

# **Integración de la atención sanitaria y social: perspectivas de futuro**

---

## **Conferencia internacional Proyecto Equity-LA II**

**La integración de la atención en redes de Servicios de salud en América Latina**

Santiago de Chile, 27.06.2019

José Augusto García Navarro

<http://www.consorci.org>

**Unas reflexiones previas**

**¡ Siempre los hospitales !**

**La integración es el camino, pero difícil**

# Población más vieja y más pobre



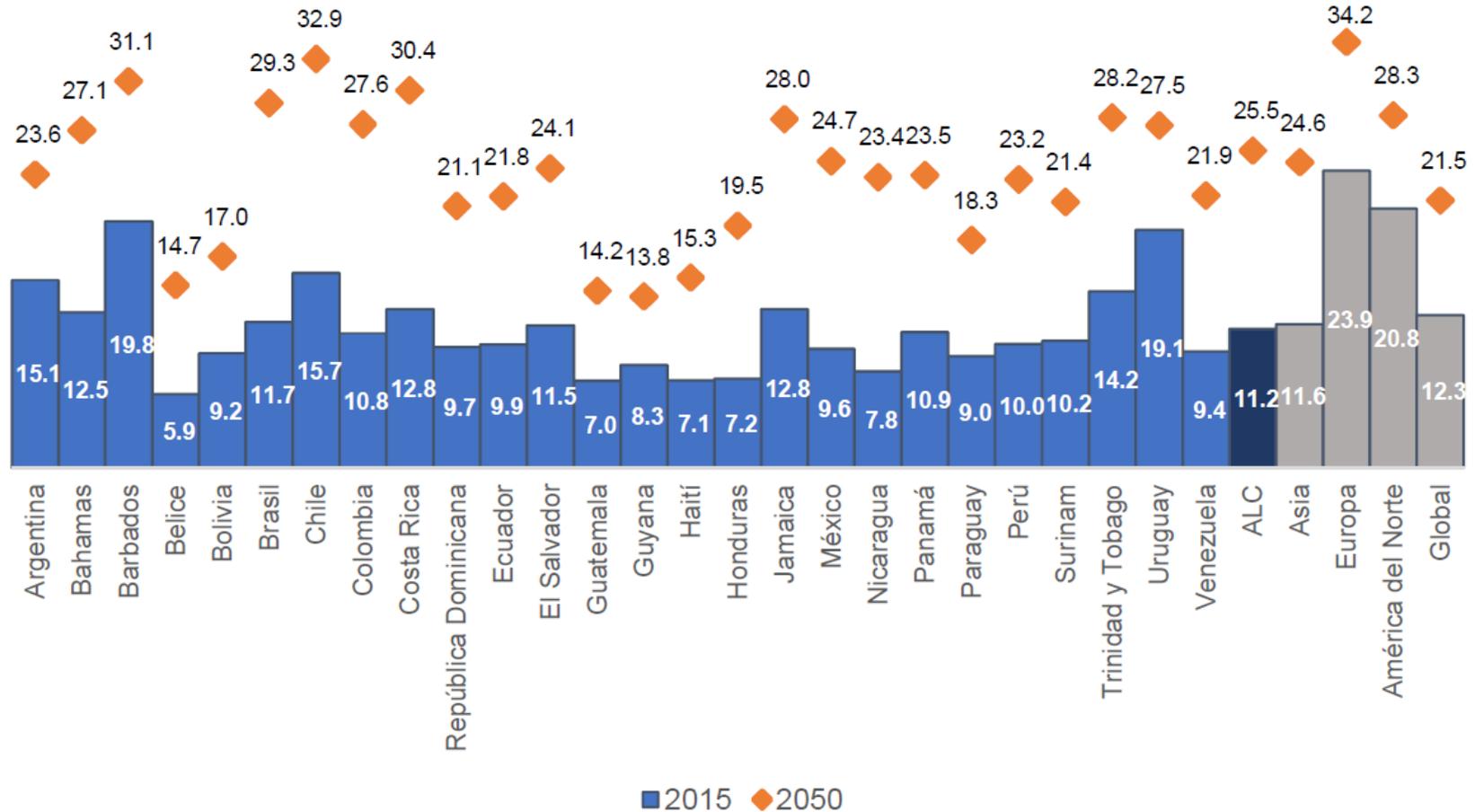
**Se multiplica por dos la población de más de 65 años en el 2039**

**Se multiplica por cuatro la población mayor de 85 años en 2039**

**Se reduce a un tercio la pensión media**

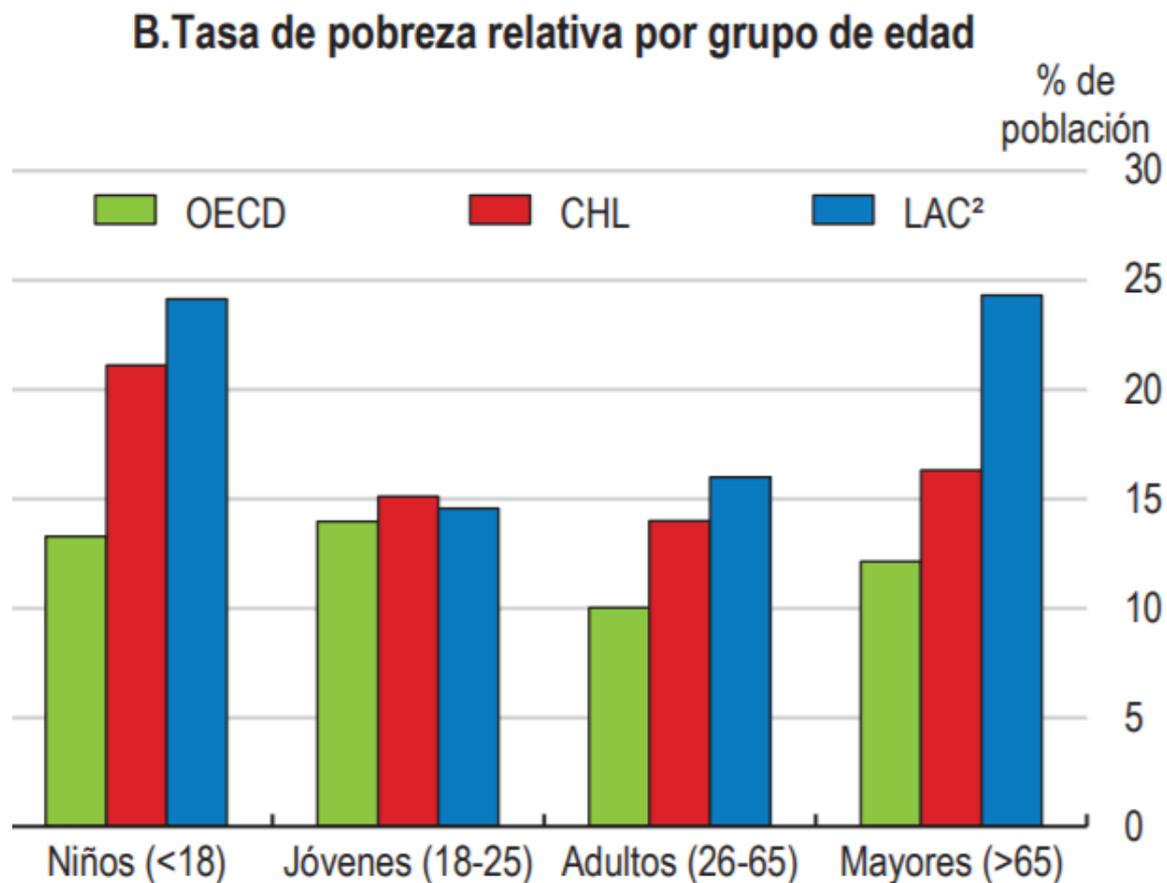
# América Latina y El Caribe también envejecen

Población mayor de 60 años en ALC y otras regiones, 2015 frente a 2050 (%)



