

Experiencias de Atención Integrada en España

2014



OBSERVATORIO DE
MODELOS INTEGRADOS
EN SALUD (OMIS)

newhealth
foundation



Experiencias de Atención Integrada en España 2014

Experiencias de Atención Integrada en España. 2014

Publicado por: Fundación NewHealth



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 sociosanitaria integrada y los cuidados paliativos.

Fundación NewHealth
Nº Registro: 41-0264

www.newhealthfoundation.org
Fecha de publicación: Febrero 2015

Serie: OMIS_Experiencias2014/02/2015

Índice

1 . PRESENTACIÓN	5
2. INTRODUCCIÓN	7
3. EL OMIS	15
4. METODOLOGÍA DE CAPTACIÓN DE EXPERIENCIAS Y MARCO EVALUADOR	18
5. EXPERIENCIAS DE ATENCIÓN INTEGRADA.....	23
5.1 Categoría Servicios	26
5.2 Categoría Formación de Profesionales y Liderazgo	35
5.3 Categoría Sistemas de Información y Nuevas Tecnologías	36
5.4 Categoría Gestión y Administración de Recursos y Servicios	39
5.5 Categoría Cambio Organizativo	44
6. CONCLUSIONES	46

1

Presentación

1. PRESENTACIÓN

Emilio Herrera



Presidente, Fundación NewHealth

La atención integrada es el concepto de un nuevo paradigma de atención que parece que se impone como exigencia inexorable y que marcará el nuevo modelo de gobernanza hacia el que deberán virar todas las políticas de salud y sociales destinadas a la atención de las personas con enfermedades crónicas y dependencia. La atención integral y eficiente tanto a la cronicidad como a la dependencia, requieren de la complementariedad de sanidad y servicios sociales. Pretender el avance y la sostenibilidad de ambos sectores desde una perspectiva independiente sería ilógico, contrario a las tendencias internacionales y estaría anquilosado en visiones de veinte años atrás.

Integrar los niveles asistenciales debe significar diseñar y planificar soluciones asistenciales contando con los recursos de la atención sanitaria y social, tanto en su nivel primario como en el especializado. Para ello, se orquesta la integración de cuidados como el conjunto de acciones encaminadas a ordenar los sistemas sanitario y social para ofrecer una respuesta integral a las necesidades de atención que presentan simultáneamente en las personas que padecen situaciones de dependencia y enfermedad crónica.

Es más necesario que nunca tener claro el camino a seguir para evolucionar hacia un modelo de salud que integre lo social y lo sanitario. Haciéndose eco de esta necesidad, la Fundación NewHealth, con la colaboración de Accenture y la Fundación Caser, puso en marcha el Observatorio de Modelos Integrados en Salud (OMIS) en abril de 2014 para promover las sinergias entre los sistemas sanitario y social, dando visibilidad y difusión a todas las iniciativas de atención integrada que ya se van implantando en nuestro país.

Reflejo de este año de trabajo, este informe recoge las diversas experiencias identificadas y registradas por el OMIS en 2014, las clasifica temáticamente y aporta elementos para el análisis de cómo y dónde está España en el desarrollo de la agenda de atención integrada. De esta forma, este informe pretende identificar hitos útiles para navegar por el todavía no totalmente descubierto nuevo paradigma de la atención integrada.

2

Introducción

2. INTRODUCCIÓN



Comité Técnico del OMIS

Nuestros servicios de salud están teniendo que tratar, en un número cada vez mayor, a pacientes crónicos que sufren a la vez de insuficiencia cardíaca congestiva, EPOC, diabetes mellitus tipo 2, insuficiencia renal y anemia crónica¹. En un mismo día, estos pacientes pueden llegar a tener varias interacciones con los servicios de salud en sus distintos niveles, incluidas las urgencias hospitalarias si se producen cuadros de exacerbación de la EPOC o empeoramiento de su insuficiencia cardíaca. A su vez, si es usuario de los servicios sociales públicos, será visitado por la trabajadora social en su domicilio, se le acercará a un centro de día y utilizará su servicio de teleasistencia – si lo dispone- para notificar cualquier necesidad. En definitiva, la cronicidad y la dependencia hacen que las problemáticas sanitarias y sociales se presenten de forma simultánea.

Los pacientes crónicos pluripatológicos y sus necesidades de cuidados no son excepción, sino que se está convirtiendo en el perfil mayoritario de las personas que se acercan diariamente a nuestros sistemas de salud y de atención a la dependencia. De ahí que el actual sistema de salud, fundamentalmente organizado para la atención médica de casos agudos, necesite adaptarse a la realidad de la cronicidad, que genera el 70% del gasto sanitario y el 80% de la carga de trabajo en atención primaria². Pero la conversión hacia la cronicidad no será efectiva si no incluye servicios de cuidados personales, que en gran medida están entre los que ofrece el sistema de atención a la dependencia. A su vez, la provisión de servicios de calidad en ese espacio intermedio entre lo social y lo sanitario debe constituirse en el eje del sistema de atención a la dependencia, por encima de la gestión de las prestaciones económicas. Y, en fin, ambos sistemas se enfrentarán permanentemente al reto de hacer más con menos.

¹Caso inspirado en Medina Asensio J. (2008) Una perspectiva desde la realidad clínica: adaptación a las necesidades de los pacientes por medio de mejoras en la coordinación entre atención primaria y especializada, en Bengoa R y Nuño Solinís R (eds.) *Curar y cuidar. Innovación en la gestión de enfermedades crónicas: una guía práctica para avanzar*, Barcelona: Elsevier Masson, p.151.

² Bengoa R (2008) *Curar y cuidar*, en Bengoa R y Nuño Solinís R (eds.) *Curar y cuidar. Innovación en la gestión de enfermedades crónicas: una guía práctica para avanzar*, Barcelona: Elsevier Masson, p.17.

La Ley 16/2003 de 28 de Mayo de Cohesión y Calidad del SNS de España definió la atención sociosanitaria como “aquella que comprende el conjunto de cuidados destinados a aquellos enfermos, generalmente crónicos, que por sus especiales características pueden beneficiarse de la actuación simultánea y sinérgica de los servicios sanitarios y sociales para aumentar su autonomía, paliar sus limitaciones o sufrimientos y facilitar su reinserción social”.

Como dice el párrafo de la Ley de Cohesión y Calidad del SNS referido más arriba, la atención integral no es sólo exigencia y derecho de los pacientes crónicos, aunque ciertamente es en la compleja gestión de la cronicidad donde mejor se reflejan las carencias y límites de nuestra actual organización de la asistencia sanitaria – “claramente inapropiada para este tipo de pacientes”³. La atención integral es necesaria, oportuna y eficaz en la atención a niños y adultos con necesidades especiales, en personas con problemas de salud mental, en pacientes con cáncer⁴, en la rehabilitación de déficits recuperables tras eventos agudos (p.ej. ictus), etc.

El grado de transformación es de tal calibre que no se trata sólo de correcciones a lo actualmente existente. Es necesario un cambio de que transforme el modelo de atención paternalista que ahora domina hacia un modelo colaborativo, inclusivo y mucho más imaginativo. En definitiva, se está ante la necesidad de un cambio de paradigma.

El paradigma OMIS de Atención Integrada

Se entiende como paradigma “un modelo que sirve para proporcionar una visión, una comprensión y métodos particulares para resolver problemas específicos”⁵. Los paradigmas dominantes son compartidos por el trasfondo cultural de la comunidad y por el contexto histórico del momento. En este sentido hemos vivido veinticinco años bajo el paradigma de los sistemas de atención actuales; modelos que por ejemplo en el ámbito de la sanidad, han crecido creando centros de gestión de gastos de atención primaria y atención especializada diferenciados y más o menos coordinados clínicamente mediante derivaciones e interconsultas; o relaciones de colaboración entre los sectores social y sanitario para resolver especialmente situaciones de emergencia social o derivaciones al alta hospitalaria.

³ Nuño R, Sauto R y Toro N (2012) Integrated care initiatives in the Spanish Health System, *International Journal of Integrated Care*, vol. 12, pp.1-7.

⁴ Chitnis X y otros (2014) Use of health and social care by people with cancer, Londres: The Nuffield Trust, http://www.nuffieldtrust.org.uk/sites/files/nuffield/140602_social_care_for_cancer_survivors_full_report.pdf

⁵ Esta sección incorpora texto de Herrera E (2014) Hacia un nuevo paradigma: la atención integrada, *Revista Actas de la Dependencia*, Noviembre 2014, año IV, Fundación Caser.

Esta nueva perspectiva, resumida en el concepto de la “atención integrada”, supondrá una nueva forma de hacer las cosas que llegará a remover los pilares y las prioridades de nuestros sistemas de organización actuales; y no es cierto que ya lo estemos haciendo. Nuestros sistemas actuales son rígidos y configurados en base a la oferta de servicios y no diseñados según las necesidades reales de las personas, los pacientes y sus cuidadores. En esto consistirá el cambio de paradigma: las ofertas de servicios deberán estar configuradas combinando los servicios sanitarios y sociales disponibles y adaptando los paquetes de soluciones a las necesidades de cada persona. Cuando esto ocurra y para que así sea, la organización y estructuración de nuestros actuales sistemas deberá evolucionar.

El término atención integrada (en inglés, *integrated care*) ha ido adquiriendo muchos significados, referidos a cosas diferentes según fuera el contexto, organización y perspectiva profesional utilizada. En los últimos años, ha venido ganando adeptos la distinción entre atención integrada e integración. Atención integrada refiere al principio organizador de la prestación de los servicios desde la perspectiva del paciente⁶. Por su parte, la integración sería el conjunto de procesos, métodos y herramientas que facilitan alcanzar la atención integrada. Según Kodner y Spreeuwenberg, integración es “el conjunto coherente de métodos y modelos en los niveles de financiación, administrativo, organizacional, de provisión de servicios y clínico, designados para crear conectividad, alineamiento y colaboración en los sectores del curar y cuidar y entre ambos”⁷.

En España se utiliza frecuentemente el concepto de coordinación sociosanitaria (o su variante coordinación asistencial), definido como “conjunto de acciones encaminadas a ordenar los sistemas sanitario y social para ofrecer una respuesta integral a las necesidades de atención sociosanitaria que se presentan simultáneamente en las personas mayores dependientes”⁸. Desde el OMIS, conceptualizamos la coordinación como un elemento esencial de la atención integrada (hasta el punto de permitírnos utilizarlo como sinónimos) y como noción no restringida al ámbito sanitario sino abarcando la coordinación intersectorial”.

Preferimos el término cambio de paradigma⁹ o enfoque al de cambio de modelo de atención. Creemos que no hay un solo modelo de atención integral de cuidados ni hay soluciones mágicas, pero lo que sí debe

⁶Shaw S, Rosen R y Rumbold B (2011) *What is integrated care? An overview of integrated care in the NHS*, Londres: Nuffield Trust, p.7.

⁷ Kodner DL y Spreeuwenberg C (2002) Integrated Care meaning, logic, applications, and implications– a discussion paper, *International Journal of Integrated Care*, vol. 2, p.3.

⁸ Nuño Solinís R (2008) “Exploración conceptual de la atención integrada”, en Bengoa R y Nuño Solinís R (eds) *Curar y Cuidar. Innovación en la gestión de enfermedades crónicas: una guía práctica para avanzar*, Barcelona: Elsevier Masson, pp. 31-57.

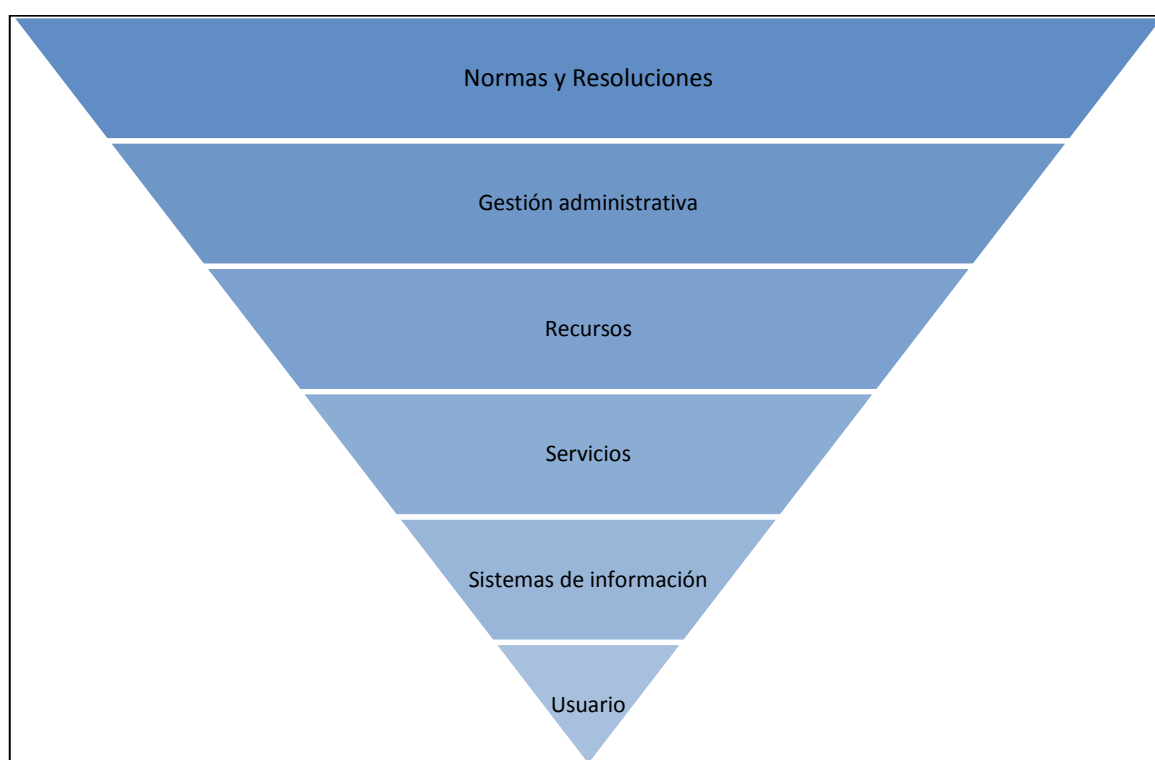
⁹ Herrera E, Álvarez Rosete A, Librada S (2014) Coordinación sociosanitaria: cambios necesarios en el sistema para una adecuada atención integrada, en Rodríguez P y Vilá i Mancebo A (coord.) *Modelo de Atención Integral y Centrada en la Persona. Teoría y práctica en ámbitos del envejecimiento y la discapacidad*, Barcelona: Tecnos, pp. 148-168.

haber es un único enfoque que contemple las necesidades de cuidados de la persona de forma integral e integrada.

