



NEW HEALTH  
FOUNDATION

CALIDAD SOCIAL Y SANITARIA



OMIS

# INFORME DE VALOR (IVA)

SEVILLA | 05 FEBRERO 2016

---

+34 639 343 050 | +34 954 414 785  
AVENIDA MENENDEZ PELAYO, 20 4º, 41004 SEVILLA. SPAIN  
[NEWHEALTHFOUNDATION.ORG](http://NEWHEALTHFOUNDATION.ORG)

## PROGRAMA DE ATENCIÓN INTEGRADA AL PACIENTE CRÓNICO COMPLEJO

Practica desarrollada por el Instituto Catalán de Salud y el Ayuntamiento de Sabadell, Cataluña.

---

### RESUMEN

- El Programa de Atención Integrada al Paciente Crónico Complejo (PCC), actualmente en marcha en el área de salud de Sabadell, activa una red integrada de atención a las personas con patología crónica que incurren en múltiples ingresos no programados y uso frecuente del servicio de urgencias.
- Gestionado desde Atención Primaria, el programa propone fórmulas organizativas para potenciar el autocuidado y el seguimiento proactivo del paciente crónico complejo, mejorar el control de su enfermedad, y así evitar descompensaciones e ingresos.
- Como elementos innovadores y transformadores destacan: (i) el rol de la enfermera experta (EE) en PCC que actúa como gestora de caso con funciones de coordinación del equipo multidisciplinar, creación de plan personalizado, revisión de casos y nexo entre AP y hospitales y; (ii) la formación de dos unidades de atención urgente al paciente crónico complejo en centros de atención primaria.
- En ausencia de evaluaciones sistemáticas, el programa ofrece prometedores resultados en lo referente a satisfacción de los usuarios y de los profesionales participantes. Persisten retos como el lograr un mayor estabilidad institucional y obtener mayor reconocimiento interno en la organización.

Tema: Cronicidad o cuidados de larga duración / Categoría: Planes y programas y Procesos de gestión (circuitos y protocolos).

---

### SUMMARY

- The integrated care program for chronic and complex patients (PCC) currently undergoing in the primary care district of Sabadell activates an integrated network of care services for people with chronic conditions who incur in multiple and unscheduled hospital admission and make frequent visits to the emergency department.
- Under the leadership of primary care, the new organizational model promotes the self-care and proactive monitoring of patients with chronic and complex needs and aims to avoid potential acute episodes and hospital admissions.
- The main innovations are: (i) the Expert Nurse role, who acts as case manager, coordinating a multidisciplinary team, elaborating personalised plans, reviewing treatment patterns and being the link between primary care and hospitals; (ii) the Chronic Patients Emergency Unit at primary care centres.
- Anecdotal evidence points to promising results in patient and staff satisfaction. There remain challenges such as achieving greater institutional stability and internal recognition by the organisation.

