



OMIS

OBSERVATORIO DE MODELOS
INTEGRADOS EN SALUD
DE NEW HEALTH FOUNDATION

Experiencias en Atención Integrada

Programa de Atención Integrada Sanitaria y Social: Salut+Social

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

Tema: Cronicidad y Cuidados de Larga Duración.

Categorías: Cambios Organizativos; Sistemas de Información y Nuevas Tecnologías.

Organización: CAP Amposta (SAP Terres de l'Ebre).

Lugar: Amposta (Tarragona), Cataluña.

Fecha de inicio: 2014.

Esta práctica continua activa: Sí.

RESUMEN EJECUTIVO

Amposta es un municipio de la provincia catalana de Tarragona, España. La población es de 21.197 habitantes y dispone de un Centro de Asistencia primaria gestionado por el Institut Català de la Salut (ICS) con un equipo de 40 profesionales. Tiene Servicios Sociales Básicos propios por ser un municipio de más de 20000 habitantes.

Los dos servicios de bienestar social y salud, apuestan por la integración y trabajo conjunto de los dos sistemas por las diferentes razones que a continuación se exponen:

- El concepto de integración de servicios facilita la atención al usuario desde una visión global. Se entiende que hoy en día no tiene sentido que los dos sistemas de atención trabajen de manera paralela o separada, puesto que tienen que confluir en una intervención integral de la realidad del usuario/ciudadano.
- La puesta en marcha de un trabajo conjunto ha supuesto un revulsivo para ambas organizaciones. Ha sido un empujón a la necesidad y ganas de establecer mecanismos de trabajo, comunicación y coordinación entre los profesionales sanitarios y sociales que por diferentes motivos y circunstancias no salían adelante.
- El trabajo conjunto ha dado lugar a la consolidación y permanencia del concepto de Innovación en el día a día del trabajo profesional, y se ha convertido en un elemento de mejora continua. La motivación de los profesionales y de los equipos es constante y permanente.

Salut+Social: es una aplicación tecnológica que permite implantar un sistema de comunicación ágil, fluido y con garantías, entre los servicios de salud y los sociales que hasta el momento era inexistente en el territorio. También introduce los conceptos de método, rigor, registro y evaluación de la información entre los dos sistemas de bienestar.

Esta herramienta tecnológica, además, ha potenciado la creación de un primer nivel conjunto de trabajo entre los servicios sociales y de salud a escala local, donde una **comisión se reúne con carácter mensual** para coordinar, entre otros aspectos, el Programa de Atención Domiciliaría (ATDOM) y el Servicio de Ayuda a Domicilio (SAD) Social y Dependencia. En estas reuniones se abordan casos comunes para los servicios y se discuten estrategias de intervención.

Esta comisión está formada por el personal de AP (enfermeras, enfermera gestora de casos, médicos, enfermeras domiciliaria), por el de servicios sociales del ayuntamiento, y la trabajadora social del hospital.

En el ámbito de los servicios sociales se refuerza el papel de los **técnicos de dependencia y de servicios de atención domiciliaria como referentes de la coordinación con el ámbito de la salud (la enfermera y el médico de AP son los encargados de comunicarse con ellos)**, dado que son estos los profesionales encargados de establecer planes de intervención individuales después de una valoración de los profesionales de primera acogida. Estos referentes, dos trabajadoras sociales, son las que participan en las comisiones de carácter mensual mencionadas anteriormente.

Así, se constata la necesidad de **establecer rigor y metodología técnica en esta relación y surge una iniciativa de cariz tecnológico** (gracias a la colaboración y gran implicación de la Unidad de Sistemas de Información de la Gerencia Territorial del Institut Català de la Salut a las Terres del Ebre) denominada: **Salut+Social**.

La herramienta **Salut+Social** sobre todo es creada para conseguir mejorar la atención y la calidad de vida de las usuarios que sufren enfermedades crónicas.

Los pacientes incluidos en esta aplicación y, por tanto visibles por ambos sistemas, son los PCC y MACA. La información sanitaria disponible: (1) si están en el programa de atención domiciliaria, (2) si tienen una demencia, (3) si tienen una enfermedad neurodegenerativa, ictus y (4) médico y enfermera asignados..., y por servicios sociales: (1) grado de dependencia (2) si tienen servicio de teleasistencia (3) si tienen servicio de ayuda a domicilio SAP, (4) si van o no a un centro de día, (5) si hay cuidador (se registra) y (6) que trabajador social tiene asignado.

Además, el programa dispone de un servicio de mensajería inmediata al correo electrónico que notifica a los profesionales de las diferentes consultas que se han hecho en referencia a los pacientes.

Usuarios registrados a fecha de abril del 2016: 852

Número de interconsultas: 1193

La iniciativa se implementó en julio del 2014 gracias al convenio que firmaron entre el Institut Català de la Salut (ICS) y el Ayuntamiento de Amposta y ya en el momento de la firma desde el ICS se avanzó la voluntad de hacer llegar la iniciativa al resto del territorio.



Posteriormente, en octubre del 2014 se incorporó también al proyecto de integración, profesionales del Hospital Comarcal de Amposta (trabajadora social) y la trabajadora social y Gestora de Casos del Hospital de referencia para poder hacer ya un abordaje mucho más completo e integral, en aquellos usuarios que están hospitalizados i que en el momento de la alta al domicilio requerirán de un seguimiento sociosanitario integral.