Sólo una solución conjunta e integrada desde los sistemas sanitario y social logrará ofrecer una verdadera atención integral que resuelva las necesidades de cuidados de las personas que padecen enfermedades crónicas y un nivel elevado de dependencia. Nuestro sistema de salud y atención al bienestar debe ofrecer una atención dinámica capaz de responder a lo largo de todo el proceso asistencial sociosanitario y configurado desde la flexibilidad y la complementariedad de los servicios sanitarios y sociales. En el mestizaje de ambos sistemas, estará el valor, la efectividad y la eficiencia de la respuesta. La cronicidad no se puede atender convenientemente sin el concurso de los servicios sociales y de atención personal.

Nuestros sistemas actuales son paternalistas: construyen marcos normativos bajo los cuáles, se estructuran recursos que finalmente acaban rindiendo un número de servicios que atienden a las personas que van llegando a sus puertas (Figura 1). Hemos invertido la forma de construir programas de atención: en nuestro esquema actual, las personas con enfermedad o dependencia debe adaptarse a la formulación y a la mecánica del prestador de servicios (y no al revés como debiera ser).

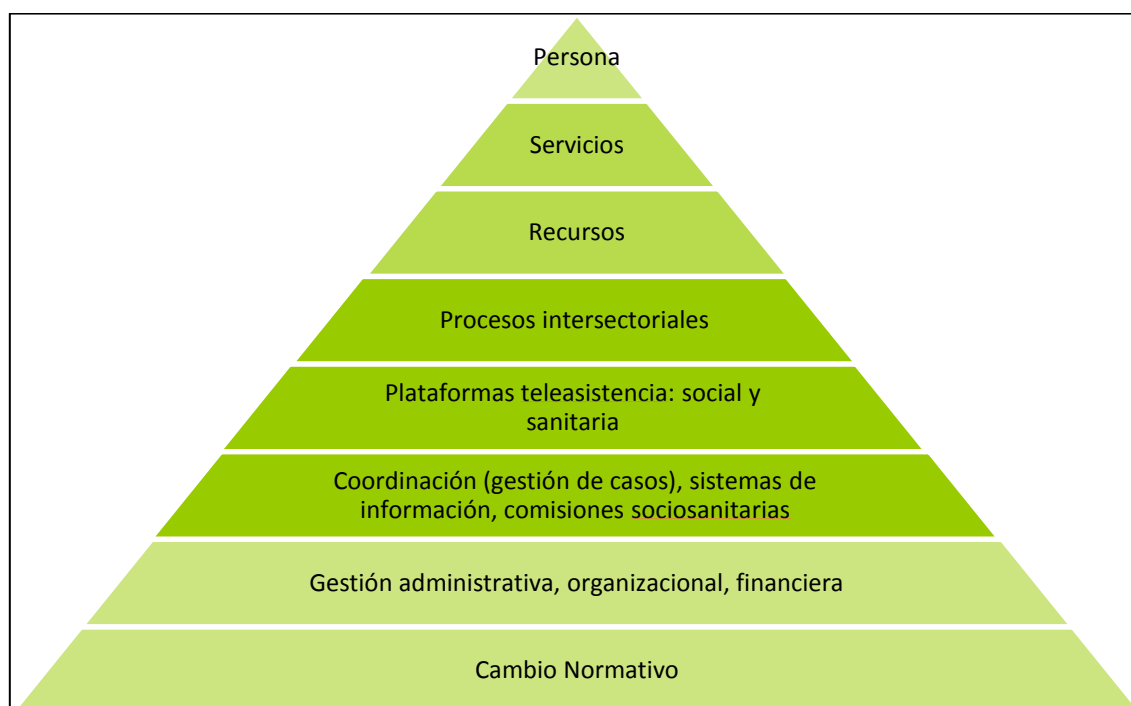
Figura 1. Modelo de atención paternalista



Fuente: Herrera E (2014) Hacia un nuevo paradigma: la atención integrada, *Revista Actas de la Dependencia*, Noviembre 2014, año IV, pp.5-20.

Justamente al revés, debería funcionar la nueva visión de la atención centrada en la persona (Figura 2): las personas, deben disponer de servicios que atiendan sus necesidades, prestados desde los recursos, que se organicen en base a procesos intersectoriales, que con la instrumentalización de plataformas tecnológicas serán evaluados y priorizados por profesionales sanitarios y sociales de manera conjunta, y que irán indicando a las estructuras administrativas organizativas y financieras como deben ir reorientándose, y cambiando incluso las bases normativas necesarias para hacerlo posible cuando sean casos suficientemente numerosos o intensos. En definitiva, es el sistema al servicio de las personas.

Figura 2. Modelo de atención al servicio de la persona



Fuente: Herrera E (2014) Hacia un nuevo paradigma: la atención integrada, *Revista Actas de la Dependencia*, Noviembre 2014, año IV, pp.5-20.

La atención integrada en España

En los últimos años en España, se han venido poniendo en marcha diferentes iniciativas que buscan coordinar e integrar la atención sanitaria y la social con un enfoque centrado en las necesidades de las personas. El Libro Blanco de la Coordinación Sanitaria en España del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, publicado en Diciembre de 2011, realizó un mapeo de prácticas de coordinación sociosanitaria en España y vino a dejar constancia de que disponemos ya de suficientes experiencias y talento en nuestros Sistema Nacional de Salud (SNS) y el Sistema de Autonomía Personal y Atención a la Dependencia (SAAD)

como para liderar un cambio de paradigma. El documento concluía que existían numerosos planes y programas aunque muy pocas veces se traducían en cambios estructurales organizativos o en la creación de estructuras mixtas compartidas en el espacio intermedio entre ambos sectores.

Existen iniciativas interesantes al nivel micro o de servicios, que incluyen guías clínicas y protocolos asistenciales acordados conjuntamente, equipos de evaluación de casos y figuras responsables de la gestión de casos, circuitos de atención, etc. En el nivel de gestión, hay intentos de creación de áreas integradas sociosanitarias y diversas estructuras de coordinación al nivel meso como consejos o comisiones de coordinación. Al nivel de la rectoría del sistema, hay actualmente experiencias de desarrollo de cartera de servicios comunes, sistemas de estratificación de pacientes o intentos tecnológicos para el acceso a la historia clínica y social de profesionales de ambos sistemas.

Sin embargo, lo que hay en nuestro país son todavía experiencias muy locales y particulares, con poca visibilidad, en ocasiones proyectos financiados con fondos europeos *ad hoc* y por tanto, sin tener garantizada su continuidad y perdurabilidad. La falta de visibilidad y difusión no permite dejar traslucir lo que de nuevo y transformador aportan a la atención integrada a personas con enfermedades crónica y dependencia, ni nos permite aprender de estas iniciativas para replicarlas en otros contextos y organizaciones.

El Libro Blanco de la Coordinación Sanitaria en España constató la falta de conocimiento de lo que se estaba haciendo ya en España en atención integrada y cómo esta ausencia de referentes de éxito lastraba el avance rápido y efectivo de esta agenda. Precisamente para comenzar a paliar este déficit, el propio Libro Blanco pretendía “servir de base a responsables políticos y técnicos para que dispongan de elementos concretos con los que avanzar en la articulación de la coordinación sociosanitaria en sus respectivos ámbitos territoriales, garantizar el principio de continuidad de la asistencia y asegurar la prestación eficiente de servicios adaptados a las necesidades que presentan los pacientes crónicos y dependientes en España. En él se recogen recomendaciones para facilitar su implementación además de describir aquellas experiencias exitosas que se están llevando a cabo en las distintas comunidades autónomas y que pueden ayudar a fomentar la colaboración institucional y servir como modelo para su extensión”¹⁰.

El Libro Blanco se ofrecía como un primer “punto de encuentro” de todos los actores de nuestros sistemas de salud y servicios sociales, bajo el paraguas del Consejo Interterritorial del SNS. Un punto de encuentro que se hacía y se hace cada vez más necesario con el desarrollo de diferentes planes autonómicos de cronicidad y de atención integrada/coordinación sociosanitaria, así como la propia Estrategia Nacional de Coordinación

¹⁰ IMSERSO y Agencia de Calidad del SNS (2011) *Libro Blanco de la Coordinación Sociosanitaria en España*, <http://www.imserso.es/InterPresent2/groups/imserso/documents/binario/asociosanitaria2011.pdf>, p. 10.

Sociosanitaria en España impulsada desde el Ministerio de Salud, Política Social e Igualdad.

El momento es también mundial. Así, organizaciones internacionales como la Organización Mundial de la Salud (OMS), el Banco Mundial o la *International Foundation of Integrated Care* (IFIC) y diferentes países (Reino Unido, Australia, Estados Unidos, Países Bajos, Italia) están avanzando en este campo de la coordinación e integración asistencial. La OMS está trabajando en el desarrollo de su *WHO Global Strategy on People-centred and Integrated Health Services* que se espera será lanzada en 2015. Precisamente, una de las estrategias de la OMS es la identificación y acopio de experiencias de los países que permitan comenzar a recoger evidencia sobre qué funciona, cómo y en qué contextos.

En definitiva, la atención integrada ya está en España, acompasándose al movimiento mundial, y se hacen necesarios instrumentos de captación permanente de las diferentes experiencias, para su posterior análisis y difusión. Uno de esos posibles instrumentos sería la figura de un observatorio científico-técnico permanente e independiente, para servir de punto de encuentro de instituciones, administraciones y actores clave, generador de conocimiento y evidencia, y proyector de las experiencias ya puestas en marcha en España.

3

EI OMIS

3. EL OBSERVATORIO DE MODELOS INTEGRADOS EN SALUD

El Observatorio de Modelos Integrados en Salud (OMIS) se puso en marcha en abril de 2014 para dar visibilidad y difusión a todas las iniciativas de atención integrada que se van promoviendo en nuestro país. Como parte de la Fundación NewHealth, el OMIS es un observatorio técnico que busca identificar las experiencias de coordinación de los sectores social y sanitario, analizar los elementos innovadores, transformadores y las posibilidades de replicación en otros contextos y organizaciones, así como fomentar el aprendizaje colectivo y las sinergias entre ambos sectores.



Fuente: www.omis-nh.org

¿Qué hace el OMIS?

- Identificar, publicitar y analizar la aportación de valor de las diferentes experiencias de atención integrada en España.
- Generar conocimiento y evidencia para la formulación de políticas de coordinación e integración sociosanitaria.
- Colaborar en el diseño de herramientas que aporten al sistema y a los profesionales soluciones para favorecer la integración de los modelos de salud.
- Promover sinergias y la creación de redes de profesionales, organizaciones y proyectos en esta línea.

El OMIS incluye en su Web documentos de interés para la coordinación sociosanitaria, entre los que se encuentran: informes internacionales destacados sobre la coordinación sociosanitaria, documentos elaborados por los propios miembros del comité en asociación con otras entidades sobre la evolución de la atención integrada en España, planes y estrategias de atención a la cronicidad de todas aquellas CCAA que los han desarrollado, etc.

Entre las publicaciones del OMIS durante 2014, destacamos: (i) el primer OMIS Case Study Paper, dedicado a las experiencias de atención integrada en el National Health Service (NHS) inglés; (ii) el capítulo “Coordinación sociosanitaria: cambios necesarios en el sistema, para una adecuada atención integrada”, del libro coordinado por Pilar Rodríguez y Antoni Vila, *Modelo de Atención Integral y Centrada en la Persona*; de la editorial Tecnos¹¹; (iii) el artículo “La coordinación sociosanitaria en España” publicado en el número de Julio de 2014 de la revista del IMSERSO *Autonomía Personal*.

Finalmente, a través del registro de prácticas, de establecer contacto con los líderes en las CCAA y del conocimiento que el OMIS aporta a la comunidad de profesionales, se pretende generar grupos de trabajo (Redes NIC: *Network for Integrated Care*) en torno a diferentes áreas (promoción de la salud y de la autonomía personal, personas mayores, discapacidad, salud mental, cronicidad, etc.) y temas (gestión de casos, sistemas de información para la gestión integrada, etc.) sobre los que trabaja el OMIS.

¹¹ Rodríguez P y Vila i Mancebo A (coords.) (2014) *Modelo de Atención Integral y Centrada en la Persona. Teoría y Práctica en ámbitos del envejecimiento y la discapacidad*, Madrid: Tecnos.