Fuente: División de población de Naciones Unidas, 2017

# América Latina y El Caribe también envejecen

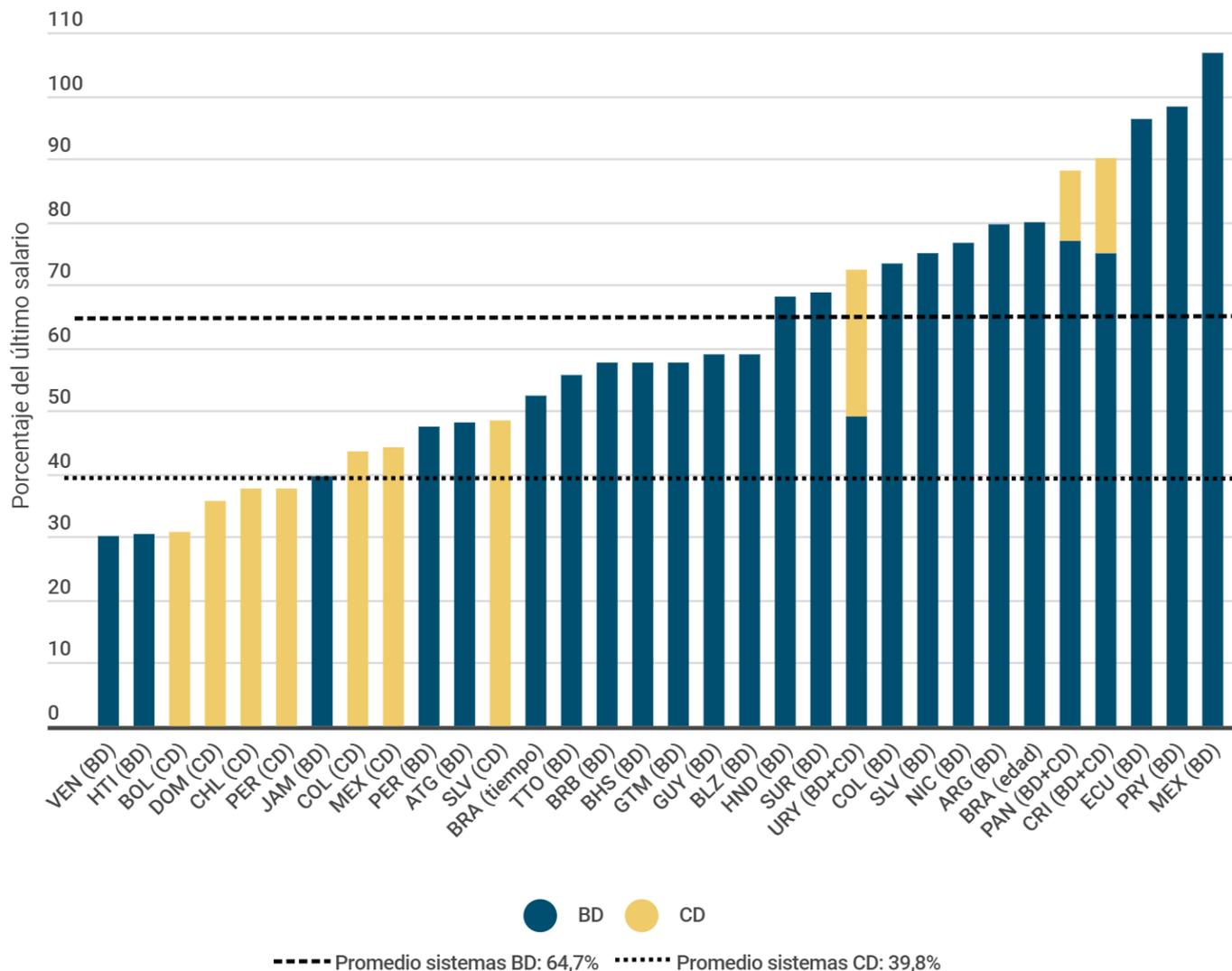


Fuente: Estudios económicos de la OCDE. Chile 2018

# Pensiones bajas en LATAM y EC

## ¿En qué país están las mejores pensiones?

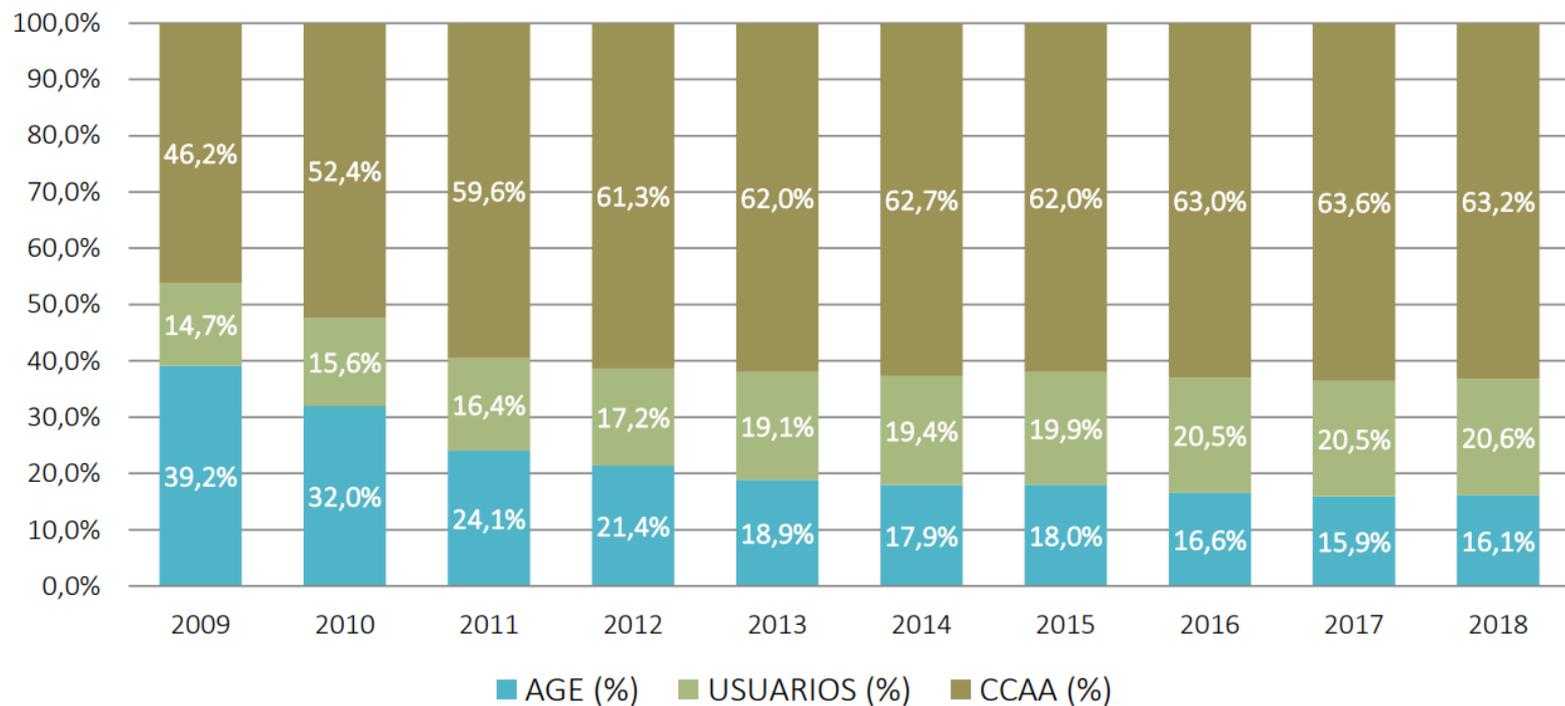
Tasas de reemplazo promedio de los sistemas previsionales en América Latina y el Caribe



Fuente: BID, 2018

# Fuente de financiación de la atención a la dependencia en España

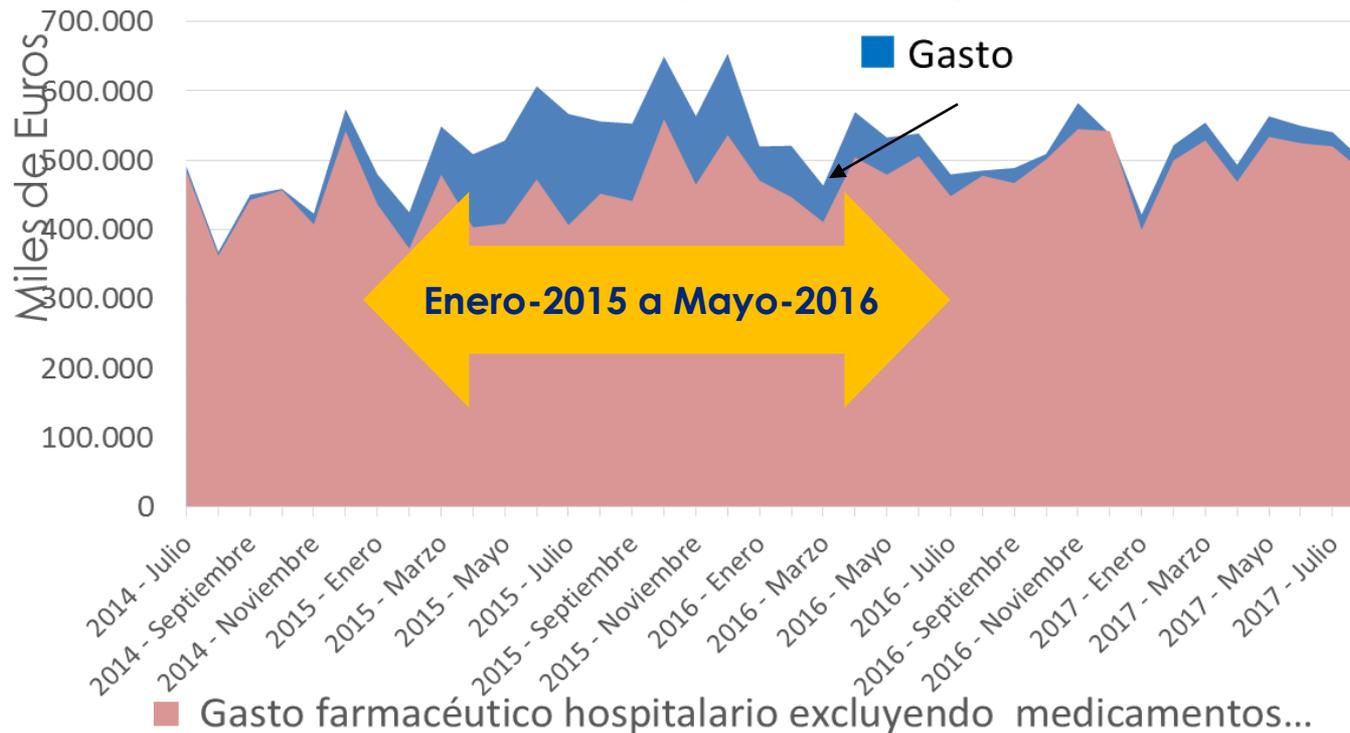
## Distribución aportación financiadores SAAD



Observatorio de atención a la dependencia, 2019.