## DESCRIPCIÓN DE LA PRÁCTICA

---

### ¿Qué es?

- Un programa de atención integrada que atiende a personas con patología crónica con múltiples ingresos no programados y uso frecuente del servicio de urgencias.
- El Programa de Atención Integrada al Paciente Crónico Complejo ofrece una atención personalizada, planificada e integrada. A los pacientes de este programa se les realiza un plan de atención personalizado y se promueven fórmulas organizativas de autocuidado con el objetivo de empoderar al paciente y mejorar su control sobre la enfermedad. De esta manera se evitan ingresos no programados y descompensaciones.
- Para la creación de la población diana se llevo a cabo una identificación del grupo de riesgo gracias a un modelo de variables desarrollado por el equipo PIAISS (Pla Interdepartamental d'Atenció en Interacció Social i Sanitaria).
- Los criterios de inclusión al programa son: paciente con pluripatología crónica y/o fragilidad y/o situación avanzada. El paciente deberá contar con dos o más ingresos hospitalarios urgentes en los últimos 12 meses, así como mostrar indicadores de fragilidad o disponer de un pronóstico de vida limitado. Estos pacientes podrán beneficiarse de una intervención de gestión de caso i interdisciplinaria debido a su alta complejidad.
- En el 2015 eran 2868 la personas integradas en el programa PCC de Sabadell, lo que supone el 2% de la población atendida por Atención Primaria sanitaria. De ellas el 37% tenían atención domiciliaria sanitaria y un plan compartido el 77,7%.
- Perfil social del PCC de Sabadell: alrededor del 72,8% de los pacientes del programa tenían historia social abierta. El 50,2% tenía reconocimiento de grado de dependencia (38,2% Grado III , 39,8% Grado II), el 19,8% disponía de atención domiciliaria social y el 27,7% tenían teleasistencia.
- Las personas con mayor complejidad asistencial tienen un referente (gestor del caso) que coordina el equipo multidisciplinar y los diferentes dispositivos asistenciales. De estos pacientes complejos el 86% tenía historia social abierta, el 60,1% tenía reconocimiento de grado de dependencia (43,6% Grado III , 39,1% Grado II) y el 28% disponía de atención domiciliaria.
- El modelo organizativo consiste en la integración de los servicios sociales básicos con los servicios de salud, ubicando los servicios sociales comunitarios dentro de los centros de atención primaria de salud (CAP). Así, existen equipos de trabajadores sociales (especializados en dependencia y exclusión social) trabajando cooperativamente con los profesionales de atención primaria.

- De este modo, atención primaria se convierte en el eje vertebrador del modelo ejecutando liderazgo con el resto de dispositivos sociales y de salud.

---

### **¿Cómo se ha desarrollado?**

- El municipio de Sabadell desarrolló en el año 1984 el primer modelo de colaboración sociosanitaria de todo el territorio catalán, siendo este ratificado por el Ayuntamiento de Sabadell y el Instituto Catalán de Salud en 1994. La población diana a la que se dirigía este primer modelo era muy amplia ya que incluía a toda persona que mostrase problemas de exclusión social y sanitarios. Desde entonces hasta el 2013 se han ido consolidando unas estructuras de trabajo que han servido de base para el posterior desarrollo de programas como el del PCC.
- El Programa de Atención Integrada al Paciente Crónico complejo se desarrolló en el año 2013 promovido por el ayuntamiento de Sabadell y el Instituto Catalán de Salud. Este programa vino a formalizar, gracias a la creación de protocolos y circuitos, las estructuras de coordinación que ya existían en Sabadell desde los años 80.

---

### **¿Qué pretende?**

- Activar una red integrada de atención a las personas con patología crónica con múltiples ingresos no programados. Asegurar la continuidad asistencial.
- Situar a la atención primaria en el eje vertebrador del modelo liderando la coordinación con el resto de dispositivos sociales y de salud.
- Adecuar los recursos y los servicios que tienen que ver con la atención al PCC.
- Fomentar el trabajo en equipo y la coordinación de los profesionales que conforman el servicio de atención integrada.
- Potenciar fórmulas proactivas, implicar al paciente y a la familia, promover el autocuidado y aumentar la autonomía del paciente.

---

## ¿Cuáles son los beneficios esperados?

- La obtención de mejores resultados de salud.
- La disminución de: (i) el número de visitas a urgencias hospitalarias debido a patologías crónicas; (ii) el número de ingresos urgentes no programados; y (iii) los días de hospitalización.
- Evitar descompensaciones e ingresos.
- Mejorar la competencia de los profesionales de atención primaria y especializada en el manejo de los pacientes crónicos.

---

## ¿Con qué resultados hasta la fecha?

- El programa para pacientes complejos dispone de resultados de porcentaje de disminución de ingresos hospitalarios y visitas a urgencias:
  - Entre 2014 y 2015 se redujo el número de ingresos hospitalarios de 0,6 a 0,3 por persona y han aumentado las vistas de urgencias en atención primaria de 1,02 a 1,25 por persona.
  - Los pacientes que reciben un servicio de gestión de caso suponen el 6% del total de los PCC. Esta mayor complejidad se refleja en una mayor proporción de personas con atención domiciliaria sanitaria (59,4). Destaca entre 2014 y 2015 una disminución del numero de ingresos hospitalarios por persona (de 1,1 a 0,6) y de atención en urgencias de atención primaria (de 1,8 a 0,6).
- El diseño del programa de Sabadell incluye una lista de indicadores para la evaluación del programa.