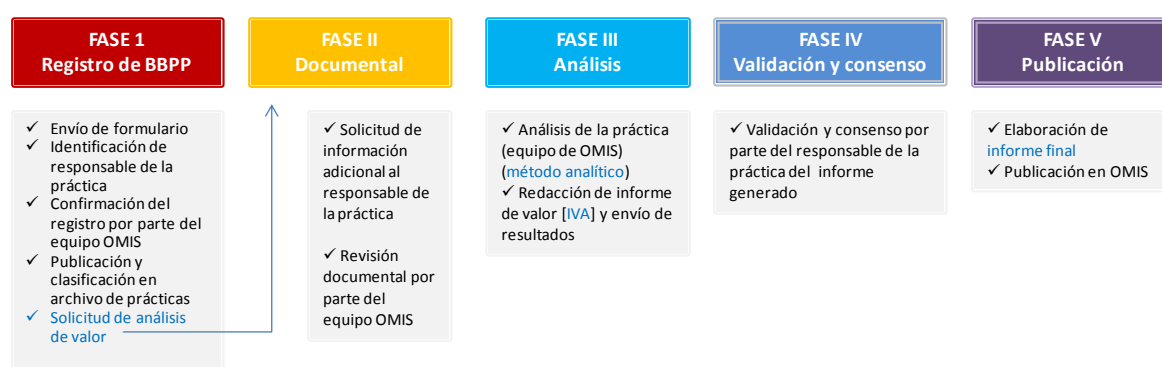
4

Metodología

4. METODOLOGÍA DE CAPTACIÓN DE EXPERIENCIAS Y MARCO EVALUADOR

Con el fin de captar las experiencias que ya están en marcha o bien en proceso de lanzamiento, el OMIS contacta con personal de las instituciones de servicios sociales y salud de diferentes Comunidades Autónomas y agentes públicos y privados de ambos sectores para invitarlos a registrar sus experiencias de atención integrada en el Observatorio. El Comité Técnico del OMIS ofrece además al responsable de la práctica la posibilidad de realizar un informe de valor (IVA), que consiste en analizar los puntos clave de la práctica, identificar los elementos de innovación y transformación para la atención integrada y poner en valor las enseñanzas que aporta la práctica al resto de la red sociosanitaria. Como resultado de este análisis, se desarrolla un informe breve sobre la experiencia que es registrado en el apartado Aportando Valor de la web del OMIS.

El proceso de captación y evaluación de prácticas incluye cinco fases:



Fase I: Registro de la Práctica

El proceso comienza con el registro de un breve resumen sobre la experiencia en el formulario electrónico disponible en la página web del OMIS, tarea a realizar directamente por el responsable de la práctica. Este proceso está explicado en la sección Registro de buenas prácticas.

El Comité Técnico del OMIS confirma el registro de la práctica y la clasifica en el archivo documental del OMIS según la categoría y temática a la que pertenezca.

Durante en proceso de registro se puede solicitar un análisis de valor a fin de obtener un informe más detallado sobre los elementos transformadores de la buena práctica en coordinación sociosanitaria. Una vez elegida esta opción, el equipo del OMIS se pone en contacto con los responsables para continuar con el proceso.

Fase II: Preparación Documental

El equipo del OMIS solicita a los responsables de la práctica toda aquella documentación adicional sobre la experiencia que permita un análisis más riguroso, sistemático y contrastable por parte del comité técnico.

La fase de preparación documental puede incluir la petición de información adicional como podría ser: informes y publicaciones relacionadas con la práctica, datos poblacionales y de incidencia y prevalencia de los grupos diana a los que se dirige la práctica, marco normativo y regulador que sustenta la práctica, procesos de cuidados sanitarios y sociales relacionados con la misma, etc.

De considerarse necesario, el equipo OMIS apoya esta fase de preparación documental realizando un vaciado sistemático de la literatura especializada nacional e internacional, que contribuye posteriormente a la excelencia del análisis de valor.

Fase III: Análisis

El IVA es un documento breve que analiza los puntos clave de la práctica, identifica los elementos de innovación y transformación para la atención sociosanitaria y ayuda a poner en valor las enseñanzas que aporta la práctica al resto de la red sociosanitaria.

Es un ejercicio científico que trasciende la simple descripción de la práctica analizada, lo que lo hace diferenciarse del mero comentario para la difusión. A su vez, implica un juicio de valor, que por tanto lo distingue de la pura investigación. El juicio de valor de los IVAs producidos por el OMIS se fundamenta en la capacidad innovadora y transformadora de las prácticas para avanzar hacia la efectiva coordinación socio-sanitaria.

El Comité Técnico del OMIS, de forma colegiada, procede al análisis, discusión y la elaboración del informe de valor. Con el fin de realizar el estudio sistemático, riguroso y comparativo de las distintas experiencias que se envían al OMIS y que aceptan ser analizadas, el Comité Técnico del OMIS tiene definido el marco de análisis de Buenas Prácticas de Modelos Integrados en Salud que se describe a continuación.

Este marco de análisis ha sido diseñado combinando un enfoque inductivo, fruto de las revisiones preliminares de una serie de prácticas ya recogidas por el OMIS y de las discusiones internas del Comité Técnico, y un enfoque deductivo, que incorpora elementos ya previamente teorizados en la literatura científica en el campo del análisis de políticas públicas y aplicados para evaluaciones similares por miembros

del equipo OMIS/Fundación NewHealth (por ejemplo, el Libro Blanco de la Coordinación Sociosanitaria en España^{12,13}).

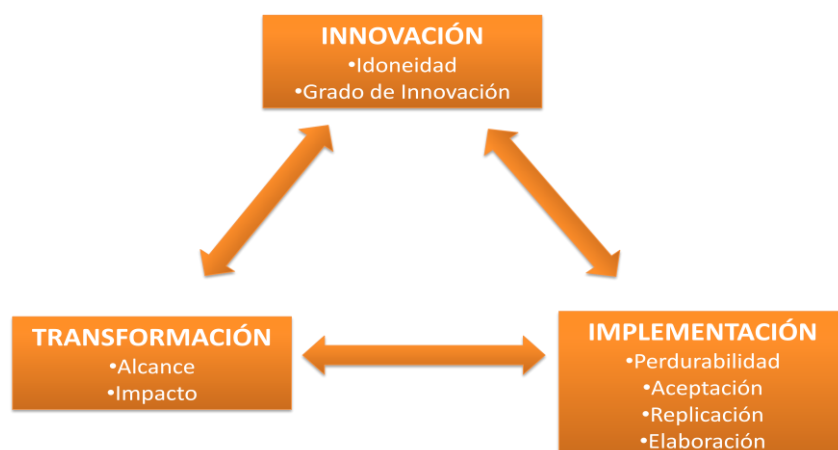
Tres ejes vertebran el marco de análisis propuesto, y cada eje incluye una serie de dimensiones analíticas, a su vez expresadas en variables de tipo cualitativo (ver Figura 3):

- Innovación: este eje analiza la pertinencia, necesidad y novedad de la práctica. El eje Innovación incluye las dimensiones de: (i) idoneidad de la intervención; (ii) grado de innovación (lo novedoso de la práctica; su carácter aplicado; su orientación directa a la generación de un beneficio social).
- Transformación: este eje resalta los elementos transformadores de la práctica que marcan la diferencia en el avance de la coordinación sociosanitaria. El eje Transformación se analiza con las dimensiones de: (i) alcance de la intervención (medido respecto a la población sobre la que se pretende intervenir; los factores de riesgo sobre los que intervenir; y los sectores a los que se pretende coordinar con la intervención); (ii) impacto (niveles de integración y resultados intermedios y finales que se consiguen).
- Implementación (elementos facilitadores y barreras): este eje explora las condiciones favorables y desfavorables para la implementación de la práctica y su posibilidad de replicación en otros contextos. Por su parte, el eje Implementación incluye las dimensiones de: (i) perdurabilidad/sostenibilidad; (ii) aceptación; (iii) grado de replicación; (iv) proceso de elaboración de la intervención.

¹² IMSERSO y Agencia de Calidad del SNS (2011) *Libro Blanco de la Coordinación Sociosanitaria en España*, <http://www.imsero.es/InterPresent2/groups/imsero/documents/binario/asociosanitaria2011.pdf>.

¹³ La metodología y presentación de los análisis se ha inspirado también en la experiencia del *Health Policy Monitor* de la *Bertelsmann Foundation*, que monitorizan la formulación y desarrollo de nuevas políticas sanitarias en países desarrollados. Los análisis del *Health Policy Monitor* están disponibles en http://hpm.org/en/Search_for_Reforms/Search.html.

Figura 3. Marco OMIS de Análisis de Experiencias de Atención Integrada



Fuente: OMIS (2014)

Fase IV: Validación y Consenso

La fase de validación y consenso implica el intercambio activo de información entre el Comité Técnico del OMIS y el autor/responsable de la práctica, con el que se comparten las conclusiones preliminares del estudio de valor y se acuerda su publicación.

Fase V: Publicación

La última fase consiste en la elaboración del informe final, maquetación y en la publicación del IVA en la página web del OMIS.

5

Experiencias

5. EXPERIENCIAS DE ATENCIÓN INTEGRADA

Tal y como muestra la tabla siguiente, a 31 de Diciembre de 2014, se registraron 19 experiencias de integración de la atención social y sanitaria en el OMIS, de 8 comunidades autónomas. La no inclusión de experiencias en el OMIS no implica necesariamente la inexistencia de experiencias en esas comunidades autónomas ni la ausencia de esfuerzos por hacer avanzar la atención integrada en esos territorios.

Experiencias de Atención Integrada registradas en OMIS por CCAA (31/12/ 2014)

CCAA	Práctica ya registrada
Andalucía	
Aragón	
Asturias	Programa de atención integral a personas con Acondroplasia
Baleares	Programa RESC para pacientes EPOC
Canarias	
Cantabria	
Castilla la	Atención Integral al nuevo lesionado medular y/o su familia
Castilla y León	*GASS: plataforma tecnológica para la gestión del trabajo de equipos de coordinación de base
Cataluña	Estratificación del riesgo poblacional en pacientes crónicos
Extremadura	
Galicia	
La Rioja	
Madrid	Formación sociosanitaria en hospitales para familiares de afectados por daño cerebral. Escuela de Familias Red de buenas prácticas Modelo y Ambiente
Murcia	
Navarra	
País Vasco	Etxean Ondo Residencias. Modelo de atención centrado en la persona en centro gerontológico Vivir con voz propia *Etxean Ondo Domicilio y Entornos Servicio de Atención integral en el domicilio (SAID) Coordinación sociosanitaria en la atención al daño cerebral sobrevenido *Atención sociosanitaria dirigida a personas mayores en su entorno habitual de residencia. Comarca Uribe *Proceso de atención integrada a niños y niñas con necesidades especiales (PAINNE) Envejecer de forma activa y saludable. Lasarte-Oria TELBIL+T Grupo Funcional de Cuidados Paliativos OSI Red Salud Mental Bizkaia
Valencia	Adsum+. Inclusive Introduction of Integrated Care [IN3CA]

* Práctica a la que se le ha realizado un Informe de Valor (IVA)

Atendiendo a las categorías que se incluyen en la página web del OMIS en el momento de registro de las experiencias, las prácticas pueden ser agrupadas según: (i) nivel de servicios; (ii) formación de profesionales y liderazgo; (iii) sistemas de información y nuevas tecnologías; (iv) gestión y administración de recursos; (v) evaluación y calidad; (vi) cambios organizativos; (vii) financiación; (viii) modelos, planes y programas¹⁴.

Pues bien, la mayoría de las experiencias registradas (nueve) se enfocan a ofrecer servicios a pacientes y usuarios:

1. Programa de Atención Integral a Personas con Acondroplasia
2. Etxean Ondo Residencias. Modelo de atención centrado en la persona en centros gerontológicos
3. Etxean Ondo Domicilios y Entornos
4. Vivir con Voz Propia
5. Coordinación sociosanitaria en la atención al daño cerebral sobrevenido
6. Servicio de atención integral en el domicilio (SAID)
7. Atención integral al nuevo lesionado medular y/o su familia
8. Formación sociosanitaria en hospitales para familiares de afectados por daño cerebral. Escuela de Familias
9. Grupo Funcional de Cuidados Paliativos

Una experiencia se encuadra en la categoría de Formación de Profesionales y Liderazgo:

10. Red de Buenas Prácticas Modelo y Ambiente

Se han registrado tres prácticas que intervienen en la categoría de Sistemas de Información y Nuevas Tecnologías:

11. GASS: plataforma tecnológica para la gestión del trabajo de los Equipos de Coordinación de Base
12. Adsum+. Inclusive Introduction of Integrated Care [IN3CA]
13. TELBIL+T

Por su parte, cinco prácticas plantean estrategias de integración a nivel de la Gestión y Administración de Recursos y Servicios:

14. Proceso de atención integrada a niños y niñas con necesidades especiales (PAINNE)
15. RESC. Programa de continuidad asistencial para enfermos respiratorios crónicos

¹⁴ La categoría "Modelos, Planes y Programas" se registra en el apartado de publicaciones de la página web del OMIS. Es el caso de los recientes Plan Interdepartamental de Atención e Interacción Social y Sanitaria (PIAISS) de Cataluña y el Plan Marco de Atención Socio-sanitaria de Galicia.