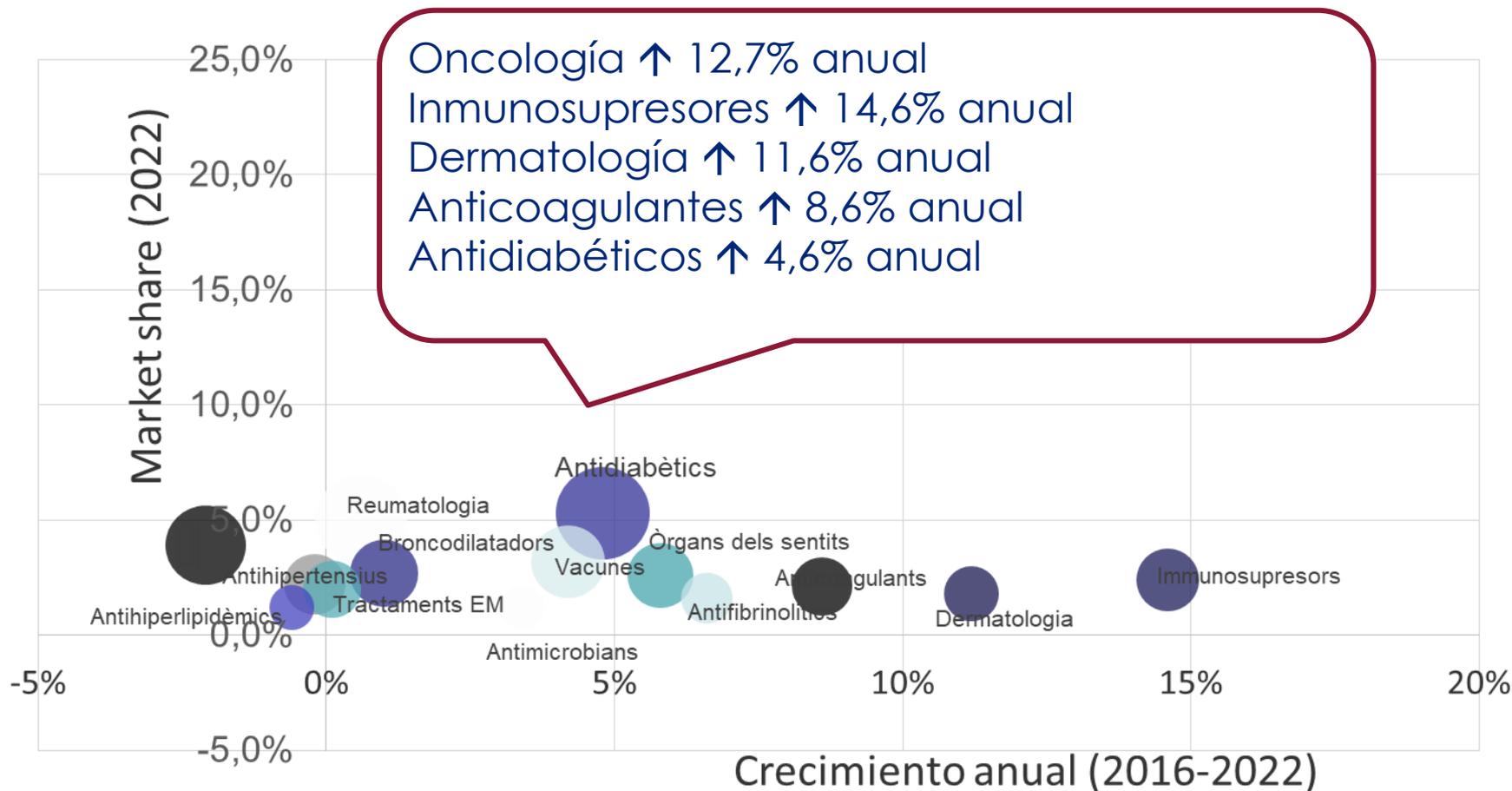
# El caso de la Hepatitis C

Efecto del tratamiento de la hepatitis C crónica en el gasto de medicamentos hospitalarios en España



Fuente : Ministerio de Hacienda

## Evolución de los mercados farmacéuticos mundial 2016-2022



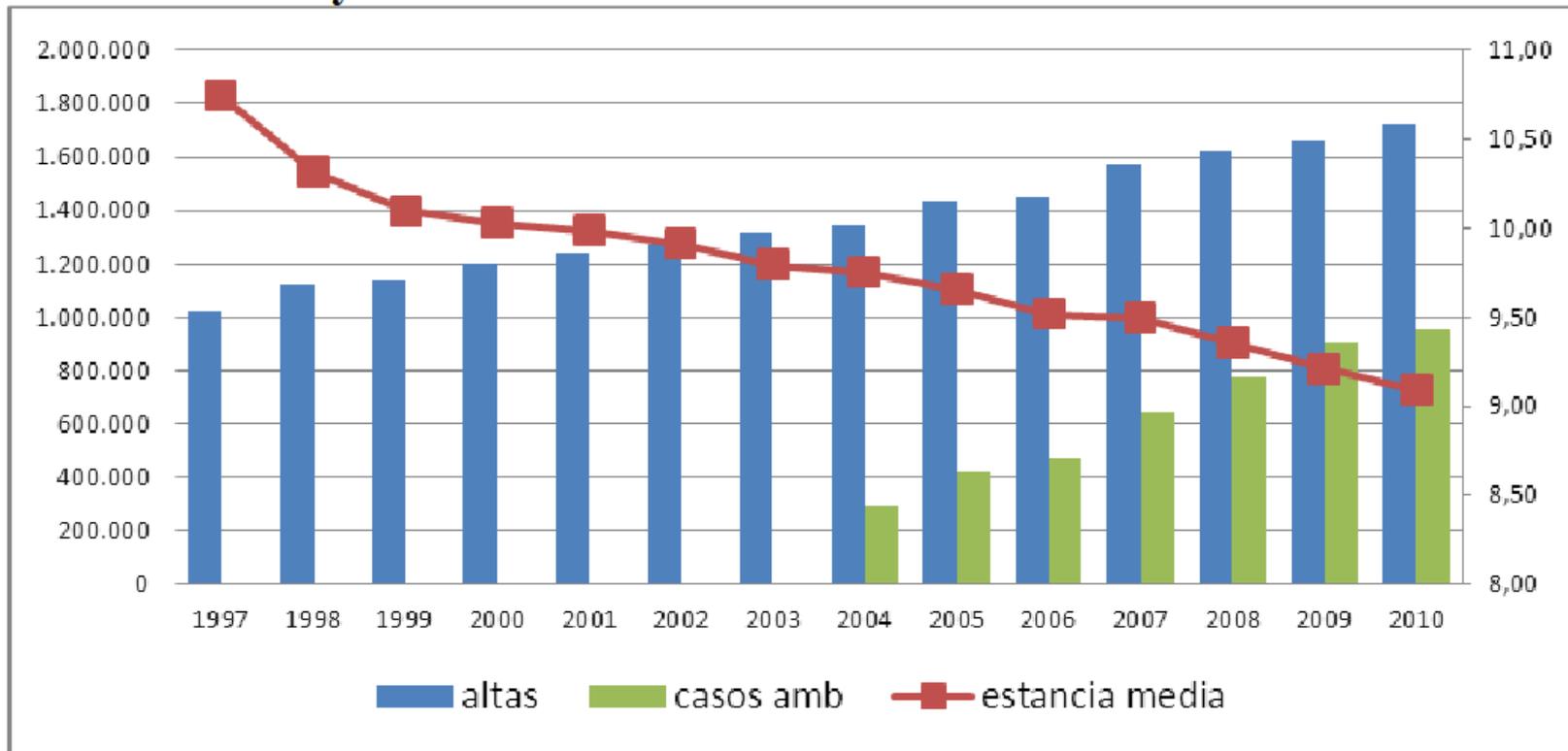
**Unas reflexiones previas**

**¡ Siempre los hospitales !**

**La integración es el camino, pero difícil**

# El anciano visita mucho el hospital

**Evolución del número de altas, estancia media casos ambulatorios<sup>(\*)</sup>.  
Pacientes de 65 y más años. SNS. 1997-2010.**



(\*) registro desde 2004. Cobertura parcial casos hospital de día

# Coste del paciente en el último año de vida (muerte hospitalaria)

Enero de 2005 – Marzo 2012:

- 5.125 pacientes
- consumos 2 años previos

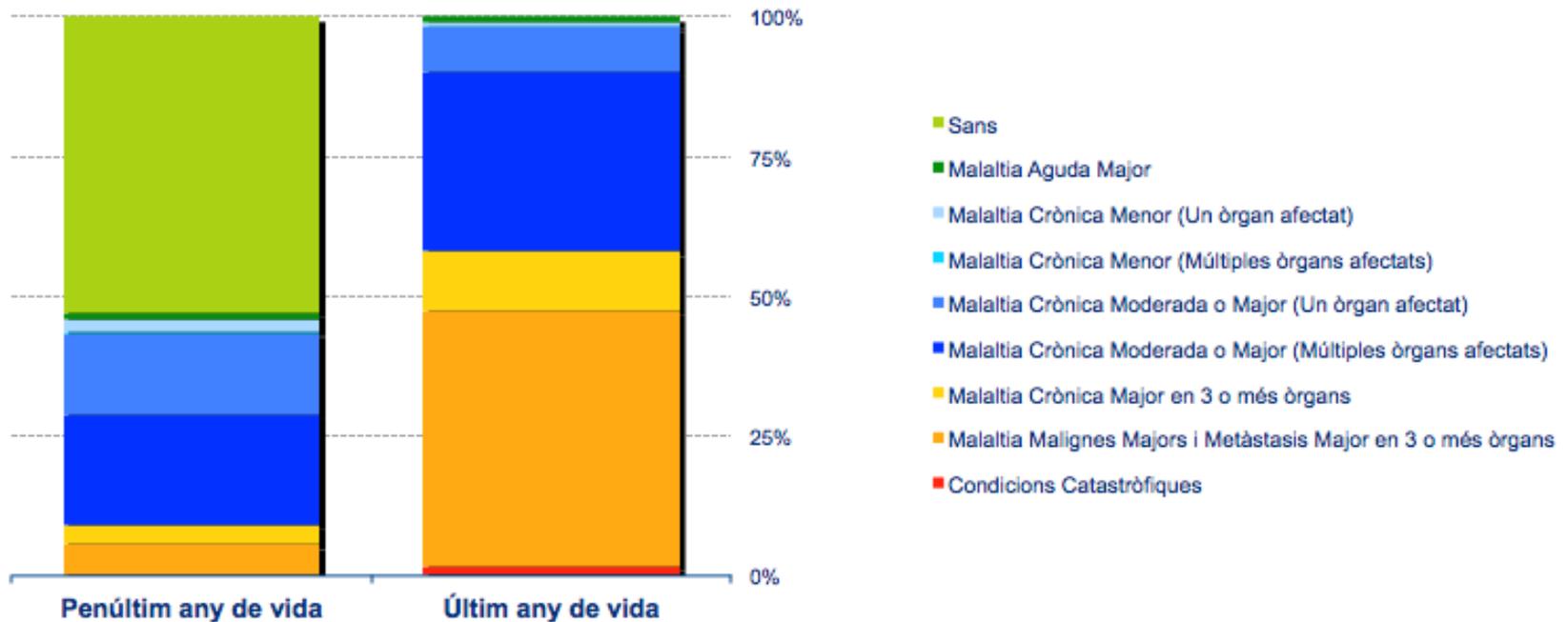


Área de Evaluación Asistencial. Grupo Sagessa, 2012. Con permiso

# Coste del paciente en el último año de vida (muerte hospitalaria)

Enero de 2005 – Marzo 2012:  
- 5.125 pacientes  
- consumos 2 años previos

## Classificació CRG dels pacients abans de la mort



Área de Evaluación Asistencial. Grupo Sagessa, 2012. Con permiso

# Coste del paciente en el último año de vida (muerte hospitalaria)

**Enero de 2005 – Marzo 2012:**

- 5.125 pacientes
- consumos 2 años previos

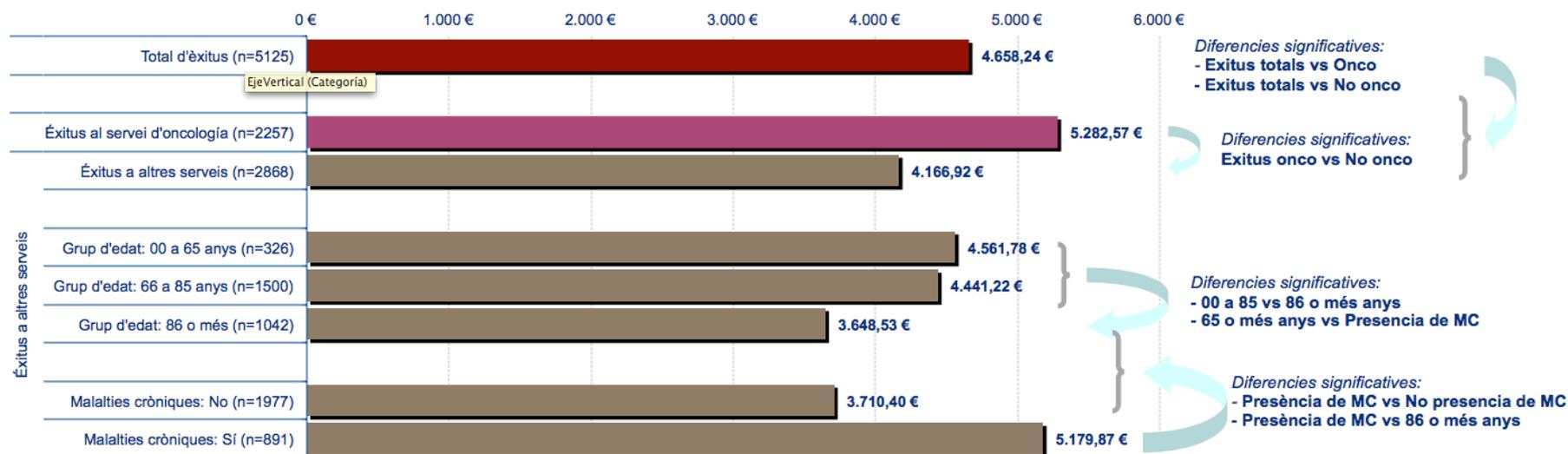
Tipus de pacient segons classificació CRG del qual es vol observar el seu consum de Recursos sanitaris	Any de vida		Estat de la persona segons CRG
	Penúltim	Últim	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sans
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Malaltia Aguda Major
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Malaltia Crònica Menor (Un òrgan afectat)
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Malaltia Crònica Menor (Múltiples òrgans afectats)
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Malaltia Crònica Moderada o Major (Un òrgan afectat)
	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Malaltia Crònica Moderada o Major (Múltiples òrgans afectats)
	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Malaltia Crònica Major en 3 o més òrgans
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Malaltia Malignes Majors i Metàstasis Major en 3 o més òrgans
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Condicions Catastròfiques
<b>Nombre d'èxits seleccionats: 849</b>			

# Coste del paciente en el último año de vida (muerte hospitalaria)

Enero de 2005 – Marzo 2012:

- 5.125 pacientes
- consumos 2 años previos

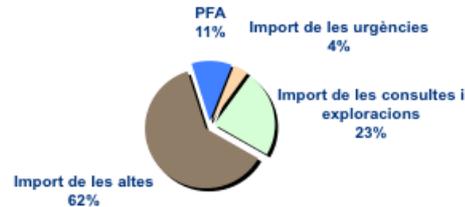
Preu per pacient de les altes hospitalàries en l'últim any de vida



Àrea de Evaluación Asistencial. Grupo Sagessa, 2012. Con permiso

# Coste del paciente en el último año de vida (muerte hospitalaria)

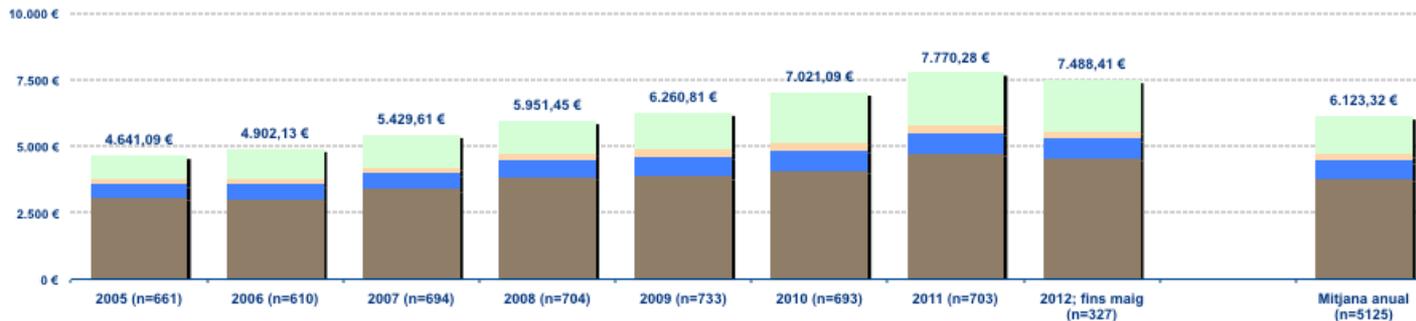
Consum de recursos (euros) segons tipologia  
Últim any de vida (n=5.125)



**Enero de 2005 – Marzo 2012:**

- 5.125 pacientes
- consumos 2 años previos

Evolució del consum de recursos (euros) segons tipologia  
Mitjana per pacient en l'últim any de vida



	Éxitus	Despesa per èxits					Activitat per èxits				
		Total	Import de les altes	PFA	Import de les urgències	Import de les consultes i exploracions	Receptes	Altes	Estades	Urgències	Consultes i exploracions
2005	661	1.191,31 €	553,73 €	170,10 €	59,97 €	407,52 €	16,8	0,4	2,6	0,7	6,6
2006	610	1.335,91 €	566,50 €	345,18 €	59,24 €	364,99 €	22,6	0,4	2,9	0,7	5,9
2007	694	1.452,08 €	593,88 €	365,91 €	62,72 €	429,57 €	20,6	0,3	2,8	0,7	6,9
2008	704	1.624,27 €	704,41 €	415,08 €	66,09 €	438,69 €	25,8	0,4	3,0	0,7	7,1
2009	733	1.826,52 €	781,14 €	447,96 €	67,11 €	530,31 €	25,4	0,4	3,1	0,7	8,6
2010	693	2.253,76 €	1.026,05 €	497,72 €	108,54 €	621,45 €	29,3	0,5	4,1	1,0	10,0
2011	703	2.116,29 €	862,08 €	475,84 €	82,81 €	695,56 €	27,5	0,4	2,7	0,8	11,2
2012; de gener a r	327	2.370,06 €	983,70 €	519,42 €	101,36 €	765,58 €	29,8	0,4	3,0	1,0	12,4
<b>Mitjana anual</b>	<b>5.125</b>	<b>1.739,91 €</b>	<b>747,51 €</b>	<b>399,37 €</b>	<b>74,46 €</b>	<b>518,57 €</b>	<b>24,5</b>	<b>0,4</b>	<b>3,0</b>	<b>0,8</b>	<b>8,4</b>

