



**OMIS**

OBSERVATORIO DE MODELOS  
INTEGRADOS EN SALUD  
DE NEW HEALTH FOUNDATION

Experiencias en Atención Integrada

## UNIDAD FUNCIONAL DE CRÓNICOS (Mútua Terrassa)

*La Unidad Funcional de Crónicos de Mútua Terrassa (MT) forma parte , junto con la Unidad de Subagudos, del Modelo de Atención al Paciente Crónico, desarrollado por esta organización. Ambas unidades atienden al paciente crónico complejo (PCC) y al paciente crónico avanzado (MACA) ofreciéndoles el servicio más adecuado en cada momento de la evolución de su enfermedad. Esto lo hace mediante la elaboración de un plan funcional y la formación de un equipo multidisciplinar (profesionales de Atención Primaria (AP), Centros de Especialidades (CCEE) y Centros de Día) ,coordinado por la enfermera gestora de casos de AP.*

**Tema:** Cronicidad y Cuidados de Larga Duración.

**Categorías:** Cambios Organizativos.

**Organización:** Mútua Terrassa.

**Lugar:** Vallés Occidental Oest, Barcelona (Cataluña).

**Fecha de inicio:** 2012.

**Esta práctica continua activa:** Sí.



## RESUMEN EJECUTIVO

La atención integral e integrada al paciente crónico es uno de los retos de futuro del sistema sanitario. En este sentido, alineados con el Plan de Salud de Cataluña y dentro del Plan Estratégico de la institución, MT se propone en 2012 crear un modelo de atención al paciente crónico centrado en las necesidades del paciente y basado en los conceptos de transversalidad, multidisciplinariedad, proactividad, reordenación de recursos y liderazgo de los profesionales, que incorpora la creación de nuevos dispositivos para atender al paciente crónico complejo (PCC) y el paciente con enfermedad crónica avanzada (MACA).

El objetivo del proyecto fue desarrollar un modelo de atención proactiva, resolutoria y eficiente al PCC / MACA, intentando mantenerlo controlado utilizando el dispositivo asistencial más adecuado en cada momento de la evolución de su enfermedad.

Durante el año 2012 se definió el modelo de atención a la cronicidad de MT y se empezaron a elaborar los primeros proyectos derivados de este, entre los que está la creación de la Unidad Funcional de Crónicos (UFC) y la Unidad de Subagudos (US). Se elaboró el plan funcional; la actividad asistencial en forma de identificación de pacientes y proactividad se inició en julio de 2012 y, durante el último trimestre del año, se pusieron en funcionamiento los nuevos dispositivos, con cuatro UFC de primer nivel en la atención primaria (AP), una UFC de segundo nivel a la atención especializada (AE) y una US en el Centro Sociosanitario (CSS) Vallparadís. Durante el periodo 2013-2014 se realizaron diferentes actuaciones de mejora; las más relevantes relacionadas con la definición de los criterios de inclusión en el programa y marcaje de los pacientes, el modelo de atención al paciente con enfermedad crónica avanzada (MACA) y la implantación de nuevos circuitos asistenciales de atención al PCC / MACA. Posteriormente, se han ido incorporando nuevas unidades (unidad de PCC en salud mental, unidad de PCC en neumología, unidad de PCC/MACA ingresados en medicina interna) y se han ido poniendo en marcha nuevos proyectos, como la atención al PCC/MACA en las residencias.

Las UFC de primer nivel están ubicadas en cuatro centros de Atención Primaria y están constituidas por enfermeras gestoras de casos, médicos de familia y trabajadores sociales. La UFC de segundo nivel trabaja en el área ambulatoria del hospital (CCEE y hospital de día) y apoya, también, al PCC ingresado; está formada por enfermera gestora de casos, enfermeras clínicas expertas en EPOC e ICC (insuficiencia cardíaca congestiva), médico internista y neumólogo, trabajador social, atención al cliente, y recibe el apoyo de diferentes profesionales de la atención especializada como consultores. La US está ubicada en el CSS y está formada por médicos internistas y geriatras, enfermería y trabajo social. Asimismo, se han creado circuitos específicos de relación entre las UFC y US con ATDOM (Atención Domiciliaria), SAD (Servicio de Ayuda a Domicilio), PADES (Programa de Atención Domiciliaria y Equipos de Soporte), UFISS (Unidad Funcional Interdisciplinaria Sociosanitaria), UGA (Unidad Geriátrica de Agudos), hospitalización domiciliaria y otros, y se ha definido la figura del coordinador asistencial del programa (médico internista de AE). Las unidades de neumología, salud mental y PCC ingresado en MDI (medicina interna), constan todas ellas también de un grupo de profesionales multidisciplinar especializado en cada tipo de atención.

El plan funcional se basa en la identificación por parte de las UFC de primer nivel del paciente PCC / MACA, la realización de un plan terapéutico individualizado multidisciplinar e interniveles, que es liderado y coordinado por las enfermeras gestoras de casos de la AP, y la coordinación de las UFC de AP con los dispositivos de AE, US y otros, siguiendo circuitos asistenciales bien establecidos y consensuados.





El proceso de implantación del programa se ha ido midiendo por el número de PCC identificados y con PIIC (Plan de Intervención Individualizado y Compartido) accesible en la historia clínica compartida de Catalunya. En diciembre de 2015, había 4.516 CCP registrada (1,75% de la población) y el 76,15% de ellos tenía un PIIC (1,33% de la población).

