios o partenariados, c) sistemas de atención integrada (ICS), que crean comisionados de servicios sociales y sanitarios con las autoridades locales y otros socios para planificar y administrar los servicios y d) apoyo institucional con organismos nacionales y regionales, incluidos el NHS Comisión de Calidad de la Atención (CQC) y el Departamento de Salud y Atención Social.
Finlandia	Los municipios son responsables de organizar los servicios sociales y de salud para sus residentes. Los municipios pueden prestar servicios por sí mismos o en conjunto con otros municipios o comprar el servicio de actores privados con o sin fines de lucro.
Cataluña	Estrategia de atención integrada, en base a integración vertical (atención primaria y especializada) y horizontal (sanitaria y social) en el marco. Implica departamentos del gobierno y entes locales.

Tabla 4. Gobernanza de la integración social y sanitaria. Distribución de competencias entre niveles administrativos.

tienen en común el propósito de intentar integrar las preferencias de las personas buscando la similitud al hogar (“como en casa”).

Desde la perspectiva del modelo de atención sanitaria hay que hacer frente a un aumento de la prevalencia y la complejidad de problemas de salud y dependencia, derivadas de las enfermedades crónicas, la comorbilidad y la fragilidad, asociadas al envejecimiento de la población. La actual pandemia de COVID-19 ha puesto de manifiesto las dificultades ya previas para el manejo de muchas enfermedades infecciosas y las carencias que vienen arrastrando los centros residenciales.

La tendencia destacada es la atención sanitaria integrada a las personas en centros residenciales que se expresa por una mejora de la cobertura sanitaria, la integración entre los servicios sanitarios y sociales, el uso adecuado del conjunto de recursos del sistema sanitario, incluyendo la gestión clínica de la prestación farmacéutica.

En cuanto a la prestación farmacéutica en el ámbito residencial, se está trabajando en el despliegue del modelo centrado en la persona donde el farmacéutico, aparte de las actividades de gestión y control de los medicamentos, desarrollará actividades clínicas y asistenciales vinculadas a la gestión del conocimiento. Las propuestas giran en torno a que los servicios de farmacia de Atención Primaria, socio-sanitarios o de hospitales y las oficinas de farmacia realicen actividades vinculadas a la cadena terapéutica y de apoyo a los profesionales de las residencias.

El último aspecto destacado que se ha analizado en el estudio ha sido la integración social y sanitaria, condicionante básico para el abordaje de la atención en las residencias y que empieza a convertirse en una prioridad estratégica en muchos países que va más allá del debate sobre competencias. Requiere de un cambio profundo de la organización y las dinámicas de trabajo debido al cambio en el perfil de las personas y familias, de la complejidad y los retos asociados a las sociedades longevas, y de cómo el sistema de salud y el sistema social deben dar respuesta de manera integrada.

Para finalizar, como resultado del estudio, se observan unas necesidades que nos llevan a reflexionar sobre un conjunto de propuestas de mejora:

1. Promover la autonomía personal y la corresponsabilidad, no solo atender la dependencia.
2. Garantizar la equidad de acceso y respetar las preferencias de los usuarios desde la perspectiva del derecho a la salud. Gestionar los ingresos teniendo en cuenta sus necesidades sanitarias y sociales actuales, no sólo por el grado de dependencia de la persona.
3. Actualizar y ampliar la cartera de servicios incorporando servicios y actividades que promuevan la acción preventiva y comunitaria.
4. Integrar la atención sanitaria del ámbito residencial:
 - Desarrollar un sistema de acreditación residencial que garantice una mejor homogeneidad del sistema y, al mismo tiempo, reconozca las diversas capacidades asistenciales de las entidades para atender determinadas situaciones clínicas y de autonomía personal (rehabilitación, logopedia, terapeuta ocupacional). Una vez así, determinar los criterios de acceso y movilidad en función del perfil del residente.
 - Romper con la rigidez y la fragmentación de los servicios sociales y sanitarios. Para ello deben realizarse cambios hacia descentralización de las estructuras, flexibilidad organizativa y el consenso de protocolos y circuitos asistenciales.
 - Potenciar equipos asistenciales de residencias con una coordinación de sistemas de información, compartir conocimiento, integración de los circuitos, consenso de guías clínicas, trabajo en equipo entre dispositivos del territorio, etcétera.
 - Dotar a estos equipos de los recursos necesarios para dar una atención sanitaria de proximidad que garantice la calidad de vida y los desplazamientos por descompensación a otros dispositivos de la red.