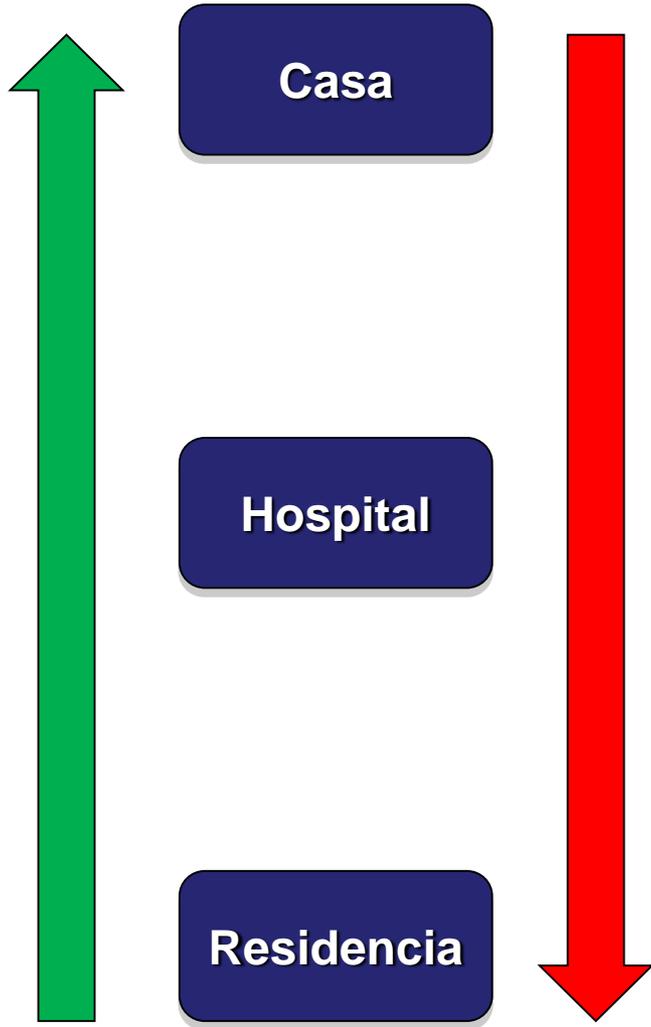
# Los inductores del cambio en servicios sanitarios

**Disminuir la utilización de hospitales**

**Hay que desplazar costes a la comunidad**

**Los cuidadores han de implicarse más**

# Los viejos enfermos



1. NO DEBEN VENIR AL HOSPITAL
2. SI VIENEN, NO TIENEN QUE PASAR
3. SI PASAN, SE DEBEN IR RÁPIDO

# No hay soluciones sencillas

Figura I. Evolució dels llits en funcionament per tipus d'assistència a Catalunya. Anys 1992-2008.

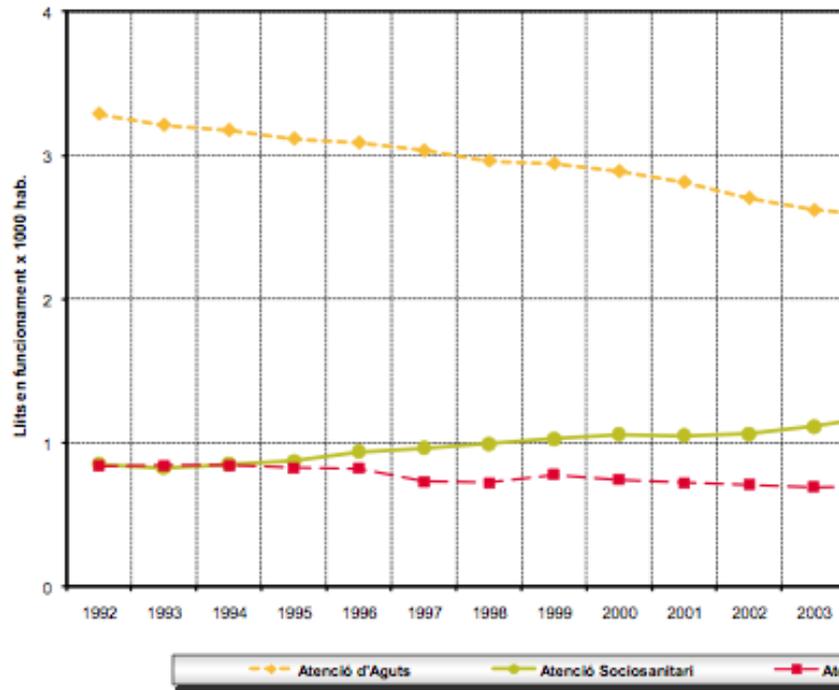
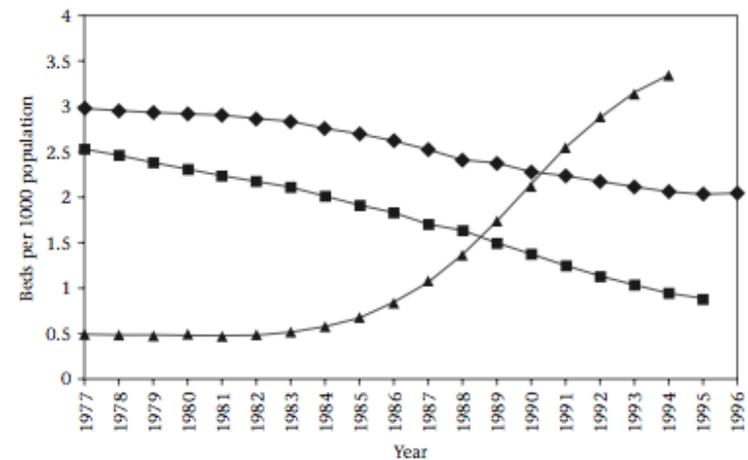


Figure 2.9 Trends in beds (per 1000 population), United Kingdom 1977-96: ◆ acute care; ■ psychiatric care; ▲ nursing home

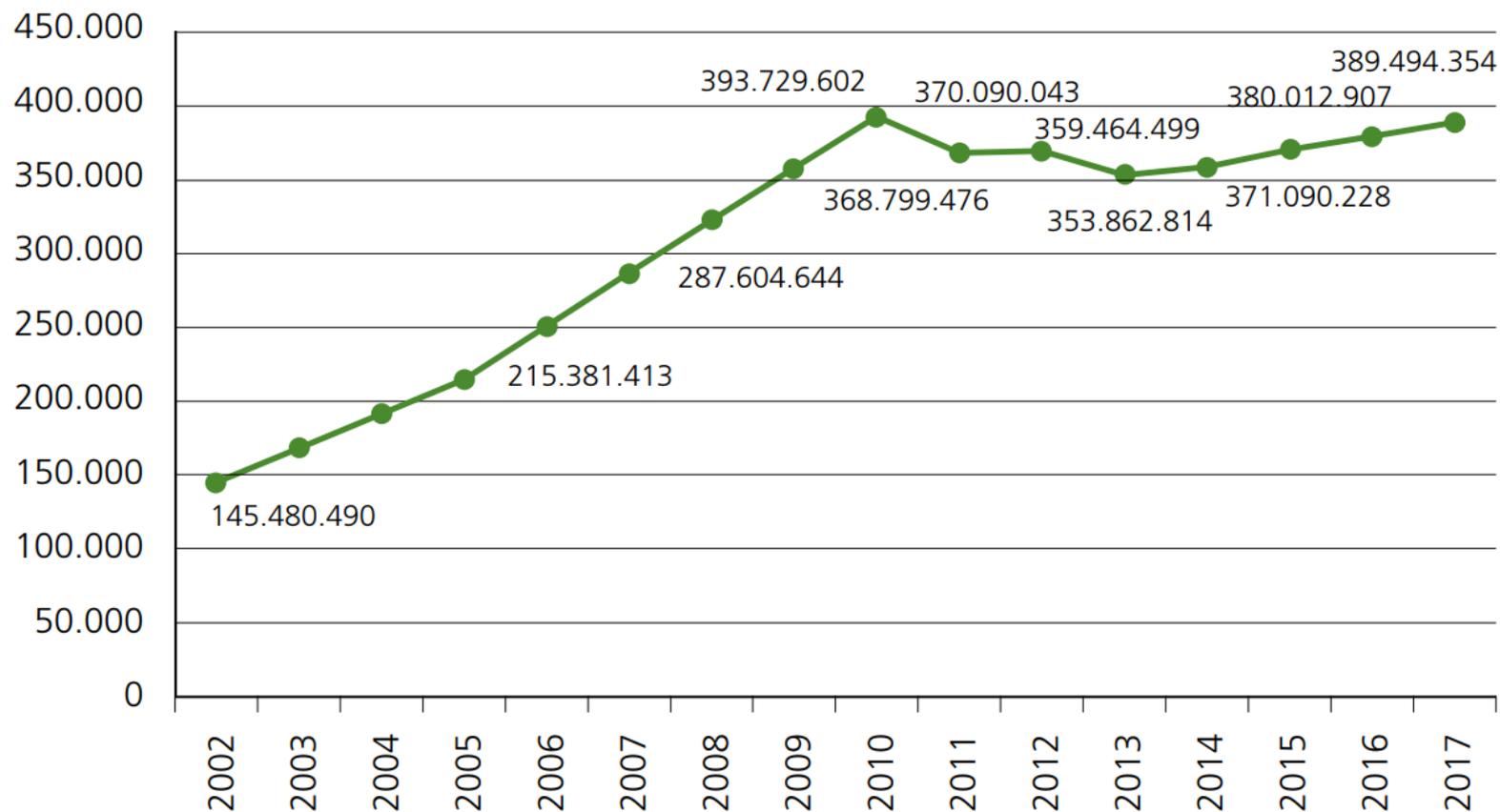


Source: OECD (1999)

EESRI 2008.