16. Envejecer de forma activa y saludable en la comunidad
17. Estratificación del riesgo poblacional en pacientes crónicos
18. Atención sociosanitaria dirigida a personas mayores en su entorno habitual de residencia. Comarca de Uribe

Finalmente, se ha registrado una experiencia perteneciente a la categoría Cambio Organizativo:

19. Red de Salud Mental de Bizkaia (RSMB)

No se han registrado todavía prácticas que se centren (específica y directamente) en la evaluación de programas o en mejora de la calidad, o que introduzcan nuevos mecanismos de financiación.

Seguidamente se describen en detalle cada una de las prácticas registradas en el OMIS.

5.1. Categoría Servicios



PROGRAMA DE ATENCIÓN INTEGRAL A PERSONAS CON ACONDROPLASIA

Es un programa de medicina alternativa enfocado a diversos aspectos como la alimentación, la fisioterapia o rehabilitación y el desarrollo psíquico para niños con acondroplasia. Es gratuito y lo desarrollan en Gijón la Fundación ALPE para la Acondroplasia y la Clínica de Medicina Bionérgica NT.

Tema: Discapacidad.

Categoría: Servicios.

Organización: FUNDACIÓN ALPE ACONDROPLASIA.

Instituciones colaboradoras: Clínica de Medicina Bionérgica NT.

Lugar: Gijón (Asturias).

Fecha de inicio: 2000. Esta práctica continúa activa

La Fundación ALPE ACONDROPLASIA se formó en el año 2000 para proporcionar atención, seguimiento y evaluación de las personas con acondroplasia y sus familias, desde una perspectiva global. La acondroplasia es la forma más común del enanismo óseo y es una discapacidad dura, no sólo en el aspecto físico, por los numerosos problemas de salud que conlleva, sino también en el aspecto psicológico y social. La Fundación no sólo pretende solucionar problemas de salud, desarrollo físico, psíquico sino también la creación de un marco legal y social que facilite el desarrollo de los objetivos anteriormente citados, la promoción de programas de investigación, métodos de prevención, diagnóstico y tratamiento de la acondroplasia, la integración social y la concienciación de la sociedad del respeto debido a los acondroplásicos.

El tratamiento que se sigue en ALPE, siempre desde una perspectiva global, se basa en diferentes técnicas homeopáticas: organoterapia, oligoterapia, homeopatía, terapia ortomolecular y elixires florales.

Enseñanzas que aporta la práctica

Se mantiene contacto con la mayoría de los pediatras que hacen el seguimiento en sus centros de salud de estos niños, así como con los médicos que aplican la ozonoterapia fuera de Asturias, se facilita atención telefónica personalizada y por correo electrónico a todas las familias y se realiza una constante búsqueda de información y asistencia a eventos en los que se pueda encontrar actualizaciones en el tratamiento de los niños y/o que permitan iniciar una línea de investigación que mejore su desarrollo.

ETXEAN ONDO RESIDENCIAS. MODELO DE ATENCIÓN CENTRADO EN LA PERSONA EN CENTROS GERONTOLÓGICOS

El proyecto Etxean Ondo Residencias busca que las personas mayores, con discapacidad o dependencia reciban unos cuidados centrados en las propias necesidades de los pacientes y su entorno que les aseguren una buena calidad de vida y autonomía personal. El proyecto está basado en una adaptación de los entornos, en este caso centros gerontológicos, unidades de convivencia y centros de día, de acuerdo con las preferencias de los residentes en relación con la vida cotidiana y basándose en el modelo de atención integral centrado en la persona (AICP).

Tema: Personas Mayores; Discapacidad.

Categorías: Servicios.

Organización: Fundación Matia Instituto Gerontológico.

Lugar: San Sebastián (País Vasco).

Fecha de inicio: 1 de septiembre de 2011. Esta práctica continua activa.

Etxean Ondo Residencias es una práctica desarrollada como proyecto piloto en 8 unidades de 3 centros gerontológicos del País Vasco, centrada en cubrir las necesidades de las personas y hacer que se sientan como en casa durante su permanencia en las unidades convivenciales y centros de día.

Durante el desarrollo del proyecto se han realizado cambios en los entornos físicos (procurando ofrecer ambientes más domésticos y hogareños, cuidando en general la creación de un ambiente cuidado y agradable) y aspectos organizativos (ajustando el funcionamiento de cada unidad de convivencia a las preferencias de las personas residentes y el desarrollo de actividades de vida cotidiana). Se han desarrollado diversas acciones formativas con el fin de dotar a las auxiliares de competencias para la promoción de la independencia y la autonomía personal. Se ha trabajado la coordinación interprofesional, para superar la estricta relación jerárquica y avanzar en el conocimiento, comprensión y en algún caso delegación de tareas entre los profesionales.

Enseñanzas que aporta la práctica

La implantación y consolidación de un modelo de atención en centros gerontológicos que considere las preferencias de las personas, debe integrar actuaciones que promuevan su autonomía con aquellas que aseguren la calidad de los cuidados; por ello se hace imprescindible el desarrollo de procedimientos organizativos que faciliten:

- El flujo de información entre auxiliares cuidadores y técnicos del área social y sanitaria.
- La adquisición de competencias por parte de las auxiliares para gestionar (solas o junto con el equipo interdisciplinar) las necesidades de salud y/o bienestar de los residentes.
- La toma de decisiones integrada (auxiliares referentes y equipos técnicos).
- El flujo de información entre auxiliares cuidadores y técnicos del área social y sanitaria.
- La adquisición de competencias por parte de las auxiliares para gestionar (solas o junto con el Equipo interdisciplinar) las necesidades de salud y/o bienestar de los residentes.
- La toma de decisiones integrada (auxiliares referentes y equipos técnicos).

ETXEAN ONDO DOMICILIOS Y ENTORNOS

El proyecto Etxean Ondo Domicilios y Entornos busca construir y aplicar un modelo de atención integral y centrada en la persona (AICP) a quienes por su situación de fragilidad, discapacidad o dependencia precisan de apoyos, atención profesional y de ayudas de otras personas para seguir viviendo en su hogar y desarrollando su propio proyecto de vida.

Tema: Personas Mayores; Discapacidad.

Categorías: Servicios.

Organización: Fundación Matia Instituto Gerontológico.

Instituciones colaboradoras: Fundación Pilares para la Autonomía Personal y Gobierno Vasco.

Lugar: San Sebastián (País Vasco).

Fecha de finalización: 1 de Junio de 2014. Esta práctica continua activa.

Se trata de un proyecto piloto de atención domiciliaria integral, en el que se evalúan distintas fórmulas para determinar con qué servicios y con qué modelo de intervención se garantiza la permanencia de las personas mayores en su domicilio habitual en las mejores condiciones para su calidad de vida, lo mismo que su plena participación e inclusión social comunitaria. Los dos principales objetivos que se buscan son:

- Promover que las personas mayores y con discapacidad con necesidad de apoyos y atención vivan en sus domicilios o en centros, y sus familias cuidadoras los reciban de manera integral, coordinada y continuada y en las mejores condiciones para su bienestar y calidad de vida, procurando su mayor grado de independencia y su autonomía personal.
- Generar conocimiento sobre la eficacia y eficiencia del modelo aplicado, que integra la coordinación entre niveles y sectores, especialmente sociosanitarios, la generación de nuevos servicios de proximidad, el apoyo a cuidadores y otros profesionales, la teleasistencia avanzada, los productos de apoyo y la accesibilidad.

Enseñanzas que aporta la práctica

Como elementos especialmente bien valorados en lo que se refiere a la metodología de la intervención y a la coordinación entre sectores, cabe citar la aplicación del método de gestión de casos, que se realiza por parte de las trabajadoras sociales municipales. Estas, como profesionales de referencia, perciben este enfoque como un salto cualitativo al que otorgan alta valoración, tanto en lo que se refiere a la mejora de su cualificación profesional, como, sobre todo, a la alta eficacia de su intervención con esta metodología. En cuanto a la coordinación socioasistencial entre las gestoras de casos y las enfermeras de los equipos sanitarios, la valoración es de gran enriquecimiento mutuo y alta eficacia y eficiencia en las intervenciones coordinadas.

VIVIR CON VOZ PROPIA

El servicio integral de la autonomía personal Vivir con Voz Propia se entiende como un servicio especializado psico-sociosanitario que busca promover un itinerario vital completo e individualizado, que con los apoyos precisos, fomente la vida autónoma y plenamente comunitaria, dando a la persona participación y capacidad de decisión en todo el proceso, fortaleciendo sus recursos personales y contando con su entorno vital cercano (familia, amigos, comunidad). Vivir con voz propia está dirigido a personas mayores, personas con daño cerebral, atención de cuidados paliativos y/o personas dependientes.

Tema: Promoción de la Autonomía Personal; Cuidados Paliativos; Discapacidad; Personas Mayores.
Categorías: Servicios.

Organización: Agruparte-proyectos.

Lugar: Vitoria (País Vasco).

Fecha de inicio: 19 de septiembre de 2013. Esta práctica continua activa.

Los elementos principales del servicio son:

- La valoración y evaluación individualizada, en relación al itinerario de promoción de la autonomía personal, teniendo en cuenta una programación centrada en la persona y en la historia de vida.
- El asesoramiento y apoyo a las familias, tutores, cuidadores, auxiliares de ayuda a domicilio, estableciendo un contacto permanente.
- Los programas de estimulación en aquellos aspectos específicos en función de cada dependencia y de la necesidad de cada individuo: sociosanitario, audición y lenguaje – logopedia-, estimulación cognitiva, fisioterapia, del movimiento o dinámica corporal.
- El fomento de la participación en programas de integración social y comunitaria y en programas de ocio y tiempo libre utilizando los recursos de la comunidad.

Enseñanzas que aporta la práctica

El servicio integral de la autonomía personal Vivir con Voz Propia pretende desarrollar en sus beneficiarios un itinerario vital completo, plenamente comunitario que asegure la activación personal y social. Teniendo en cuenta que no existe un tiempo límite de permanencia en dicho servicio y en cada una de sus etapas, sino que responde a las necesidades y características de cada persona que se incorpore a este proceso, la finalidad dentro de este servicio, es el seguimiento personalizado de la persona favoreciendo su desarrollo sociosanitario y psíquico integral así como el apoyo a familiares y cuidadores.

COORDINACIÓN SOCIOSANITARIA EN LA ATENCIÓN AL DAÑO CEREBRAL SOBREVENIDO

Programa para la promoción de la autonomía personal y la integración social de las personas con discapacidad derivada del daño cerebral sobrevenido que se ha puesto en marcha en la Unidad de Reinserción de los Centros de Rehabilitación Física y Neurológica Casaverde.

Tema: Promoción de la salud y autonomía personal.

Categorías: Servicios.

Organización: Fundación Casaverde.

Instituciones colaboradoras: Centro de Rehabilitación Neurológica Casaverde Mutxamel.

Lugar: Nacional.

Fecha de inicio: 1 de enero de 2013. Esta práctica continua activa.

La Unidad de Sub-agudos de los Centros de Rehabilitación Física y Neurológica Casaverde se dirige a aquellas personas que han alcanzado una situación estable y han sido dadas de alta en el hospital. En dicha unidad, pueden proseguir con un tratamiento intensivo y rehabilitador dentro del Sistema Sanitario. Con un coste muy inferior al hospitalario, la Unidad de Sub-agudos ofrece un tratamiento adecuado a este tipo de pacientes, logrando que mediante una atención temprana y un tratamiento intensivo e interdisciplinar, alcancen en el menor tiempo posible la mayor recuperación esperable de sus déficits y su posterior reinserción evitando entrar en dependencias crónicas.

En la Unidad de Reinserción de los Centros de Rehabilitación Física y Neurológica Casaverde se desarrolla el Programa para la promoción de la autonomía personal y la integración social de las personas con discapacidad derivada del daño cerebral sobrevenido. Esta unidad está destinada a personas que ya han superado la fase sub-aguda y que se puedan beneficiar de una continuación del tratamiento de rehabilitación centrado en la potenciación de las habilidades residuales y la compensación de los déficits. La intervención no solamente se realiza con el usuario, sino también se interviene con la familia, por considerarla un pilar fundamental en la rehabilitación. El paso de una unidad a otra viene marcado por unos criterios de derivación bien definidos y el criterio profesional del equipo multidisciplinar.

La coexistencia de la unidad de Sub-agudos y la unidad de reinserción en el Centro de Rehabilitación Neurológica Casaverde, permite al paciente, "sin moverse de la cama", pasar de una unidad asistencial a otra sin mayor preocupación que la de su rehabilitación. De esta manera se realiza un cambio muy significativo en la dinámica asistencial, evitando que sea el paciente y su familia los que tengan que vagar por las distintas administraciones, siendo las administraciones las que se acercan para ponerse al servicio de las necesidades de las personas.

Enseñanzas que aporta la práctica

Este modelo asistencial basado en la coordinación sociosanitaria, no sólo supone un beneficio para las personas con daño cerebral sobrevenido y sus familias, sino que permite una gestión más eficaz de los recursos disponibles, adaptándose a las diferentes necesidades a lo largo del tiempo.

SERVICIO DE ATENCIÓN INTEGRAL EN EL DOMICILIO (SAID)

El Servicio de Atención Integral en el Domicilio (SAID) busca satisfacer la demanda existente de personas mayores que desean envejecer en su domicilio cuando necesitan ayuda, contando con los apoyos necesarios para ello.

La necesidad de poner en marcha este servicio surge ante la necesidad de apoyo de las familias o personas ante un cambio de su estado de salud y ante la escasez de servicios no cubiertos por la red sociosanitaria comunitaria. En ocasiones responde a la necesidad de garantizar la continuidad de cuidados al alta de pacientes de centros hospitalarios.