Además contempla entre otras medidas, la creación de una historia clínica y social compartida entre los departamentos de Salud y de Bienestar Social y Familia. Por ello hace falta también que transformemos nuestras organizaciones para hacer frente este gran reto que es la cronicidad.

Objetivos del programa:

- Facilitar la coordinación entre atención primaria, especializada y socio sanitaria. Todos los agentes por el usuario siendo éste el centro del sistema socio sanitario.
- Mejorar los resultados de salud y bienestar de los usuarios
- Contribuir a la sostenibilidad del actual sistema de salud y bienestar, garantizando la utilización más adecuada de los recursos disponibles.
- Asegurar una respuesta personalizada y adaptada a las necesidades asistenciales de las personas en situación de complejidad social y sanitaria, que mejore la calidad de la atención y permita una mayor corresponsabilidad y apoderamiento de las usuarios
- Informar a los usuarios y a sus familiares.
- Potenciar la autonomía de los usuarios y de sus familias.
- Iniciar los trámites administrativos y que éstos sean claros y ágiles.
- Crear un proceso específico integral de atención a las demencias





PRINCIPALES BARRERAS

1. No compartir espacios físicos comunes de trabajo
2. Tener diferentes órganos jerárquicos
3. Sistemas informáticos no comunicados

ELEMENTOS FACILITADORES

1. El concepto de integración de servicios facilita la atención del usuario desde una visión global.
2. El trabajo conjunto ha dado lugar a la consolidación y permanencia del concepto de Innovación en el día a día del trabajo profesional.
3. Hay que avanzar en la integración de los sistemas sanitario y social de ambos sistemas para abordar la cronicidad
4. El aplicativo informático ha sido un revulsivo para las organizaciones, hemos conseguido una nueva manera de trabajo conjunto.
5. El aplicativo nos permite ofrecer respuestas rápida y conjunta a las necesidades sanitarias y sociales.



ENSEÑANZAS QUE APORTA LA PRÁCTICA

1. La aplicación ha sido muy bien recibida, especialmente por los profesionales de los servicios sociales, ya que ha conseguido resolver el problema de la coordinación entre especialidades y profesionales que existía actualmente.
2. A grandes rasgos, la aplicación:
 - a. Mejora la asistencia a los usuarios PCC y MACA mediante la coordinación de todos los profesionales implicados, sean del sector y empresa que sean.
 - b. Facilita la compartición de la información de los usuarios PCC y MACA entre los diferentes proveedores que los atienden, gestionando quién puede acceder y cómo.
 - c. Evita duplicidades de información entre la labor de los asistentes sociales (ayuntamientos) y los profesionales sanitarios ICS y SAGESA.
 - d. El sistema de avisos de la aplicación permite que los profesionales tengan conocimiento de cualquier actuación que se haga sobre un usuario.
 - e. Mayor satisfacción de los profesionales y de los usuarios
3. El concepto de integración de servicios facilita la atención al usuario desde una visión global.



4. Mejora importante en la coordinación de todos los ámbitos:
 - a. Agilización de las gestiones.
 - b. Seguridad y confidencialidad.
 - c. Facilidad en los seguimientos de las intervenciones realizadas.
 - d. Mayor facilidad porque llegue al profesional de referencia la información que se quiere transmitir.
 - e. Atención más global verso los pacientes/usuarios.
 - f. Objetivos compartidos.
 - g. Comunicación fluida y constante.
 - h. Puentes de diálogo y de comunicación estructurados.
 - i. Perspectiva multidimensional a partir de las visiones diferentes.
 - j. Conocernos mejor. La integración de las trabajadoras sociales a la CAP de Amposta

INFORMACIÓN ADICIONAL

- (http://premsa.gencat.cat/pres_fsvp/AppJava/notapremsavw/276343/ca/amposta-implementa-nova-experiencia-salut-social-dinterconnexio-professionals-serveis-socials-lajuntament.do)
- Hay que avanzar en la integración de los sistemas sanitario y social de ambos sistemas para abordar la cronicidad. Tal como nos indica el Plan de Salud 2011-2015 de Cataluña en el marco del Programa de prevención y atención a la cronicidad. Las patologías crónicas suponen actualmente el 80% de la mortalidad, y consumen más del 50% de los recursos del sistema. Tres de cada diez catalanes reconocen sufrir o haber sufrido una enfermedad crónica y esta cifra se incrementará en los próximos años, a medida que la población envejezca y mientras los estilos de vida no mejoren. Tenemos que garantizar la continuidad asistencial, tal como nos indica el Plan Interdepartamental de Atención e Interacción Social y Sanitaria (PIAISS), aprobado por el Gobierno de la Generalitat en febrero del 2014, puesto que muchos enfermos crónicos sufren situaciones sociales extremadamente complicadas. Este plan tiene por misión promover y participar en la transformación del modelo de atención social y sanitaria con la finalidad de garantizar una atención integrada centrada en las personas, capaz de dar respuestas a sus necesidades.



SEVILLA | 04 ABRIL 2016



**NEW HEALTH
FOUNDATION**

CALIDAD SOCIAL Y SANITARIA

+34 954 414 785

AVENIDA MENENDEZ PELAYO, 20 4º, 41004 SEVILLA. SPAIN

NEWHEALTHFOUNDATION.

Práctica enviada por: Ester Gavaldà Espelta , el 12 de abril de 2016