Rechel B. Investing in hospitals of the future. 2009

# Servicios sociosanitarios en Cataluña, gasto 2017



Fuente: Central de Resultats, Calsalut, 2016

## Ten components of care for older people



# Atención postaguda

## Avoiding hospital admission and accelerating discharge

Relative strength of evidence  
of reduction in activity and  
whole-system costs

Initiative

Most positive evidence

- Condition-specific rehabilitation

Emerging positive evidence

- Senior assessment in A&E
- Rapid access clinics for urgent specialist assessment

Mixed evidence, particularly on overall  
cost reduction

- Intermediate care: rapid response services
- Intermediate care: bed-based services
- Hospital at Home

Imison C. Shifting the balance of care. The Nuffield Trust, 2017

**Unas reflexiones previas**

**¡ Siempre los hospitales !**

**La integración es el camino, pero difícil**

## **Loneliness and Social Isolation as Risk Factors for Mortality: A Meta-Analytic Review**

**Julianne Holt-Lunstad<sup>1</sup>, Timothy B. Smith<sup>2</sup>, Mark Baker<sup>1</sup>, Tyler Harris<sup>1</sup>, and David Stephenson<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Department of Psychology and <sup>2</sup>Department of Counseling Psychology, Brigham Young University

Perspectives on Psychological Science  
2015, Vol. 10(2) 227–237  
© The Author(s) 2015  
Reprints and permissions:  
sagepub.com/journalsPermissions.nav  
DOI: 10.1177/1745691614568352  
pps.sagepub.com  


*Lancet* 2017; 389: 1229–37

## **Socioeconomic status and the 25 × 25 risk factors as determinants of premature mortality: a multicohort study and meta-analysis of 1.7 million men and women**

*Silvia Stringhini\*, Cristian Carmeli\*, Markus Jokela\*, Mauricio Avendaño\*, Peter Muennig, Florence Guida, Fulvio Ricceri, Angelo d’Errico, Henrique Barros, Murielle Bochud, Marc Chadeau-Hyam, Françoise Clavel-Chapelon, Giuseppe Costa, Cyrille Delpierre, Silvia Fraga, Marcel Goldberg, Graham G Giles, Vittorio Krogh, Michelle Kelly-Irving, Richard Layte, Aurélie M Lasserre, Michael G Marmot, Martin Preisig, Martin J Shipley, Peter Vollenweider, Marie Zins, Ichiro Kawachi, Andrew Steptoe, Johan P Mackenbach, Paolo Vineis†, Mika Kivimäki‡, for the LIFEPAth consortium‡*

# Las nuevas variables para la planificación

- La **pobreza y la soledad** emergen como elemento clave en la planificación sanitaria
- Las **nuevas tecnologías** (incluyendo la farmacia) son un componente cada vez más importante del gasto sanitario
- Los **hospitales ejercen una atracción enorme** en la prestación de servicios sanitarios a ancianos
- La **visión de los profesionales de base** es la única capaz de modificar la utilización de servicios hospitalarios potenciando alternativas a la hospitalización de agudos

PDF Complete Special Edition

Archivo (F) Editar Ver Ayuda (H)

Hacer clic aquí para una oferta especial

Clinical integrated services - BMJ 2011.pdf

Marcaltros

Páginas

Búsqueda

**bmj.com**

More articles about the NHS reforms in England at [bmj.com/nhsreforms](http://bmj.com/nhsreforms)

---

# Clinically integrated systems: the future of NHS reform in England?

Recent reforms to the NHS in England seem to make integration of care harder rather than easier. But **Chris Ham**, **Jennifer Dixon**, and **Cyril Chantler** argue that integration is not incompatible with competition and that it is essential for more efficient care

A recent survey of 1000 general practitioners... that results in "deficiencies in timeliness, qual- **What is integrated care?**



MARK THOMAS

1 of 3

Escritorio ES

18:45

Ham C et al. BMJ 2011

# Cambios ya en marcha

El nou indicador socioeconòmic, és el resultat de combinar:

- % de població amb ocupacions manuals
- % de població amb nivell d'instrucció baix
- Taxa de mortalitat prematura
- Taxa d'hospitalitzacions evitables
- % de població exempta de copagament farmacèutic
- % de població amb rendes anuals inferiors a 18.000 €
- % de població amb rendes anuals superiors a 100.000 €

El càlcul d'aquest indicador per a cada ABS ens permet obtenir un **mapa de les desigualtats socials** a Catalunya entre les diferents ABS



A partir de la inclusió d'aquest **indicador socioeconòmic** a la fórmula de finançament de l'atenció primària, s'obté un **nou model d'assignació dels equips d'atenció primària**

# Cambios ya en marcha

**Assignació EAP = 95% part fixa + 5% part variable.**



**Part fixa = població assignada x càpita mitjana x (95,7% factor de pressió assistencial + 4,3% factor dispersió).**



**Factor pressió assistencial = 23,2% constant + 46,5,% estructura demogràfica + 30,4% indicador socioeconòmic compost.**

ON

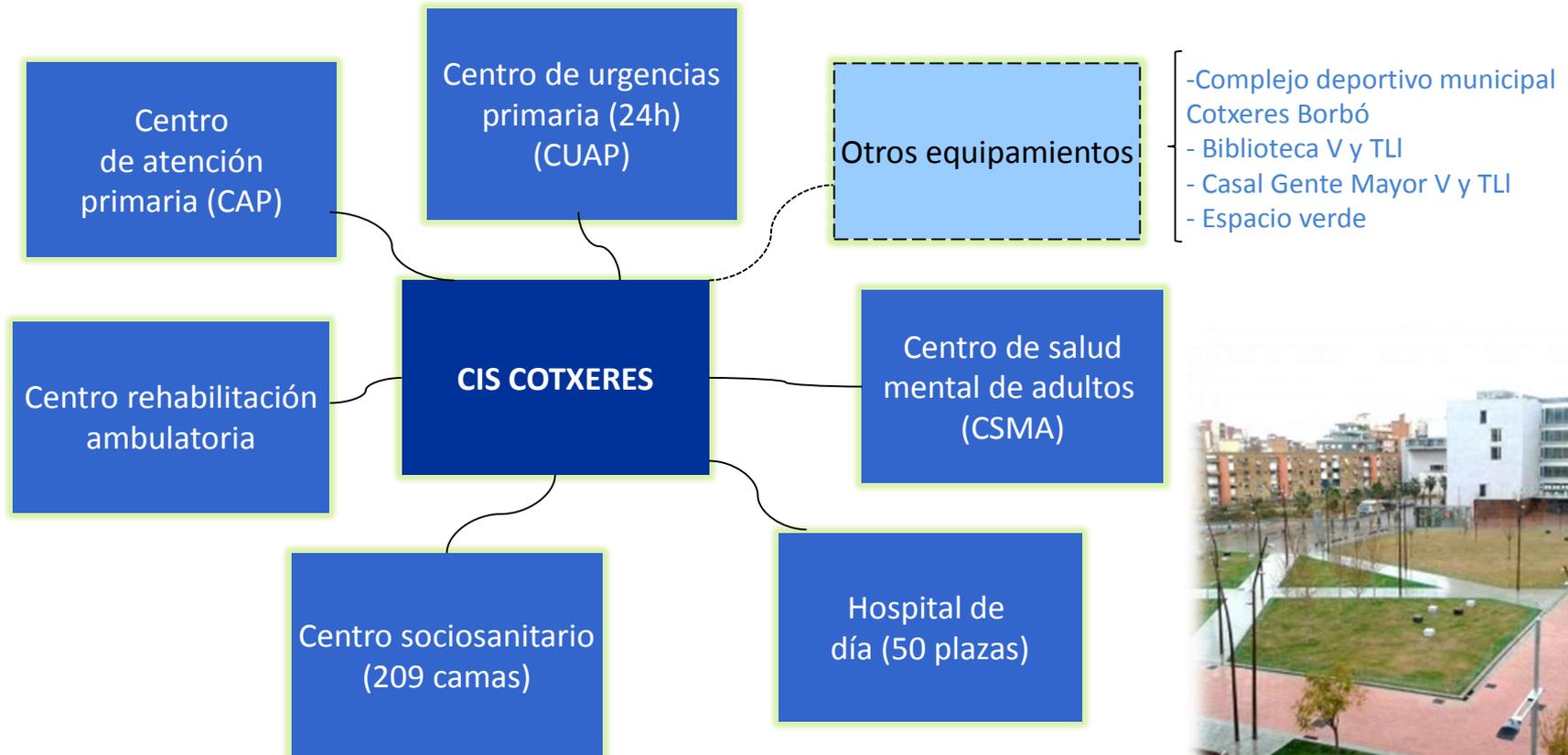
**Factor pressió assistencial = % població assignada atesa x complexitat**

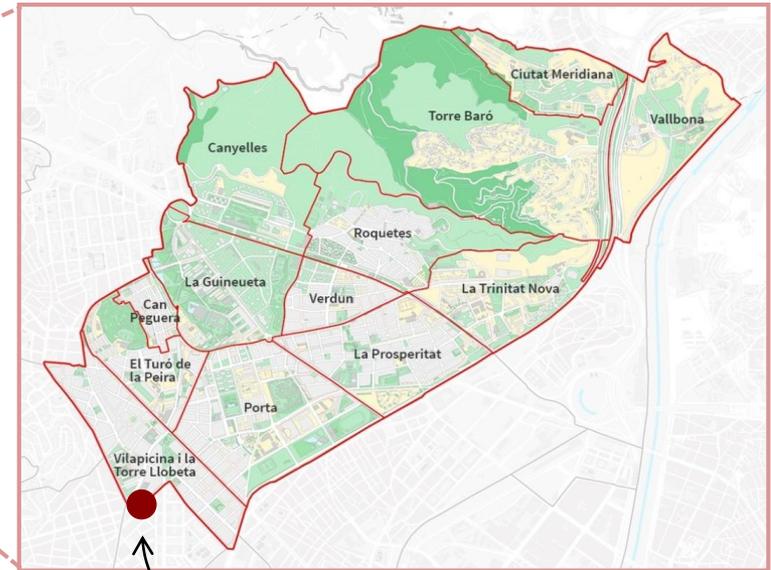
# INTEGRACIÓN DE SERVICIOS DE ATENCIÓN PRIMARIA SOCIAL Y SANITARIA EN DOMICILIO EN UN ENTORNO URBANO