Tema: Personas mayores.

Categorías: Servicios.

Organización: Fundación Matia Instituto Gerontológico.

Lugar: San Sebastián (País Vasco).

Fecha de inicio: 1 de enero de 2013. Esta práctica continua activa.

El SAID permite el trabajo en red entre diferentes agentes: servicios sociales de base, atención primaria, centro de salud mental, consultas de especialistas, asociaciones, centros sociales de recursos para personas mayores o discapacitadas. La gestora del caso, con el consentimiento de la persona usuaria y/o su familia, ejerce un papel de coordinación y enlace entre los diferentes niveles asistenciales consiguiendo una mayor eficacia en la utilización de recursos comunitarios (muchas veces totalmente desconocidos para la persona mayor y su entorno) y hace de puente entre sistemas sanitario y social.

Enseñanzas que aporta la práctica

- La bondad del método de gestión de casos y sus resultados en la persona y en eficiencia de uso de los diferentes recursos sociosanitarios que existen en la comunidad.
- La coherencia de esta iniciativa con los principios del modelo de atención centrado en la persona.
- La metodología de la gestión de casos facilita la permanencia en el hogar a las personas que necesitan ayuda. Asimismo, permite, con un apoyo de baja intensidad, que la persona pueda seguir dirigiendo su propia vida.
- Esta iniciativa pone de manifiesto la eficacia de la asistencia personal para las personas mayores (no solo para personas con discapacidad). Es una respuesta profesional que promueve la autonomía de las personas.
- Flexibilidad y adaptación total del servicio a la persona demandante del servicio (no hay límites horarios, actividades restringidas, plazos para la cobertura de nuevas demandas, etc).

FORMACIÓN SOCIO SANITARIA EN HOSPITALES PARA FAMILIARES DE AFECTADOS POR EL DAÑO CEREBRAL. ESCUELA DE FAMILIAS

La Escuela de Familias es una iniciativa puesta en marcha por la Fundación DACER, en donde se ofrece a familiares de afectados de daño cerebral adquirido hospitalizados (en las unidades de ictus, neurología o neurocirugía) una formación especializada así como herramientas eficaces que durante el periodo de readaptación ayuden a manejar a la persona y estimularle de forma precoz, global e intensiva.

Tema: Promoción de la salud y autonomía personal.

Categorías: Servicios.

Organización: Fundación DACER.

Lugar: San Sebastián de los Reyes (Madrid).

Fecha de inicio: Febrero de 2011. Esta práctica continua activa.

La Escuela de Familias ofrece un modelo de atención unificado al afectado de daño cerebral -que incluye a la familia, personal de enfermería, auxiliares de clínica y celadores- y contribuye a la estimulación continua y temprana del paciente, favorece un buen clima familiar, disminuye la percepción de carga del cuidador principal y reduce las complicaciones médicas al alta hospitalaria como úlceras por presión, neumonías, subluxaciones de hombro, etc.

Se desarrolla en dos direcciones:

- En primer lugar se lleva a cabo una formación dirigida al personal sanitario y no sanitario del centro hospitalario que son los profesionales que más tiempo pasan con el paciente durante el ingreso
- En segundo lugar, se desarrolla semanalmente una escuela para familiares de personas con daño cerebral en el hospital, en la que se enseñan los aspectos prácticos y concretos de la estimulación de su familiar y el manejo diario en relación a dificultades tales como problemas de movimiento, cognitivos, conductuales, respiratorios, de comunicación, de deglución, de sensibilidad.

Como apoyo a la escuela de familias, se ha desarrollado una guía completa de descarga gratuita [[Cómo estimular a su familiar con daño cerebral](#)] que sirve de soporte documental a familiares y en donde se expone, con un lenguaje sencillo y con gran cantidad de imágenes, una serie de pautas que se pueden llevar a cabo desde el hospital y posteriormente en casa, que permitirá estimular a su familiar con seguridad.

Enseñanzas que aporta la práctica

La innovación de esta iniciativa radica en el papel activo del familiar como agente implicado en la recuperación del paciente. La familia se convierte en una fuente de estimulación precoz, intensiva y global y recibe formación por un equipo multidisciplinar (fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, logopeda y neuropsicólogo) atendiendo a todas las necesidades tanto del paciente como de los familiares.

ATENCIÓN INTEGRAL AL NUEVO LESIONADO MEDULAR Y/O SU FAMILIA

El programa Atención Integral al Nuevo Lesionado Medular y/o sus Familias busca intervenir integralmente en las necesidades del recién afectado por una lesión medular, junto con su familia, desde el propio centro hospitalario y posteriormente, en su nueva situación en el entorno habitual.

Tema: Promoción de la salud y autonomía personal.

Categorías: Servicios.

Organización: Federación Nacional ASPAYM (Asociación de Lesionados Medulares y Grandes Discapacitados Físicos).

Lugar: Hospital Nacional de Paraplégicos, Toledo (Castilla La Mancha).

Fecha de inicio: 2007. Esta práctica continua activa.

El proyecto está coordinado por la Federación Nacional ASPAYM, y ejecutado por sus asociaciones integrantes, colaborando diversos hospitales y centros especializados para el tratamiento de la lesión medular del territorio español. Se desarrolla principalmente, durante dos etapas de gran importancia para el lesionado medular y sus familiares y/o allegados: el periodo hospitalario y el post-hospitalario. Se pretende que la persona disfrute de una vida lo más autónoma posible, evitando de este modo la excesiva dependencia de terceras personas, siempre valorando su nivel de lesión y capacidades. La continuidad de este proyecto en la fase post-hospitalaria, ha permitido la inclusión del apoyo psicosocial, que supone un elemento clave en la adaptación a la nueva situación. Por este motivo, se implanta en el título del proyecto el concepto integral, definido como cada una de las partes de un todo.

El programa Atención Integral al Nuevo Lesionado Medular, permite no sólo completar los tratamientos recibidos en los hospitales y/o unidades de lesión medular en España dónde se desarrolla el programa, sino también favorecer la adaptación a la nueva situación cuando reciben el alta hospitalaria. Esto se hace a través de la figura del voluntario lesionado medular veterano de ASPAYM, que acompañará al nuevo lesionado medular y sus familias en este periodo tan importante de cambio y en colaboración con el equipo de trabajo social del hospital de referencia y/o unidad especializada de tratamiento de la lesión medular.

Enseñanzas que aporta la práctica

- Implantación estatal de un programa de atención integral a personas recién afectadas por una lesión medular y sus familiares y/o allegados.
- Alto grado de satisfacción por los usuarios y familiares atendidos.
- Reducción del impacto traumático que supone la nueva situación.
- Mejora de las habilidades y destrezas de los usuarios atendidos.
- Mejora en los protocolos de intervención de las asociaciones ejecutantes del programa.
- Expansión del programa en otras comunidades autónomas bajo una misma metodología.

GRUPO FUNCIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS

El Grupo Funcional de Cuidados Paliativos (GFCP) es una iniciativa de coordinación de servicios de atención primaria y especializada para pacientes que precisan cuidados paliativos de la comarca sanitaria de Álava. El objetivo fundamental del grupo funcional es la mejora de la calidad de la atención prestada en la fase final de la vida, mediante el cumplimiento de los deseos los pacientes y sus familias. En pos de este objetivo se consigue mejorar la eficiencia del sistema sanitario, al evitar intervenciones innecesarias, ingresos hospitalarios, repeticiones de pruebas diagnósticas, etc.

Tema: Cuidados Paliativos.

Categorías: Servicios.

Organización: Osakidetza-Servicio Vasco de Salud. Comarca Sanitaria de Álava.

Lugar: Álava (País Vasco).

Fecha de inicio: 1 de marzo de 2012. Esta práctica continua activa.

El GFCP es una estructura de gestión que se ocupa de la coordinación de altas del Hospital Universitario de Álava (HUA) a atención primaria y de las pruebas diagnósticas de atención primaria en HUA, así como de los ingresos de pacientes en el Hospital de Cuidados San Onofre. Semanalmente, los miembros del grupo funcional se reúnen e intercambian información sobre pacientes que están siendo atendidos en un nivel asistencial pero que dadas sus necesidades presentes o potenciales pueden requerir de otro nivel distinto.

Un elemento de un gran potencial transformador es el apoyo que el GFCP ofrece a los médicos de atención primaria, estando a su disponibilidad telefónicamente, por correo electrónico o mensajería instantánea y acompañándoles en visitas conjuntas a nuevos pacientes. El GFCP se pone al servicio de los médicos de familia para la realización en hospital de pruebas diagnósticas, transfusiones, ingresos programados, etc. Para ello, se apoya en los sistemas de información de atención primaria y especializada de Osakidetza que se encuentran actualmente conectados.

Se facilita así una atención verdaderamente orientada a lo que el enfermo y sus cuidadores precisan y desean, evitando agujeros asistenciales y el sufrimiento añadido de una atención descoordinada.

Por otra parte el grupo comparte actividades formativas y genera iniciativas de difusión de los cuidados paliativos en la provincia, incluidas propuestas de rotación de residentes con el GFCP.

Enseñanzas que aporta la práctica

Poner al paciente en el centro de la atención facilita drásticamente el cumplimiento de sus deseos y evita intervenciones innecesarias. Esto conlleva además un importante ahorro económico que hace que los esfuerzos en este sentido sean totalmente sostenibles. Además la coordinación realizada desde la confianza en otro profesional no descansa sobre un protocolo o una guía sino sobre la búsqueda de la mejor opción para el enfermo y su familia.

5.2. Categoría Formación de Profesionales y Liderazgo

RED DE BUENAS PRÁCTICAS MODELO Y AMBIENTE

La Red Modelo y Ambiente es una Web que, dentro de la Fundación Pilares para la Autonomía Personal, se basa en recopilar, sistematizar y divulgar buenas prácticas relacionadas con el modelo de Atención Integral y Centrada en la Persona (AICP) dirigidas a incrementar la calidad de vida de personas en situación de fragilidad, discapacidad o dependencia.

Tema: Promoción de la salud y autonomía personal.

Categorías: Formación de profesionales y Liderazgo.

Organización: Fundación Pilares para la Autonomía Personal.

Instituciones colaboradoras: Fundación Once, Fundación Matía, ASISPA, CEAPAT, CERMI, WeDO.

Lugar: España.

Fecha de inicio: 1 de febrero de 2012. Esta práctica continua activa.

- La Red cumple su función en cuanto a la construcción de una comunidad de aprendizaje y extensión del Modelo AICP, a través de la cooperación de profesionales y entidades que están apostando por su desarrollo. Sus objetivos son:
- Reconocer y poner en valor BBPP orientadas a desarrollar las diferentes dimensiones del modelo, impulsando su avance y perfeccionamiento y promoviendo nuevas iniciativas adaptadas a cada ámbito de actuación.
- Favorecer el aprendizaje, contacto, intercambio y cooperación entre entidades, profesionales, asociaciones y resto de agentes que intervienen.

La Red es accesible a través de la página web www.modeloyambiente.net.

Enseñanzas que aporta la práctica

El carácter innovador del proyecto radica en el propio modelo de AICP. Por un lado, la atención que se procura es integral porque pretende dar respuesta a todos los aspectos de las personas (biomédicos, psicológicos, sociales y medioambientales) coordinando distintos tipos de servicios y cooperando con entidades de diferente índole. Además, coloca en el centro a las personas, porque se diseña con su participación efectiva y/o la de su familia, respetando sus deseos y preferencias, fomentando el ejercicio de su autonomía y aspirando a que continúen con sus proyectos vitales sin que la necesidad de apoyos suponga la renuncia a los mismos.

Este modelo de atención requiere la utilización de una metodología también innovadora en los servicios sociales, como es la gestión de casos.

5.3. Categoría Sistemas de Información y Nuevas Tecnologías



GASS: PLATAFORMA TECNOLÓGICA PARA LA GESTIÓN DEL TRABAJO DE LOS EQUIPOS DE COORDINACIÓN DE BASE

GASS es un Sistema de Información diseñado en Castilla y León que da soporte a la gestión de la actividad sociosanitaria de toda la comunidad autónoma.

Tema: Promoción de la Salud y Autonomía Personal.

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

Organización: Dirección General de Asistencia Sanitaria de la Junta de Castilla y León.

Lugar: Valladolid (Castilla y León).

Fecha de inicio: 2011. Esta práctica continua activa.

El objetivo de esta práctica es facilitar la atención sociosanitaria de todos los actores implicados en la misma: el Servicio de Asistencia Psiquiátrica y Coordinación Sociosanitaria de la Gerencia Regional de Salud, Las Comisiones de Coordinación Sociosanitaria de ámbito provincial y los Equipos de Coordinación de Base que actúan en las zonas básicas.

El sistema se construyó siguiendo los estándares corporativos de la Junta de Castilla y León y la Consejería de Sanidad, mediante la metodología Métrica V3 de Gestión de Proyectos que garantiza la calidad técnica y está estructurado en varios módulos:

- Gestión de perfiles de usuarios
- Actas de las reuniones de los profesionales
- Atención a personas con problemas de salud y sociales
- Guía de Gestión Compartida para el estudio de casos con especial complejidad
- Post-it para ayuda y recordatorio de tareas
- Módulo de explotación de datos.

El resultado es un sistema de información abierto y parametrizable que constituye una potente herramienta de trabajo para la gestión de la actividad sociosanitaria, según unos perfiles bien definidos. Así mismo, el GASS controla el acceso a la información para cumplir la ley Orgánica de Protección de Datos y la normativa de acceso a la historia clínica electrónica.