## ¿QUÉ APORTA DE NUEVO LA PRÁCTICA?

- La idoneidad de este tipo de programas dirigidos a pacientes crónicos complejos es alta, ya que debido a los cambios demográficos, el aumento de la población mayor de 65 años supone una mayor presencia de enfermedades crónicas. El Programa de Atención y Prevención a la Cronicidad de Cataluña, documento base sobre el que se desarrolla el Programa de Atención Integrada al PCC de Sabadell, justifica de manera explícita la necesidad de este tipo de programas: *“Las indicaciones de la OMS, en el actual escenario de crisis y de acuerdo con las previsiones poblacionales –que apuntan a un notable envejecimiento de la población en las próximas décadas- recomiendan revisar los modelos asistenciales de los que disponen para hacer los cambios necesarios y dar respuesta adecuada a los retos que el nuevo escenario social, económico y demográfico plantea”*<sup>1</sup>. Asimismo, el Plan Funcional del Paciente Crónico de Vallés Occidental ofrece datos a cerca de la concentración de gasto sanitario en este perfil de paciente (el 75% de los recursos se dirige al 5% de la población que son los pacientes crónicos) y la necesidad de cambiar el modelo asistencial.
- Ya existen experiencias internacionales y nacionales con resultados de éxito que contemplan la implementación de modelos de atención integrada como la mejor respuesta a situaciones de cronicidad, en las que las necesidades sociales y sanitarias se presentan y se contemplan de manera conjunta. Un ejemplo sería el programa para la Atención del Paciente Crónico en Hospitalet del Llobregat (Barcelona) con resultados positivos en términos de reducción de ingresos de enfermos crónicos en un 3%. Este programa se basa en la coordinación entre niveles sanitarios asistenciales, servicio de urgencias a domicilio y la figura de gestora de casos.
- La presencia del equipo de servicios sociales comunitarios dentro del propio centro de salud facilita la coordinación de ambos sectores, lo cual es imprescindible para el buen desarrollo del programa.
- La creación de la enfermera experta en pacientes crónicos complejos como coordinadora del equipo multidisciplinar (médico, enfermera, trabajadores sociales y posibles participantes) y responsable del desarrollo del plan personalizado (acordado con paciente, familiares y equipo multidisciplinar) y de su cumplimiento es un elemento clave e innovador de esta experiencia en atención integrada.
  - Además, la enfermera experta actúa como profesional de referencia y asegura la continuidad asistencial.

---

<sup>1</sup> Gobierno de Cataluña (2012), Programa de Prevenció i Atenció a la Cronicitat  
[http://salutweb.gencat.cat/web/.content/home/ambits\\_tematicos/linies\\_dactuacio/model\\_assistencial/atencio\\_al\\_malalt\\_cronic/documents/arxiu/562conceptual.pdf](http://salutweb.gencat.cat/web/.content/home/ambits_tematicos/linies_dactuacio/model_assistencial/atencio_al_malalt_cronic/documents/arxiu/562conceptual.pdf)

- La creación de dos Unidades de Atención Urgente al PCC (AP Sabadell y Ripollet) como medida para mejorar la eficiencia del servicio de urgencias de atención primaria y que consta de profesionales médicos, enfermeras y una unidad de observación con dos camas. Los profesionales que forman este equipo de atención reciben formación específica en rutas asistenciales y cronicidad. La Unidad está coordinada con el equipo de AP, las gestoras de casos y el Hospital del referencia. El servicio está disponible durante los 365 días del año, 24 horas.

### Innovación

- En el contexto de cambio demográfico actual y de aumento de la prevalencia de personas con enfermedades crónicas, la reorientación de los sistemas de atención a estos pacientes es oportuna, necesaria y urgente. Ya disponemos de suficiente evidencia nacional e internacional de la idoneidad y potencial éxito de intervenciones orientadas a pacientes crónicos complejos.
- La existencia de elementos como la presencia del equipo de servicios sociales dentro del propio centro de salud, la figura de la enfermera experta y la creación de la unidad de urgencias justifican su carácter innovador.