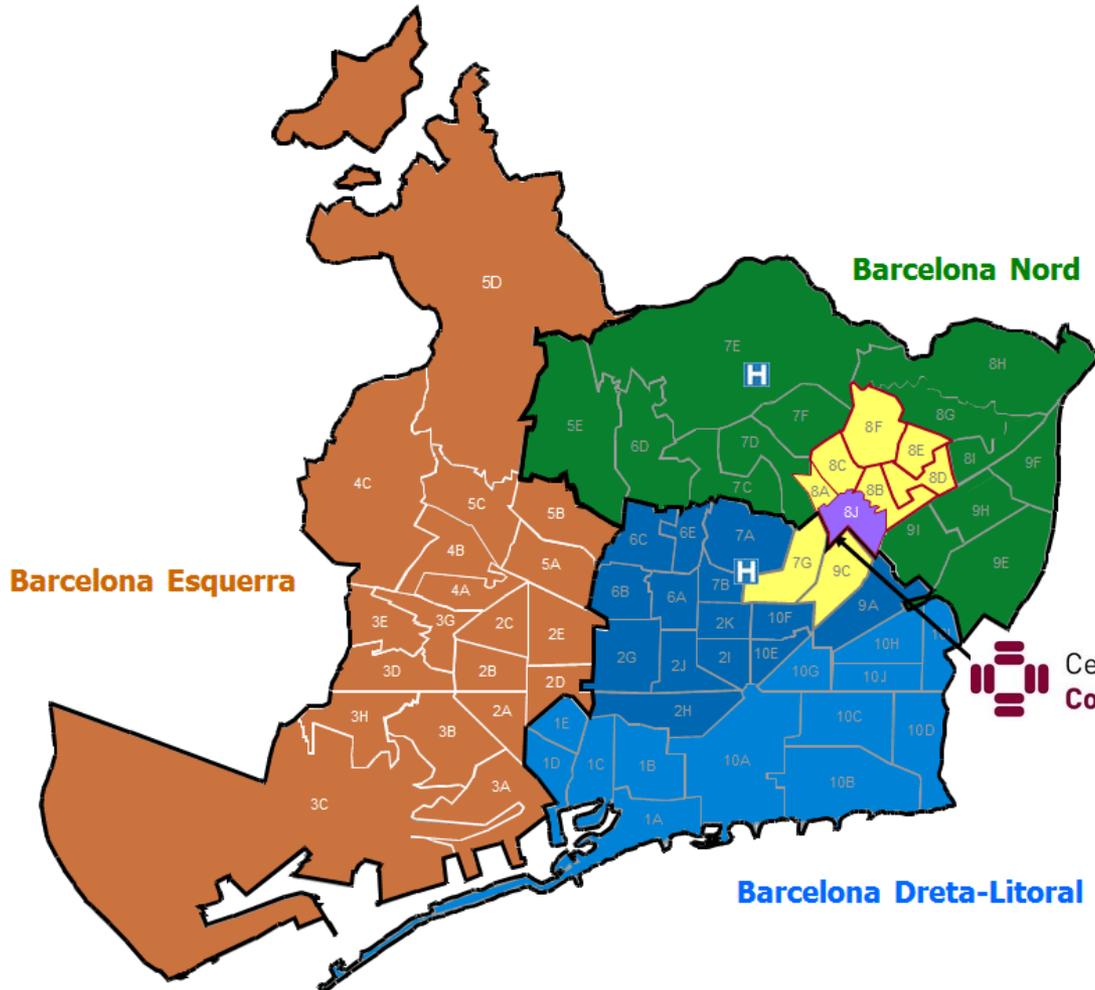
## CIS COTXERES:

El Centro Integral de Salud Cotxeres incorpora desde su inicio (2010) el concepto de asistencia integrada (atención primaria, pruebas diagnósticas, atención sociosanitaria y continuada) con un estilo de asistencia de proximidad arraigada en el tejido social de la zona:





Centre Integral de Salut  
Cotxeres



## División territorial Barcelona ciudad

### Ayuntamiento:

10 distritos /

73 barrios

### CatSalut-RSB-Ciudad:

4 áreas integrales de salud /

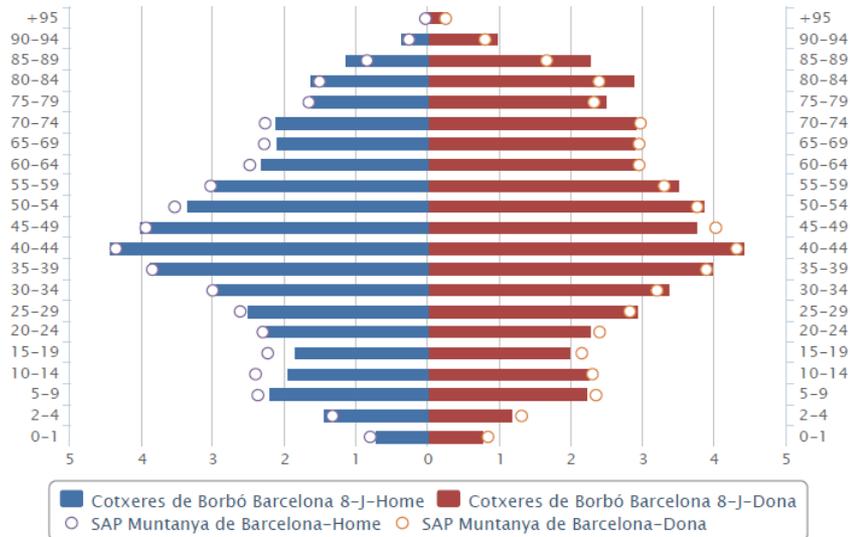
67 Áreas Básicas de Salud (ABS)



CIS Cotxeres	Población Asegurada RCA'18
 CAP	24.474
 CUAP	178.065
 Rehabilitación	120.109
 Sociosanitario	401.925

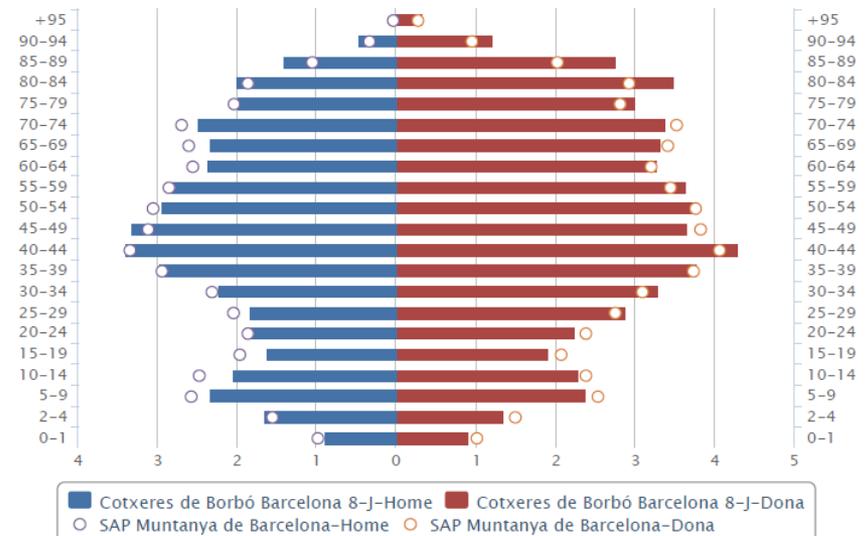
## Población asignada

Cotxeres de Borbó Barcelona 8-J - Distribució % per edat i sexe  
Població Assignada



## Población asignada atendida

Cotxeres de Borbó Barcelona 8-J - Distribució % per edat i sexe  
Població Assignada Atesa



Población asignada EAP: **26.355**

**≥ 75 años**  
**14%**

Población asignada atendida EAP: **21.097**

**Cobertura**  
**80%**

**≥ 75 años**  
**97,4%**

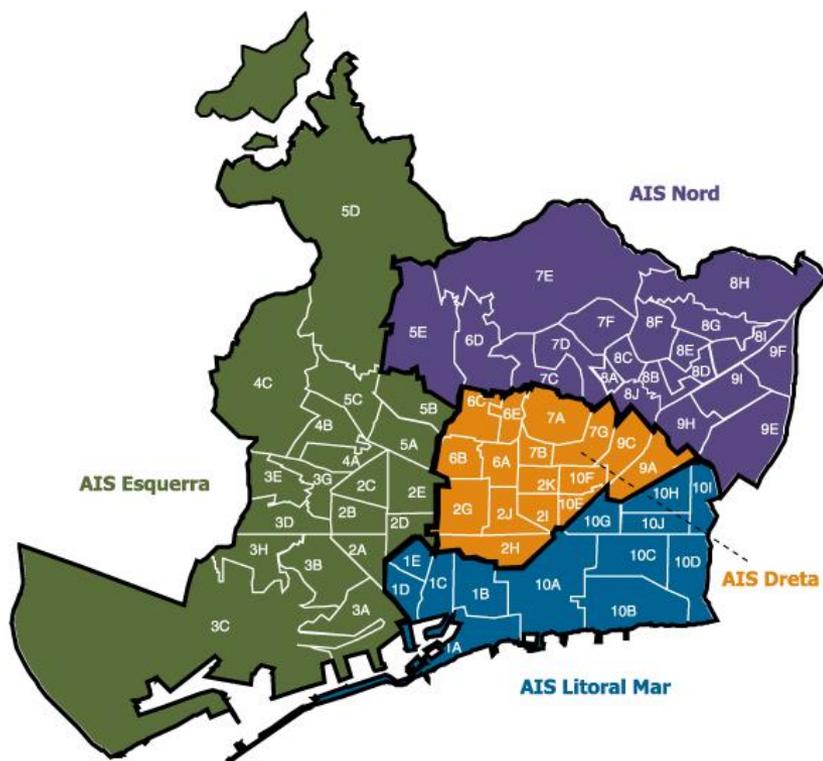
# Estratificación de la Población asignada al EAP