Su diseño intuitivo y funcional, facilita la detección de los problemas sociosanitarios, su análisis, la adecuación de la carga de trabajo profesional y una evaluación continua de las actividades, a la vez que es una herramienta de ayuda para la prevención de la dependencia y la detección precoz de nuevas situaciones de necesidad, así como su inmediato tratamiento, de cualquier ciudadano de Castilla y León.

Enseñanzas que aporta la práctica

Esta herramienta facilita la atención integral individual de las personas con problemas de salud y problemas sociales que precisan una intervención conjunta de los profesionales de los servicios sociales y sanitarios, pero también permite la intervención familiar y con grupos, así como el registro de actividades que se realizan con las asociaciones de pacientes y familiares.

ADSUM+. INCLUSIVE INTRODUCTION OF INTEGRATED CARE [IN3CA]

IN3CA es un proyecto europeo liderado desde España que descansa en el despliegue de una solución tecnológica para el desarrollo, personalización, implantación y evaluación que permita hacer frente a los desafíos para la gestión de programas de atención al paciente crónico.

Tema: Crónicos o Cuidados de Larga Duración.

Categorías: Sistemas de Información y Nuevas Tecnologías.

Organización: IDI Eikon, S.A.

Lugar: Valencia (Comunidad Valenciana).

Fecha de inicio: 1 de Enero de 2014. Esta práctica continua activa.

El objetivo último de IN3CA es facilitar el acceso a una mejor atención socio sanitaria (a través de servicios digitales) permitiendo la integración de ambos sistemas cuando existe voluntad para ello.

El control que IN3CA facilita, su carácter participativo y no excluyente y su facilidad de uso, permiten mejorar los resultados:

- Para los pacientes y/o sus cuidadores: mayor y mejor información, una mayor concienciación a través de su educación e información, promoviendo el auto-cuidado y la prevención = mayor satisfacción.
- Para los profesionales: posibilidad de intercambiar información, con independencia de qué sistemas se utilicen en la práctica diaria, entre quienes intervienen en la cadena de los cuidados a largo plazo (crónicos), apoyando a los pacientes (médicos, enfermeras, farmacias, laboratorios, servicios domiciliarios).

IN3CA validará sus servicios en distintos casos piloto. Las pruebas piloto se han organizado en entornos sociosanitarios de los socios con el fin de demostrar los conceptos, aplicaciones, servicios, dispositivos y tecnologías, así como para recopilar información continua de los usuarios.

Enseñanzas que aporta la práctica

El proyecto IN3CA es un ejemplo de que la inclusión de las tecnologías de la información y comunicación orientadas a la prevención y a la gestión de la salud de forma proactiva pueden ayudar a mejorar la calidad de los servicios sanitarios y la salud de los pacientes.

TELEMONITORIZACIÓN + TELEASISTENCIA EN PACIENTES CRÓNICOS: TELBIL+T

Este proyecto se ha desarrollado en el marco de las convocatorias de la Fundación Etorbizi en 2012 (actualmente gestionado por BIOEF), con el objetivo de testar un modelo de atención que coordine diversos agentes (sanitarios y sociales) y que aporte una solución al cuidado de los pacientes crónicos complejos.

Tema: Cronicidad o Cuidados de Larga Duración.

Categorías: Sistema de Información y Nuevas Tecnologías; Servicios.

Organización: Etorbizi / Osakidetza. Osatek. BetiOn. BIOEF.

Lugar: Bilbao (País Vasco).

Fecha de inicio: 15 de diciembre de 2012. Fecha de finalización: 15 de noviembre de 2014.

Se ha puesto en funcionamiento un protocolo de actuación coordinado para pacientes crónicos entre Atención Primaria, BetiOn (la plataforma de teleasistencia gestionada por Osatek), Consejo Sanitario y el servicio de Urgencias del Hospital de Santa Marina que garantiza velar 24 horas al día, los 365 días del año, por los intereses del paciente sin sobrecargar a nivel asistencial a los profesionales, simplemente con una coordinación efectiva y aprovechando las sinergias de los diferentes agentes.

Enseñanzas que aporta la práctica

Las principales enseñanzas hacen hincapié en tres líneas de trabajo fundamentales:

- Actuar sobre factores sociales para mantener y mejorar la salud, y además hacerlo de forma coordinada, para conseguir servicios eficientes, de calidad y definitivamente sostenibles.
- Ofrecer servicios centrados en las personas: TELBIL+T es un equipo interdisciplinar que participa en los cuidados. La valoración de los pacientes que se incorporan a la telemonitorización es el resultado del trabajo conjunto de la trabajadora social de teleasistencia, el equipo de enfermería del proyecto, y de los profesionales sanitarios del centro de salud y las enfermeras gestoras de competencias avanzadas. Esta corresponsabilidad de las decisiones se mantiene a lo largo del proceso de telemonitorización, gracias a la utilización de una plataforma de intercambio de información. Se ha incorporado la red de la telemonitorización de las trabajadoras sociales de Osakidetza, así como a los profesionales de referencia de Atención Hospitalaria, además de las enfermeras del Consejo Sanitario. El Centro de Atención de Teleasistencia (BetiOn) desarrolla labores de aprovisionamiento, instalación, formación, mantenimiento y atención a usuarios.
- Promover la contribución de los pacientes en su cuidado y activación del cuidador no profesional como un agente de ese cuidado. Se han observado dos perfiles de personas usuarias: (i) personas que son capaces de manera autónoma de llevar a cabo sus mediciones; (ii) personas que presentan dependencia moderada –severa y que se apoyan en un cuidador para desarrollar las actividades de la vida diaria. En ambos casos, la teleasistencia (telealarma y telemonitorización) supone un elemento de apoyo.

5.4. Categoría Gestión y Administración de Recursos y Servicios

PROCESO DE ATENCIÓN INTEGRADA A NIÑOS Y NIÑAS CON NECESIDADES ESPECIALES (PAINNE)

En este trabajo, un grupo de profesionales de diferentes instituciones han utilizado la metodología de gestión por procesos para, partiendo de la identificación de las necesidades de las familias y los propios profesionales, llegar a acuerdos sobre los procedimientos a efectuar, con el fin último de mejorar la eficacia y la eficiencia en la atención a estos niños y sus familias, y facilitarles además el tránsito entre los distintos niveles asistenciales del espacio sanitario (primaria, especializada, salud mental) y los espacios social y educativo.

Tema: Infancia.

Categorías: Gestión y Administración de Recursos y Servicios.

Organización: Organización Sanitaria Integrada Bilbao-Basurto. Osakidetza/Servicio Vasco de Salud.

Lugar: Bilbao (País Vasco)

Fecha de inicio: 1 de junio de 2013. Esta práctica continua activa.

Se ha desarrollado una Guía del Proceso de Atención Integrada a Niños y Niñas con Necesidades Especiales (PAINNE). A través de las recomendaciones de cinco grupos de trabajo multidisciplinares se han identificado un total de once conjuntos de actividades. Se han consensuado los procedimientos de detección e intervención en todas aquellas circunstancias que pudieran afectar al óptimo desarrollo de los niños, con una atención preferente a los aspectos psicológicos, educativos y sociales. En todo momento se ha buscado la coordinación entre los planteamientos de los diferentes grupos con el objetivo de evitar omisiones y duplicidades, lo que ha sido facilitado por el equipo coordinador del proyecto.

Enseñanzas que aporta la práctica

Es una experiencia *bottom-up*, que demuestra como a través del consenso de los profesionales implicados, se pueden derribar barreras y llegar a acuerdos para ofertar realmente una atención integrada (sanitario-socio-educativa) a los niños y niñas con necesidades especiales. Todo ello con el objeto de mejorar los resultados de salud y la eficiencia en la utilización de los recursos, mediante acciones de prevención primaria, secundaria y terciaria. La experiencia está actualmente en fase de despliegue al área de Vizcaya.

Programa RESC de Continuidad Asistencial para Enfermos Respiratorios Crónicos

El Programa RESC es un programa de continuidad asistencial de base hospitalaria realizado en el Hospital Joan March, que recibe pacientes respiratorios avanzados desde los hospitales de agudos de Mallorca.

Tema: Cronicidad o Cuidados de Larga Duración.

Categorías: Gestión y Administración de Recursos y Servicios; Servicios.

Organización: Unidad de Respiratorio del Hospital Joan March.

Lugar: Bunyola, Mallorca (Islas Baleares).

Fecha de inicio: 2002. Esta práctica continua activa.

El programa RESC establece un circuito formalizado de derivación para garantizar la continuidad asistencial de pacientes respiratorios crónicos. Los pacientes respiratorios avanzados desde los hospitales de agudos de Mallorca son previamente evaluados por los equipos de soporte hospitalarios (UVASS). Al incluir el paciente en el programa RESC se realiza una evaluación integral que incluye: anamnesis, pruebas funcionales, evaluación de conocimientos, calidad de vida y otras.

El programa RESC ofrece la rehabilitación pulmonar ambulatoria en grupos, accesibilidad telefónica a través de la enfermera de enlace o gestora de casos, y la coordinación entre los distintos niveles asistenciales y atención en el domicilio a través del equipo de soporte domiciliario (ESAD-Respiratorio). Además, la Unidad de Respiratorio del Hospital Joan March dispone de 26 camas de hospitalización de media estancia, para convalecencia y rehabilitación y área de consultas externas.

En el periodo terminal de la enfermedad, se procura atender las necesidades del paciente y su entorno desde la óptica de los programas de cuidados paliativos. Se registran las características de los pacientes y la actividad asistencial, y se evalúan para un mayor conocimiento de la enfermedad respiratoria avanzada y sus necesidades asistenciales.

Enseñanzas que aporta la práctica

Desde el inicio del programa se han realizado evaluaciones de varias de las áreas, de las cuales se consideran de mayor interés:

- Plan de cuidados: se constata mejoría significativa en las 4 áreas de dependencia y calidad de vida respiratoria (SGRQ) tras aplicación de plan de cuidados.
- Consulta enfermera y enfermera de enlace: consigue mejoría significativa en manejo de dispositivos terapéuticos, cumplimiento, calidad de vida específica y reducción de hospitalizaciones.
- Programa de rehabilitación respiratoria ambulatoria: se constatan mejorías significativas en pacientes con EPOC grave y muy grave.

ENVEJECER DE FORMA ACTIVA Y SALUDABLE EN LA COMUNIDAD. Experiencia de coordinación sociosanitaria en el municipio de Lasarte-Oria en torno a la promoción de la salud y prevención de la dependencia

Envejecer y vivir en la comunidad aún en situaciones de dependencia, es la fórmula preferida por las personas mayores, por la población general y por los/las cuidadores/as familiares. Con el fin de promover la permanencia en los propios lugares de residencia, es imprescindible el impulso de iniciativas dirigidas a fomentar la autonomía de las personas en situación de dependencia o en riesgo de padecerla, desde las actuaciones preventivas hasta las que con un carácter más rehabilitador, favorezcan el mantenimiento en su entorno durante el mayor tiempo posible y en las mejores condiciones posibles.

Para poder cumplir estos objetivos en Lasarte-Oria se ha diseñado un plan de actuación financiado por Etorbizi. En él han participado miembros del servicio sanitario local, siete técnicos de diferentes servicios municipales y miembros del ámbito de la salud mental.

Tema: Promoción de la Salud y Autonomía Personal.

Categorías: Gestión y Administración de Recursos y Servicios; Formación de Profesionales y Liderazgo.

Organización: Comarca Guipúzcoa de Atención Primaria. Osakidetza.

Otras organizaciones: Fundación Etorbizi, Ayuntamiento de Lasarte-Oria, Departamento de Salud del Gobierno Vasco –Subdirección de Salud Pública de Guipúzcoa, Asociaciones y entidades locales.

Lugar: San Sebastián (País Vasco).

Fecha de inicio: 2 de noviembre de 2012. Esta práctica continua activa.

Se puso en marcha un grupo interdisciplinar, interinstitucional y con representantes de la comunidad con el que vertebrar la actuación a nivel local de las intervenciones en salud comunitaria y atención sociosanitaria. Se realizó un análisis de las necesidades y los activos en salud aplicando una metodología participativa y se conocieron las barreras existentes y los elementos que facilitan la participación ciudadana. Con esta información, se diseñó el plan de acción que aborda proyectos y programas coordinados que fomentan el desarrollo de los tres pilares del envejecimiento activo: la salud, la participación y la seguridad.

Enseñanzas que aporta la práctica

- La participación activa y formalizada de agentes y metodología de ambos campos, previendo la mejora en la interrelación entre ellos ha puesto las mimbres para el desarrollo de un sistema local integrado de salud.
- Las personas reconocen la labor de acercamiento de los técnicos que trabajan en su comunidad y esto facilita y enriquece la puesta en marcha de actuaciones.
- Un propósito que se perseguía con este proyecto es que una vez evaluado pudiera ser adaptado a la realidad de otros municipios y desarrollar experiencias similares en la Comarca Guipúzcoa. Esto ya es una realidad, en el municipio de Lezo en febrero del 2014 se ha puesto en marcha el proyecto Envejecimiento Saludable, con los recursos propios de las entidades participantes. Se ha transferido la experiencia en diferentes foros profesionales y comunitarios.

ESTRATIFICACIÓN DEL RIESGO POBLACIONAL EN PACIENTES CRÓNICOS

Badalona Serveis Assistencials (BSA) ha puesto en marcha un modelo de estratificación de los pacientes que contribuye a mejorar la atención a las personas con enfermedades crónicas. Esta experiencia cuenta además con una aplicación web que, en tiempo real, sirve de ayuda a la decisión de los profesionales en la selección de pacientes adultos con enfermedades crónicas.