## ¿QUÉ ELEMENTOS TRANSFORMADORES MARCAN LA DIFERENCIA?

- Consideramos que el alcance del Programa al Paciente Crónico Complejo de Sabadell tiene que valorarse dentro de una estrategia más amplia que es el Programa Catalán de Atención y Prevención a la Cronicidad. En Sabadell se han incluido ya 2868 pacientes, lo que supone el 2% del total de la población atendida en primaria, por lo que podemos afirmar que su alcance es notorio.
- Las proyecciones de envejecimiento de la población indican que la población diana a la que va dirigida este tipo de programas será cada vez más amplia.
- Los criterios de inclusión del programa no se ciñen a ninguna patología en particular, por lo que el número de personas que cumplen los requisitos y por tanto el alcance del programa es amplio.
- El Programa de Sabadell afecta tanto a los servicios sanitarios (atención primaria, especializada, urgencias) como sociales (servicios comunitarios).
- Una de los elementos con mayor capacidad transformadora del programa de Sabadell es la aportación de indicadores para medir el impacto del programa al paciente crónico complejo. Desde el OMIS consideramos que esta lista puede servir también para la evaluación de otros programas de atención integrada:
  - Número de ingresos de urgencia debido a enfermedades crónicas.
  - Número de visitas a urgencias hospitalarias, también debido a enfermedades crónicas.
  - Número de reingresos (segundo ingreso antes de 30 días del último ingreso y debido al mismo proceso).
  - Número de días de hospitalización.
  - Porcentaje de visitas realizadas por enfermería, medicina y trabajadora social de los equipos de AP.
  - Cumplimiento del tratamiento (mediante el uso de un cuestionario de monitorización).
  - Indicadores de salud: EPOC (Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica), ICC (Insuficiencia cardíaca crónica).
  - Formación realizada al personal del SAP (Servicios de Atención Primaria).
  - Reuniones con otros dispositivos asistenciales.
  - Aumento de conciliación con farmacia.



- Valoración social por parte de la trabajadora social.
- El Comité Técnico del OMIS propone la inclusión de otros indicadores de medición de impacto para programas dirigidos a pacientes crónicos como el número de amputaciones de pie diabético.<sup>2</sup>

### **Transformación**

- El alcance de la intervención del programa que nos ocupa es amplio si tenemos en cuenta la población a la que va dirigida, los factores de riesgo y los factores sobre los que interviene.
- El avance en atención integrada se encuentra sobretodo en los niveles organizativo y de gestión y administración de recursos.

---

<sup>2</sup> Artículo publicado en la revista Gaceta Médica (Enero 2015)  
<http://www.gacetamedica.com/noticias-medicina/2016-01-15/especializada/la-tasa-de-amputacion-por-pie-diabetico-es-muy-superior-en-espana/pagina.aspx?idart=959327>

## ELEMENTOS FACILITADORES Y BARRERAS

---

### Elementos facilitadores

- Tradición de colaboración en el territorio que ha generado un conocimiento mutuo y una cultura de trabajo como equipo.
- La integración del programa en todos los niveles de las distintas organizaciones que participan.
- El compromiso de profesionales que lo han posibilitado.
- La compartición de espacio en el servicio de atención primaria por los profesionales de la salud y sociales.

---

### Barreras

- Los servicios sociales no tienen un sistema de información común, ni sistema de clasificación de perfiles ni problemáticas validadas.
- No existe un sistema de información común entre sistema sanitario y social lo que dificulta la gestión de casos y frena la implicación de los profesionales ya muy sobrecargados.
- El trabajo colaborativo debe de ser legitimado, promovido, valorado y fuertemente reconocido.
- Las modificaciones en la plantilla de profesionales pueden comprometer el éxito del programa.
- Es necesario y a menudo falta un compromiso institucional (político y organizativo) fuerte y un reconocimiento efectivo (económico, carrera profesional..). de los profesionales que participan.