Los resultados preliminares del programa global se evaluaron a finales de 2013 sobre el primer grupo de pacientes PCC reingresadores, seleccionado como indicadores de resultado la reducción de ingresos hospitalarios urgentes y visitas a urgencias de los pacientes etiquetados. Los datos mostraron una reducción del 32% de los ingresos hospitalarios de emergencia y el 29% de las visitas a la sala de emergencia realizadas por los pacientes identificados.

En 2015 se analizaron los resultados preliminares de dos subgrupos de PCC, los pacientes controlados en la UFC de Pneumología y los PCC de la UFC de Salud Mental, habiéndose demostrado también reducciones muy significativas de las hospitalizaciones en estos pacientes 1 año después de su entrada en el programa.

Actualmente estamos siguiendo el proceso de evaluación de los diferentes subgrupos de pacientes incluidos en el programa y el desarrollo de nuevos circuitos, protocolos, dispositivos, y apoyamos sub-proyectos que nos permitirán avanzar en la mejora continua de la UFC de MT. Del mismo modo, también estamos trabajando en nuevos indicadores para evaluar la calidad de la atención y la satisfacción del paciente.



---

## PRINCIPALES BARRERAS

1. La implicación en el mismo programa de profesionales de diferentes líneas de servicio con cultura, actividades y objetivos diferentes, fue al inicio una dificultad, que se venció rápidamente por el trabajo conjunto y multidisciplinar fomentado por los líderes del proceso.
2. La falta de integración y coordinación entre los dispositivos sanitarios y sociales, ha motivado en algunos momentos problemas, que se han solucionado por la cooperación puntual entre los profesionales de ambos ámbitos. La implementación del Pla Interdepartamental d'Atenció i Interacció Social i Sanitària (PIAISS) puesto en marcha por las Consejerías de Presidencia, Salud y Bienestar Social y Familias será una palanca de cambio para mejoras en este sentido.
3. La puesta en marcha de este proyecto se ha realizado reordenando los recursos asistenciales de los que ya disponíamos en nuestro territorio, sin aportación económica específica. Ello, si bien ha motivado que el ritmo y alcance del mismo haya sido menor del deseado, pensamos que los resultados que obtenemos son positivos y, por tanto, no sólo estamos mejorando los resultados asistenciales sino también la eficiencia del servicio.

---

## ELEMENTOS FACILITADORES

- Esta experiencia se puso en marcha en el contexto del Programa de Atención a la Cronicidad de Mútua Terrassa, como un subproyecto del mismo, impulsado desde el inicio por la gerencia y las direcciones asistenciales de la institución. Sin duda este hecho ha sido clave en el éxito del mismo.
- Otro elemento clave en el desarrollo del programa han sido las diferentes personas que han participado. Así, la implicación de los profesionales de base a los que se solicitó que participasen activamente en el plan funcional del programa y la potenciación del trabajo en equipo, así como la selección de las profesionales adecuados para liderarlo y su empoderamiento, han sido los motores del mismo.
- La historia clínica transversal de la institución, que permite compartir toda la información entre los diferentes niveles asistenciales, ha sido una herramienta básica para la buena coordinación entre todos los dispositivos.



## ENSEÑANZAS QUE APORTA LA PRÁCTICA

1. Atención proactiva, coordinada, multidisciplinar, interniveles, centrada en las necesidades del paciente: Se implanta un programa asistencial transversal centrado en las necesidades del paciente, reordenando los recursos asistenciales existentes en los diferentes niveles, bajo una misma dirección y coordinación.
2. Actuaciones proactivas e individualizadas dirigidas a pacientes previamente identificados, para adelantarnos a sus necesidades futuras.
3. Coordinación de diferentes dispositivos asistenciales procedentes de diferentes niveles ( AP , AE , SS) en un mismo programa. Se crean dispositivos asistenciales nuevos dirigidos a la atención al PCC / MACA ( UFC, US ) , y se redirigen algunos dispositivos hacia la atención de estos pacientes ( hospital de día polivalente, PADES , hospitalización a domicilio, ATDOM , entre otros).
4. Papel clave de enfermería gestora de casos y de los profesionales de AP en la gestión del paciente.

## INFORMACIÓN ADICIONAL

- Unidad *Funcional de Crónicos de MútuaTerrassa*.  
Premio al mejor póster Área temática 3: reubicando al paciente.  
18 Congreso Nacional de Hospitales y Gestión Sanitaria. Bilbao 2013
- Unidad *Funcional de Crónicos y Paciente Crónico Complejo*  
Póster presentado VI Congreso Nacional de Atención Sanitaria al Paciente Crónico. Sevilla 2014
- *Integrated care program for chronic complex patients*.  
Poster presentado 16<sup>th</sup> ICIC. Barcelona 2016.



NEW HEALTH  
FOUNDATION

CALIDAD SOCIAL Y SANITARIA

SEVILLA | 12 JULIO 2016



NEW HEALTH  
FOUNDATION

CALIDAD SOCIAL Y SANITARIA

+34 639 343 050 | +34 954 414 785

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

[NEWHEALTHFOUNDATION.](http://NEWHEALTHFOUNDATION.)

Práctica enviada por: Francesca Moya Ferrer , el 7 de julio de 2016



NEW HEALTH  
FOUNDATION

CALIDAD SOCIAL Y SANITARIA