Tema: Cronicidad o Cuidados de Larga Duración.

Categorías: Gestión y Administración de Recursos y Servicios; Servicios; Sistemas de Información y Nuevas Tecnologías.

Organización: Badalona Serveis Assistencials, S.A.

Lugar: Badalona (Cataluña).

Fecha de inicio: 2011. Fecha de finalización: 2012.

La utilización de este sistema de clasificación facilita la optimización de los recursos y el desarrollo de las estrategias de intervención más adecuadas para cada uno de los niveles establecidos. La aplicación web permite conocer el riesgo cardiovascular, la complejidad y la fragilidad que presenta un paciente, un grupo o a la población en general, posibilitando una atención más próxima, individualizada y una optimización de resultados que debe convertirse en una mejora de la calidad de vida de estos enfermos.

El proyecto se vincula al programa Innovando en el Tratamiento de la Hipertensión Aumentando el Cumplimiento y la Adherencia (ITHACA), patrocinado por Novartis Farmacéutica. El programa ITHACA junto con la plataforma de estratificación del paciente crónico son dos de las iniciativas que contempla el modelo de atención a la cronicidad que defiende BSA.

Se avanza hacia una asistencia basada en potenciar la vida activa y la autonomía de la persona enferma, con una visión global e integradora de la asistencia primaria y hospitalaria, reforzando la visión preventiva con la incorporación del entorno familiar y social de la persona enferma y evaluando los resultados en salud mediante el uso de indicadores de calidad asistencial. El objetivo no es evitar que el enfermo vaya a urgencias, sino evitar que lo necesite.

Enseñanzas que aporta la práctica

La principal aportación de esta experiencia es el diseño de una aplicación web que, en tiempo real, sirve de ayuda a la decisión de los profesionales en la selección de pacientes adultos con enfermedades crónicas. Partiendo de la historia clínica informatizada, cada profesional puede consultar con registros agregados y simples la información disponible, que comprende unas 40 variables de 90.000 pacientes.

ATENCIÓN SOCIO SANITARIA DIRIGIDA A PERSONAS MAYORES EN SU ENTORNO HABITUAL DE RESIDENCIA. COMARCA DE URIBE.

Dentro de la Comarca de Uribe se ha creado un entorno que promueve la colaboración sociosanitaria en la asistencia a las personas mayores con problemas de salud o problemas funcionales y/o riesgo de exclusión social. El sistema está ajustado al principio de continuidad asistencial y basado en las necesidades que cada sector identifica respecto al otro para poder ofrecer una mejora en la atención de los pacientes.

Tema: Personas Mayores.

Categorías: Gestión y Administración de Recursos y Servicios; Cambios Organizativos; Servicios; Formación de Profesionales y Liderazgo.

Organización: Comarca Uribe de Atención Primaria. Osakidetza.

Lugar: Getxo, Vizcaya (País Vasco).

Fecha de inicio: 1 de noviembre de 2013. Esta práctica continúa activa.

El programa comenzó identificando los recursos locales sanitarios y sociales, el tipo de servicios y los destinatarios de los mismos, para elaborar un mapa de recursos. En esta primera fase, fue crucial identificar las necesidades que plantean los agentes del ámbito social respecto al sanitario y viceversa. Tras esto, se organizó un Grupo Rector con agentes sociales y sanitarios en el que están representadas las distintas entidades y/o instituciones implicadas en la atención integrada sociosanitaria. Se elaboraron protocolos para abordar actividades de prevención de la dependencia y de promoción de la autonomía y se diseñaron intervenciones conjuntas de los casos detectados favoreciendo el mantenimiento de su entorno habitual de residencia y la continuidad de cuidados entre domicilio y centro residencial. De este proceso creador surgieron propuestas para la organización de nuevas estructuras de atención integrada sociosanitaria: los equipos de atención primaria sociosanitaria (EAPSS).

El proceso de implantación de EAPSS es:

- Fase de comunicación a todos los profesionales sanitarios y sociales.
- Organización y promoción de EAPSS con reuniones periódicas de los profesionales sanitarios y sociales que lo conforman para facilitar la implantación y dinamizar la creación de los EAPSS. Se propone una representación del grupo rector, tanto sanitaria como social, que actúa como Grupo de apoyo de los EAPSS.
- La metodología de la fase de implantación se apoya en un círculo de mejora continua PDCA.
- El seguimiento de la implantación del protocolo lo realiza el Grupo Rector de colaboración sociosanitaria.

Enseñanzas que aporta la práctica

- Conocimiento y aprendizaje de las características y recursos de la actividad profesional entre ambos ámbitos. Adecuación de las expectativas de un sector respecto al otro.
- Acercamiento personal de los profesionales de atención primaria sanitarios y sociales.
- Mejor utilización de los recursos disponibles.

5.5. Categoría Cambio Organizativo



RED DE SALUD MENTAL DE BIZKAIA (RSMB)

La Red de Salud Mental de Bizkaia (RSMB) es una Organización Sanitaria Integrada (OSI) que se responsabiliza de la atención integrada de salud mental de pacientes del territorio de Vizcaya en coordinación con los servicios sanitarios y sociales de otras instituciones, con el propósito de favorecer el desarrollo del modelo de atención comunitario.

Tema: Salud Mental.

Categorías: Cambios Organizativos; Servicios; Financiación.

Organización: Red Salud Mental Bizkaia. Osakidetza.

Lugar: Vizcaya (País Vasco).

Fecha de inicio: 1 de noviembre de 2013. Esta práctica continúa activa.

La RSMB integra los servicios y dispositivos que hasta entonces configuraban las organizaciones de servicios del Hospital de Bermeo, Hospital de Zaldibar, Hospital de Zamudio y Salud Mental Extra-hospitalaria de Bizkaia y los recursos de 4 comarcas sanitarias (Margen Izquierda, Bilbao, Uribe e Interior), que incluyen 25 centros de salud mental, 5 equipos de tratamiento asertivo comunitario (TAC), 1 Centro Terapéutico Educativo y 1 Centro Terapéutico.

Los pilares que sustentan la integración organizativa y de servicios de la RSMB son: visión sistémica; enfoque de salud poblacional; énfasis en la coordinación de servicios (coordinación inter-organizacional e intra-organizacional); orientación a resultados; y continuidad de la atención y atención centrada en el paciente.

La RSMB cuenta con una única gerencia para todos los dispositivos que se han integrado en la nueva organización, compartiendo el mismo contrato programa y política de recursos humanos común, con plena integración estructural y de procesos.

A nivel asistencial, se persigue el aumento de la atención comunitaria y la consecuente reducción de largos periodos de hospitalizaciones en hospitales psiquiátricos, descenso en la frecuentación de urgencias y mejora de la accesibilidad a los servicios.

Las alternativas a la hospitalización se concretan en hospitales de día y ETACs (conformados por un equipo de enfermería psiquiátrica y trabajadores sociales) que acuden al domicilio del paciente.

Enseñanzas que aporta la práctica

Los logros principales han sido el cambio del modelo de financiación de la RSMB para acompañar la reconfiguración asistencial hacia un modelo comunitario, con una financiación con enfoque poblacional (5%); y la mejora de resultados intermedios de acceso y calidad, con bajada de % de reingresos en <30 días en hospitales de agudos.

6 Conclusiones

6. CONCLUSIONES

El recorrido hecho por las experiencias de atención integrada registradas en el OMIS durante 2014 ha permitido identificar experiencias innovadoras y transformadoras que buscan proveer una mejor y más continua atención a pacientes, desde diferentes perspectivas y con estrategias y recursos distintos. Este primer informe de *Experiencias de Atención Integrada en España 2014* testimonia que ya comienzan a existir iniciativas interesantes de atención integrada, desde guías clínicas y protocolos asistenciales acordados conjuntamente, equipos de atención primaria sociosanitaria, gestores de casos, circuitos de atención, consejos o comisiones de coordinación, sistemas de estratificación de pacientes o plataformas tecnológicas para la gestión.

Ahora bien, es necesaria una nota de cautela sobre la rotundidad de las conclusiones que se pueden aportar en esta sección final. Como se ha indicado al comienzo de este estudio, las prácticas que se han incluido son aquellas que se han venido registrando en el OMIS desde su lanzamiento en abril de 2014. Por tanto, es seguro que la lista no agota la totalidad de todo lo que ya se está haciendo en España: “no están todas las que seguramente son”. De ahí que las conclusiones hayan de verse más como consideraciones que como conclusiones cerradas. Por tanto, se invita al lector a que tome estas páginas como notas que permiten establecer hipótesis a testar a medida que se vayan incluyendo más experiencias en el OMIS y que sugieren pistas de por dónde parece evolucionar la agenda de la atención integrada en España. Ahora bien, la fundamental coincidencia de las observaciones y conclusiones que ahora se presentan con la de los estudios ya publicados sobre el avance de la atención integrada en España permite plantearse estas consideraciones con relativa confianza¹⁵.

Una primera conclusión refiere al origen de las prácticas, bien sea institucional (es decir, son impulsadas por y desde las autoridades sanitarias autonómicas o desde gestores del sistema sanitario o del sistema de atención a la dependencia) o haya sido promovido por el sector privado con o sin ánimo de lucro. De hecho, en la categoría funcional de nivel de servicios, la gran mayoría de las experiencias registradas han surgido por iniciativa del sector privado sin ánimo de lucro: el caso de atención integral al nuevo lesionado medular y/o su familia; el programa de atención integral a personas con acondroplasia de la Fundación ALPE; las tres experiencias de la Fundación Matía (el Servicio de Atención Integral en el Domicilio, Etxean Ondo Domicilios y Entornos; Etxean Ondo Residencias); Vivir con Voz Propia; la Coordinación Sociosanitaria en la Atención al Daño Cerebral Sobrevenido; y la Formación Sociosanitaria en Hospitales para Familiares de Afectados por

¹⁵ Nuño et al. (2012) Integrated care initiatives in the Spanish Health System/ Experiencias de integración Asistencial en el Sistema Nacional de Salud de España, *International Journal of Integrated Care*, vol. 12.

Daño Cerebral. Sólo la experiencia del Grupo Funcional de Cuidados Paliativos ha sido promovida desde la autoridad sanitaria autonómica (Osakidetza).

Sin embargo, las prácticas del resto de las categorías funcionales han sido impulsadas por y desde las autoridades sanitarias autonómicas, con la excepción de la experiencia Adsum+. Inclusive Introduction of Integrated Care perteneciente a la categoría “sistemas de información y nuevas tecnologías”.

En segundo lugar, algunas prácticas registradas están financiadas con fondos *ad hoc* (europeos) y por tanto, no tienen garantizada su continuidad y perdurabilidad. Incluso experiencias promovidas desde la autoridad sanitaria están expuestas a las incertidumbres de recortes en la financiación que dejan en suspenso su continuidad.

Una tercera reflexión es que la gran mayoría de las experiencias registradas en el OMIS se centran en la población adulta dependiente, fundamentalmente pacientes crónicos, personas con dependencia sobrevenida (consecuencia del daño cerebral o lesión medular) o con necesidades de ser atendidos por programas de cuidados paliativos. Hay dos experiencias, el Programa de Atención Integral a Personas con Acondroplasia y el Proceso de Atención Integrada a Niños y Niñas con Necesidades Especiales (PAINNE) que intervienen sobre la población no adulta.

El País Vasco es claramente la comunidad autónoma con mayor número de experiencias y donde la atención integrada ha avanzado más en cuanto al grado o “intensidad” y el número de categorías sobre las que se interviene. El liderazgo político se percibe al observar el origen institucional de muchas de sus experiencias, promovidas por Osakidetza. Tras él, le siguen otras comunidades que han implementado alguna experiencia o están en proceso de hacerlo, y donde también se visibiliza el empuje de los dirigentes autonómicos, principalmente Cataluña, Valencia, Murcia, Baleares y Castilla y León.

Pasando al análisis por categorías funcionales, ya hemos observado anteriormente que la mayoría (nueve) de las experiencias registradas en el OMIS se enfocan a ofrecer servicios a pacientes y usuarios, seguidas de las prácticas (cinco) que intervienen en la categoría “gestión y administración de recursos y servicios”. Le siguen las experiencias (tres) pertenecientes a los “sistemas de información y nuevas tecnologías”, junto con una experiencia encuadrada en la categoría “formación de profesionales y liderazgo” y otra práctica perteneciente a la categoría “cambios organizativos”.

No se han registrado todavía prácticas que introduzcan nuevos mecanismos de financiación como objetivo central de la intervención. Sin embargo, la OSI Red de Salud Mental de Vizcaya ha introducido un pequeño



cambio con una financiación variable (5%) al incorporar el enfoque poblacional para acompañar el esfuerzo de reconfiguración asistencial.

El análisis de las diferentes experiencias registradas permite confirmar la presencia de elementos que la evidencia internacional sugiere como fundamentales para ofrecer servicios de atención integrada: (i) la evaluación holística de las necesidades de la persona; (ii) la planificación de cuidados; (iii) la existencia de un único punto de entrada para acceder a los cuidados; (iv) la presencia de un coordinador personal de cuidados (gestor de casos); (v) la atención por equipos multidisciplinares de profesionales¹⁶. Así:

(i) Hay experiencias que aplican el modelo de Atención Integral y Centrada en la Persona (AICP) y su metodología de evaluación comprehensiva de las necesidades de la persona y del cuidador para la elaboración de planes personalizados de servicios de atención¹⁷. Etxean Ondo-Domicilios y Entornos, Etxean Ondo Residencias, Vivir con Voz Propia o la Coordinación Sociosanitaria en la Atención al Daño Cerebral Sobrevenido son ejemplos de experiencias que utilizan este modelo y metodología.