- Adoptar un modelo de prestación farmacéutica para racionalizar la dispensación y proporcionar la máxima seguridad a las personas residentes
 - 5. Priorizar la mejora de las condiciones laborales de los profesionales de la red de servicios residenciales, tanto a nivel retributivo como en especialización, formación continuada, carreras profesionales, entre otros, que permita retener y captar talento profesional, el principal activo para prestigiar el sector.
 - 6. Mejorar la financiación para mejorar la calidad y la estabilidad de las condiciones laborales de los profesionales (retributivas, formación, formación continuada, carrera profesional ...).
 - 7. Identificar y resolver los requerimientos necesarios para el cambio transformacional:
 - Voluntad, liderazgo político, consenso social y gobernanza mediante pactos y acuerdos.
 - Mejorar y cambiar la mirada de todos sobre el valor de la atención residencial y de atención a la dependencia, con el objetivo de ser capaces de integrar y equilibrar la atención sanitaria y social como necesidad de la sociedad. Eliminar los estigmas tanto de la propia ciudadanía como de los propios profesionales para proporcionar seguridad a la ciudadanía.
 - Garantizar la equidad y calidad en la atención de todos los ciudadanos, independientemente de la titularidad de la gestión de los centros residenciales. Para ello hay que disponer de unos indicadores de evaluación cuantitativos y cualitativos para la continuidad y mejora continua de la atención en los centros residenciales, establecer objetivos de mejora y compartir buenas prácticas.
 - Coordinación efectiva de la red sanitaria y social en el territorio, con comités territoriales y gobernanza compartida.
 - 8. Apostar por una red de servicios residenciales de personas mayores inclusiva, armonizada, acreditada, estable, orientada a resultados y mejor financiada.
 - 9. Enfoque hacia la comunidad. La población tiene derecho a conocer los recursos que tiene acceso para dirigirse cuando tiene un problema. La información es un derecho.
 - 10. Dirección estratégica político-institucional que piense en cultura de servicios (necesidades, procesos, resultados y evaluación) más que en expedientes administrativos.
- especial énfasis en la que viven en residencias. Documento confidencial no publicado. Junio de 2020.
4. Gonzalez Exposito V. Atención centrada en la persona: una nueva tendencia en la provisión de cuidados. Escuela Universitaria de Enfermería. Universidad de Cantabria. 2017.
 5. World Health Organisation (WHO), Nursing and elderly home beds per 100,000 population. https://gateway.euro.who.int/en/indicators/hfa_490-5100-nursing-and-elderly-home-beds-per-100-000/
 6. European Policy Network. Challenges in long-term care in Europe. European Commission. 2018. <https://ec.europa.eu/social/BlobServlet?docId=20225&langId=en>
 7. Residencia Fremtidens Plejehjem. <https://plejehjemsoversigten.dk/>.
 8. Hogeweyk. Sitio web oficial. <https://hogeweyk.dementiavillage.com/en/>.
 9. PROYECTO ETXEAN ONDO RESIDENCIAS. Modelo de Atención Centrada en la Persona PROYECTOS: Gobierno Vasco, Departamento de Empleo y Políticas Sociales <https://www.matiafundazioa.eus/sites/default/files/files/MatiaFundazioaZahartzaroa.pdf>
 10. Servicios sociales Junta Castilla y Leon. Proyecto <https://serviciosociales.jcyl.es/web/es/personas-mayores/gusto-casa.html>
 11. Scottish Care. CARE HOMES: THEN, NOW AND THE UNCERTAIN FUTURE. <https://scottishcare.org/wp-content/uploads/2019/11/Care-Homes-Then-Now-and-the-Uncertain-Future.pdf>
 12. Administración de la Comunidad Autónoma del País Vasco. Prioridades estratégicas de atención sociosanitarias. Euskadi 2017- 2020. https://www.euskadi.eus/contenidos/informacion/publicaciones_departamento/es_def/adjuntos/stp/lineas-estrategicas-sociosanitarias-2017-2020.pdf
 13. New Health Foundation. Residencia de mayores Cruz Roja San Fernando de Atención Individualizado (PAI). Observatorio de Modelos Integrados en Salud Buenas prácticas en coordinación sociosanitaria. <http://www.newhealthfoundation.org/web/wp-content/uploads/2015/12/experiencia-l.pdf>
 14. Grup Mutuam. Memoria de actividad 2019. <https://www.mutuam.es/quienes-somos/portal-de-transparencia/actividad>
 15. SEFAP. COVIDApp: seguimiento del COVID-19 en residencias geriátricas. <https://www.sefap.org/2020/07/08/COVIDapp-aplicacion-movil-como-estrategia-para-el-seguimiento-de-la-pandemia-del-COVID-en-residencias-geriatricas/>
 16. Busse R, Blümel M, Scheller-Kreinsen D, Zentner A. Tackling chronic disease in Europe: strategies, interventions and challenges [Internet]. Copenhagen: 2010 [cited 2016 Sep 1]. Available from: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/96632/E93736.pdf.
 17. TERM CAT. Atenció integrada. Terminologia de l'atenció integrada <https://www.termcat.cat/ca/diccionaris-en-linia/230/search/atencióintegrada?type=basic&language=&condition=match>
 18. Sarquella, E., Ledesma, A., Blay, C. et al. (2015). Atenció integrada: oportunitat, repte, necessitat?: transformant l'atenció a les persones. Revista de treball social, núm. 206 (2015), p. 66-81. Barcelona: Col·legi Oficial de Treball Social de Catalunya.

BIBLIOGRAFÍA

1. Fundació Unió Catalana d'Hospitals. Centros residenciales. Análisis de modelos de atención, experiencias innovadoras y propuestas de mejora. Estudios de la Fundació Unió. 2020.
2. IMSERSO. Los modelos de atención en alojamientos residenciales para personas en situación de dependencia. 2006. <https://www.imserso.es/InterPresent1/groups/imserso/documents/binario/modelosalojamiento.pdf>
3. Grupo de Trabajo Multidisciplinar (GTM) del Ministerio de Ciencia e Innovación. Informe del GTM sobre el impacto de la COVID-19 en las personas mayores, con



En colaboración con Janssen España