### Implementación

- La perdurabilidad y sostenibilidad del programa puede verse comprometida por cambios en el personal sanitario y social y por falta de apoyo político. Su sostenibilidad por tanto no es suficientemente sólida.
- Su replicación podría categorizarse como fácil.
- El proceso de diseño del programa fue mayoritariamente bottom-up, a través de la constitución de comisiones de trabajo formadas por profesionales de ambos sectores. El plan funcional de Sabadell influyó, en gran medida, en el desarrollo del programa Atención Integrada al PCC impulsado por el PIAISS.

## RESUMEN DEL ANÁLISIS DE VALOR

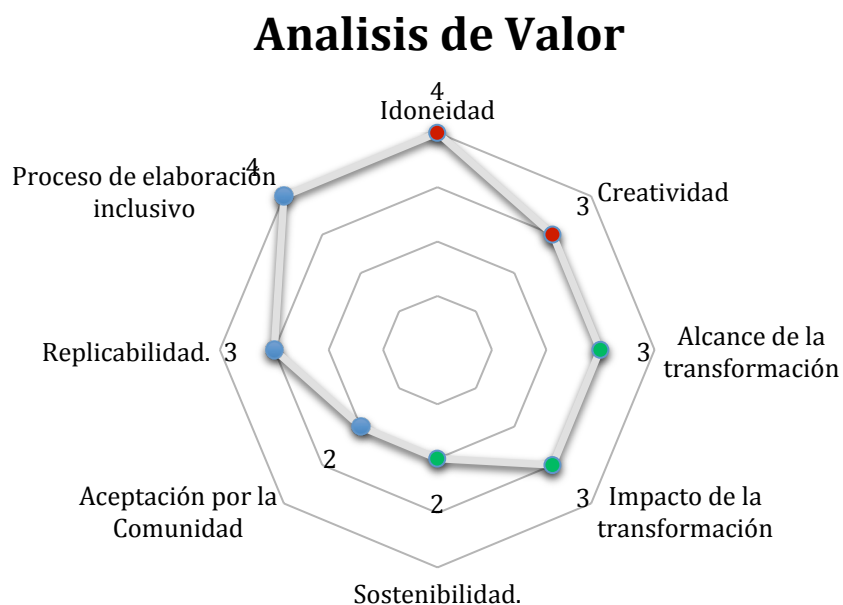


Gráfico. Análisis de valor.

Dimensión	Elemento	Puntuación	Justificación
Innovación	Idoneidad	4	Evidencia científica.
	Creatividad	3	Rol enfermera experta y empoderamiento del paciente.
Transformación	Alcance de la transformación	3	Población diana amplia y en crecimiento.
	Impacto de la transformación	3	Organizacional y gestión de recursos.
Implantación	Sostenibilidad	2	Riesgo de falta de apoyo político y contexto económico poco favorable.
	Aceptación por la comunidad	2	Se produjeron resistencias durante el proceso de implementación.
	Replicabilidad	3	Fácil.
	Proceso de elaboración inclusivo	4	Aunque impulsado por el PIAISS fue un proceso de tipo bottom-up.

0: valor mínimo; 4: valor máximo

Informe publicado por Observatorio de Modelos Integrados en Salud OMIS. Fundación New Health.  
Disponible en: <http://www.newhealthfoundation.org/informes-de-valor-ivas/>



Fundación NewHealth.  
[www.newhealthfoundation.org](http://www.newhealthfoundation.org)  
Nº Registro: 41-0264

Fecha de publicación de informe  
5 de febrero de 2016.

**La Fundación NewHealth** es una organización sin ánimo de lucro que tiene como misión principal promover el desarrollo de un nuevo modelo de salud capaz de responder de manera eficiente y excelente a las nuevas realidades de nuestro entorno, enfocando sus servicios hacia la mejora integral de pacientes con enfermedades avanzadas a través de la innovación y aportando soluciones que mejoren diferentes aspectos del espectro de atención, desde la perspectiva de atención socio sanitaria integrada y los cuidados paliativos.