(ii) Los planes de acción consensuados entre diferentes profesionales implicados es un elemento presente en muchas experiencias, como por ejemplo: la Coordinación Sociosanitaria en la Atención al Daño Cerebral Sobrevenido; el Servicio de Atención Integral en el Domicilio; el Grupo Funcional de Cuidados Paliativos; el programa RESC para enfermos de EPOC; etc. Además, el proceso de atención integrada a niños y niñas con necesidades especiales (PAINNE) del Área Local de Bilbao unificó protocolos de actuación y derivación tanto sanitarios como educativos y de servicios sociales.

(iii) La existencia de un único punto de entrada para acceder a los cuidados está muy marcado en el programa RESC para enfermos de EPOC, que establece el circuito de derivación desde los hospitales de agudos de Mallorca y los Equipos de Soporte de Atención Domiciliaria.

(iv) En varias de las experiencias registradas en el OMIS, destaca la presencia del Gestor/a de Caso para garantizar una atención integrada y continua de las personas con necesidades sociales y médicas complejas, a través de su búsqueda activa y su gestión individualizada, coordinando los diferentes niveles asistenciales y apoyando a los cuidadores. La existencia de un gestor personal del paciente con necesidades complejas es un elemento que la evidencia internacional coincide en señalar como clave

¹⁶ Goodwin N, Dixon A, Anderson G, Wodchis W (2014) *Providing integrated care for older people with complex needs. Lessons from seven international case studies*, Londres: The King's Fund.

¹⁷ Para más información sobre el modelo AICP, el lector puede consultar el volumen recientemente publicado: Rodríguez P y Vila i Mancebo A (coords.) (2014) *Modelo de Atención Integral y Centrada en la Persona. Teoría y Práctica en ámbitos del envejecimiento y la discapacidad*, Madrid: Tecnos.

para una efectiva atención integrada¹⁸. En el caso de Etxean Ondo-Domicilios, el gestor de caso es un trabajador social municipal, financiado a cargo del proyecto y encargado de coordinar servicios sociales de base y de atención primaria en salud. En la experiencia Servicio de Atención Integral en el Domicilio, la gestora de casos hace de puente entre los sistemas sanitario y social. Por su parte, los resultados positivos alcanzados por el programa RESC para enfermos de EPOC - en cuanto al manejo de dispositivos terapéuticos, la adherencia al tratamiento, la mejora en la calidad de vida respiratoria y la reducción de las hospitalizaciones - han sido directamente asociados al papel de la enfermera de enlace.

Estas experiencias de gestoras de caso registradas en el OMIS se suman a las que existen ya en todas las comunidades autónomas y que confirma la amplia implantación de este modelo en España, aunque bajo terminología diversa como “enfermería comunitaria de enlace”, “enfermería con funciones más amplias”, “enfermería gestora de competencias avanzadas”, “gestoras de continuidad”, etc. La figura ha tenido un desarrollo desigual. Bajo el término “gestión de casos” conviven múltiples experiencias, modelos diferentes o variaciones significativas de un mismo modelo, diferencias que tienen que ver con el perfil profesional, cartera de servicios ofrecida, tareas desempeñadas por la figura del gestor de casos, relación con el resto de profesionales sanitarios y/o del sistema de atención social, etc. Algunas comunidades han centrado mucho el perfil a la atención de procesos asistenciales muy concretos como enfermos cardíacos y EPOC, mientras que en otros casos se ha buscado un perfil más integrado en el equipo de atención primaria.

(v) Hay en España, finalmente, experiencias donde la atención es prestada por equipos multidisciplinares de profesionales de los sistemas social y sanitario, como sucede con los equipos de coordinación de base sociosanitarios de Castilla y León (que utilizan la plataforma GASS) así como los equipos de atención primaria sociosanitaria (APSS) desarrollados en la comarca de Uribe.

En el apartado de “sistemas de información y nuevas tecnologías”, las tres experiencias registradas en el OMIS (GASS, IN3CA y TELBIL+T) apoyan cada una diferentes procesos de gestión o de provisión de servicios. La plataforma tecnológica para la gestión de la actividad sociosanitaria (conocida con el acrónimo GASS) da soporte a la actividad conjunta de los profesionales de salud y servicios sociales de Castilla y León, permitiendo que las Comisiones de Coordinación Sociosanitaria y los Equipos de Coordinación de

¹⁸ Ross S, Curry N, Goodwin N (2011) *Case management. What it is and how it can best be implemented*, Londres: The King's Fund; Goodwin N, Lawton-Smith S (2010) Integrating care for people with mental illness: the Care Programme Approach in England and its implications for long-term conditions management, *International Journal of Integrated Care*, vol. 10; Morales-Asencio JM, Gonzalo-Jiménez E, Martín-Santos FJ, Morilla-Herrera JC, Celdráan-Mañas M, Carrasco AM, García-Arrabal JJ, Toral-López I (2008) Effectiveness of a nurse-led case management home care model in Primary Health Care. A quasi-experimental, controlled, multi-centre study, *BMC Health Services Research*.

Base gestionen de forma sistemática, ágil y coordinada la atención conjunta a las personas con necesidades sociales y sanitarias, y les permitan organizar y calendarizar tareas, acceder a las actas de sus reuniones, etc. INCA, por su parte, aporta soluciones a diferentes perfiles de usuario, desde el gestor de los programas (el planificador social y sanitario, permitiendo la visualización de la actividad de los servicios, estratificando pacientes, generando cuestionarios, generando un repositorio documental), el profesional médico o enfermero (por ejemplo, registrando pacientes, calendarizando acciones y pruebas diagnósticas con pacientes, integrando datos en la historia clínica electrónica de forma automática, generándose alertas de ingresos hospitalarios y altas hospitalarias con sus pacientes) y los trabajadores sociales de atención primaria y de servicios sociales municipales (posibilitando la coordinación entre profesionales). TELBIL+T es una plataforma tecnológica que apoya la prestación de servicios de atención a pacientes con EPOC e insuficiencia cardíaca en su domicilio mediante la coordinación entre Atención Primaria, el servicio público de teleasistencia BetiOn del País Vasco, Consejo Sanitario y el servicio de urgencias del Hospital de Santa Marina.

En la categoría de integración a nivel de “gestión y administración de recursos y servicios”, una de las estrategias más necesarias para la planificación de servicios de atención integrada es la estratificación del riesgo. Badalona Serveis Assistencials ha puesto en marcha un modelo de estratificación de pacientes que contribuye a mejorar la atención a las personas con enfermedades crónicas. Esta experiencia cuenta además con una aplicación web que, en tiempo real, sirve de ayuda a la decisión de los profesionales en la selección de pacientes adultos con enfermedades crónicas.

Finalmente, en la categoría “cambios organizativos”, destacan las estructuras de gobernanza implantadas en Castilla y León y en la comarca de Uribe. En Castilla y León, las comisiones provinciales de coordinación sociosanitaria dan soporte a los 191 equipos de coordinación de base establecidos en las zonas básicas. Por su parte, la experiencia de la comarca de Uribe para la Atención Sociosanitaria a Mayores en su Entorno Habitual de Residencia estableció un Grupo Rector encargado de coordinar los 10 equipos de atención primaria sociosanitaria (APSS) que prestan los servicios de cuidados integrados y que a su vez reciben la contribución de los grupos de apoyo. Además del Grupo Rector en la Comarca de Uribe y de las comisiones de coordinación sociosanitaria a nivel provincial en Castilla y León a nivel meso, ambas experiencias son también interesantes por contar con estructuras en el ámbito de la gobernanza (en su acepción de liderazgo político y gobierno): el Consejo Vasco de Atención Sociosanitaria y el Servicio de Coordinación Sociosanitaria de la Gerencia Regional de Salud de Castilla y León.

Pero es quizá el establecimiento de Organizaciones Sanitarias Integradas (OSI) el elemento de cambio organizativo de más calado. Conocidas en el mundo anglosajón como *Accountable Care Organizations*

(ACOs)¹⁹, una OSI es un “microsistema”²⁰ organizacional que agrupa a nivel local la red de proveedores de servicios de una demarcación geográfica determinada, responsabilizándose de la atención primaria y especializada, en torno a objetivos de salud comunes y consensuados. El País Vasco, y más recientemente Cataluña, se han implantado experiencias de este tipo, una de las cuales ha sido registrada en el OMIS: la Red de Salud Mental de Bizkaia (RSMB). La RSMB es una OSI que aúna la gestión de los servicios y recursos de 4 hospitales y otras 4 comarcas sanitarias, responsabilizándose de la atención integrada de salud mental de pacientes del territorio de Vizcaya. La RSMB cuenta con una única gerencia para todos los dispositivos que se han integrado en la nueva organización, compartiendo el mismo contrato programa y política de recursos humanos común, con plena integración estructural y de procesos. Junto a esta, la OSI Bilbao-Basurto también tiene su presencia en este informe, no tanto por haber sido registrada como tal (que no lo ha sido), sino por localizarse en su área de responsabilidad gestora tres de las iniciativas de atención integrada que sí se han registrado en el OMIS: el programa de Atención Sociosanitaria dirigida a personas mayores de la Comarca de Uribe, el programa de telemonitorización y teleasistencia TELBIL+T y la Guía 2013 PAINNE para niños con necesidades especiales.

Experiencias en Desarrollo para 2015

En el momento de redacción de este informe (enero 2015), se han captado e identificado ya varias experiencias interesantes con el objetivo de ir registrándolas (el “pipeline” del OMIS) a lo largo de 2015. Sin pretender ser exhaustivos, máxime cuando la identificación y registro de experiencias es un proceso abierto y en constante evolución, sin embargo sí se pueden avanzar una serie de temas sobre los que el Comité Técnico del OMIS ya está trabajando.

Así, se están analizando experiencias que incorporan la figura de la enfermería gestora de casos en Andalucía, Cataluña, Murcia o Canarias (la comunidad autónoma pionera en España en introducir esta figura de coordinadora de cuidados).

En atención a la salud mental, se siguen con interés la experiencia de Avilés (Asturias) de tratamiento asertivo comunitario y el modelo integrado en red de Castilla y León.

¹⁹ Shortell S, Addicott R, Walsh N and Ham C (March 2014) *Accountable care organisations in the United States and England. Testing, evaluating and learning what works*, Londres: The King’s Fund briefing.

²⁰ Blog Rafael Bengoa, Avanzando firmemente hacia los microsistemas, 25 Agosto 2014, <http://www.rafaelbengoa.com/2014/08/25/avanzando-firmemente-hacia-los-microsistemas/>

Se está también estudiando la práctica de atención integrada a pacientes de esclerosis lateral amiotrófica (ELA) puesta en marcha en el Hospital Puerta del Mar (Cádiz). Esta es una de las estrategias “Al Lado” de Andalucía, ofrecidas como instrumentos de cooperación entre servicios sanitarios y sociales y asociaciones, para acompañar y prestar apoyo a pacientes y familias²¹.

En la categoría de integración a nivel de “gestión y administración de recursos y servicios”, se pretende avanzar en la identificación de herramientas ya en marcha para la estratificación de riesgos en personas con enfermedades crónicas, en particular diabetes.

Junto a estas, otras experiencias que se han identificado son: el plan Valcronic de Mejora de la Atención de Pacientes Crónicos de la comunidad Valenciana, el programa de Atención al Paciente Crónico (PAPEC) de las Islas Baleares y el circuito de coordinación sociosanitaria del área 9 de Murcia.

Finalmente, uno de los objetivos es continuar el registro de las iniciativas de OSIs en proceso de implantación en las comunidades de País Vasco y Cataluña y seguir profundizando en los rasgos fundamentales de estos modelos. Es interesante además poder analizarlos en referencia a otras experiencias de integración de la gestión entre prestadores de servicios, por ejemplo entre hospitales de agudos y hospitales de crónicos o de larga duración (por ejemplo, el caso del Hospital de Crónicos de Mislata y del Hospital de Agudos de Manises, en Valencia; o el caso del Hospital Joan March, integrado en el Hospital Son Llàtzer, en Mallorca).

²¹ Junta de Andalucía. Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales, http://www.juntadeandalucia.es/salud/sites/csalud/contenidos/Informacion_General/c_4_c_10_al_lado/al_lado_ideas?perfil=ciud

El OMIS cuenta con un Consejo Asesor de carácter estratégico compuesto por: Dr. Juan Oliva (Asociación Economía y Salud, Universidad de Castilla La Mancha), Dr. Francois Beland (Département d'administration de la Santé, Universidad de Montreal), Dr. Nick Goodwin (IFIC), Dr. John Piette (Center for Managing Chronic Disease, Universidad de Michigan), Dr. Christopher Stewart (Department of Health, Social Services and Public Safety, Irlanda del Norte), Dr. Baltasar Lobato (Accenture Health Spain), D. Juan Sitges (Fundación Caser para la Dependencia) y Dr. Emilio Herrera (FNH).

El Comité Técnico del OMIS lo componen el Dr. Arturo Álvarez (FNH) y Dña. Silvia Librada (FNH). Además, D. Juan Daniel Durán y D. Zacarías de la Hera han contribuido como analistas colaboradores.

Patrocinadores



Colaboradores