Código	Grupo de Morbilidad	Nivel de Complejidad					Total	%	% acum
		1	2	3	4	5			
<b>GMA40</b>	Pacientes con neoplasias activas	179	119	41	13	1	<b>353</b>	1,3%	1,3%
<b>GMA33</b>	Pacientes con enfermedad crónica en 4 o más sistemas	2.670	2.527	1012	520	52	<b>6.781</b>	25,9%	27,2%
<b>GMA32</b>	Pacientes con enfermedad crónica en 2 o 3 sistemas	2.770	2.214	1.054	638	140	<b>6.816</b>	26,0%	<b>53,3%</b>
<b>GMA31</b>	Pacientes con enfermedad crónica en 1 sistema	2.047	1.678	927	549	181	<b>5.382</b>	20,5%	
<b>GMA20</b>	Embarazo y parto	121	70	21	13	3	<b>228</b>	0,9%	
<b>GMA10</b>	Pacientes con enfermedad aguda	925	629	336	148	31	<b>2.069</b>	7,9%	
<b>GMA00</b>	Población sana	4.565					<b>4.565</b>	17,4%	
<b>GMA</b>	<b>Total</b>	<b>13.277</b>	<b>7.237</b>	<b>3.391</b>	<b>1.881</b>	<b>408</b>	<b>26.194</b>	100%	
	%	50,7%	27,6%	12,9%	7,2%	1,6%	100%		

≥ 2 enfermedades  
crónicas  
53,3%

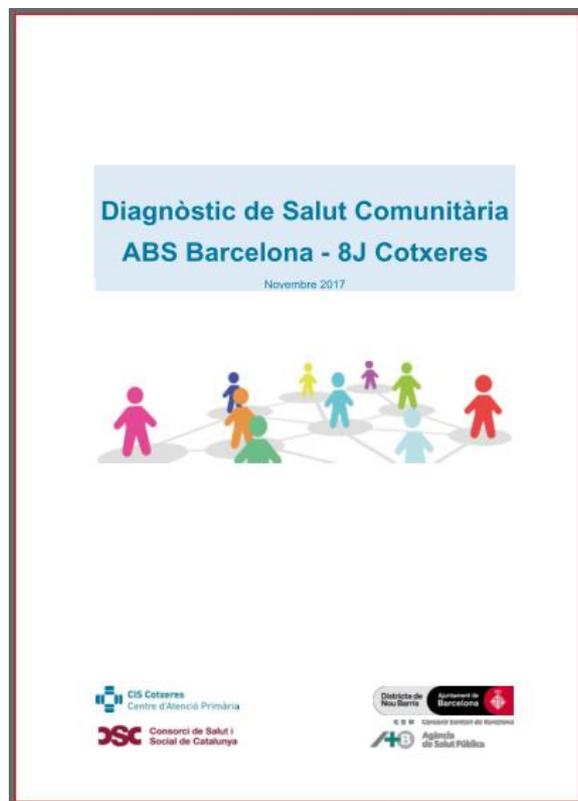
CatSalut – Ayuntamiento de Barcelona  
Consortio Sanitario de Barcelona (CSB)

Áreas Integrales de Salud (AIS)



## Entidades Proveedoras





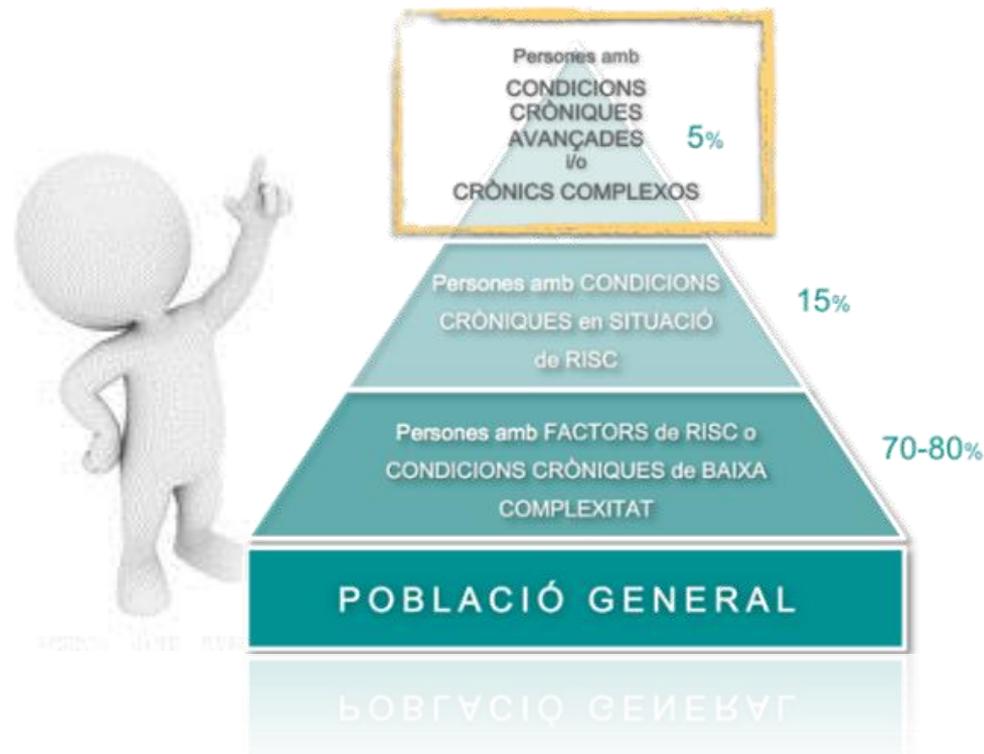
Constitución de dos mesas de trabajo asociadas a las 2 necesidades en salud priorizadas por la comunidad:

1 Soledad no deseada y aislamiento social

2 Problemas relacionados con la salud mental

# Unidad de Atención a la Fragilidad (UAF):

Unidad Asistencial que quiere ofrecer una asistencia **especializada** a los pacientes frágiles / vulnerables de la comunidad, priorizando la **atención centrada en la persona**, de acuerdo con sus necesidades teniendo en cuenta sus valores y sus preferencias



## Atención integrada a la complejidad a domicilio (prueba piloto con Servicios Sociales)



**Objetivo:** diseñar y desarrollar una atención social y sanitaria conjunta a domicilio a lo largo de 2017 y 2018, que sea efectiva, basada en una visión interdisciplinar, y teniendo a la persona en el centro del sistema.

**Población diana:** Paciente crónico complejo (PCC) y paciente con enfermedad crónica avanzada (MACA) que sean usuarios del programa ATDOM (programa de atención domiciliaria) con una edad igual o superior a 75 años: 84 personas.

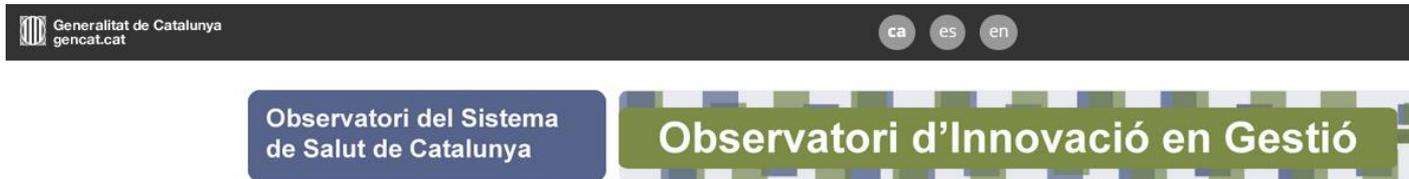


**Equipo motor:** Trabajadoras sociales del centro de servicios sociales de Porta-Vilapicina i Torre Llobeta del Ayuntamiento de Barcelona y profesionales (enfermeras y trabajador social) del CAP Cotxeres.

## PERÍODO DE LA PRUEBA PILOTO:



REGISTRADA en el Observatorio de Innovación en Gestión. Generalitat de Catalunya:



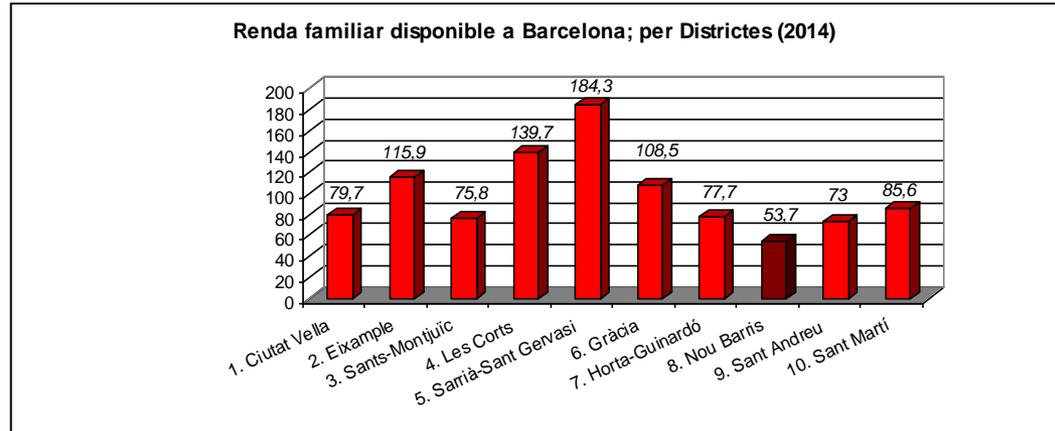
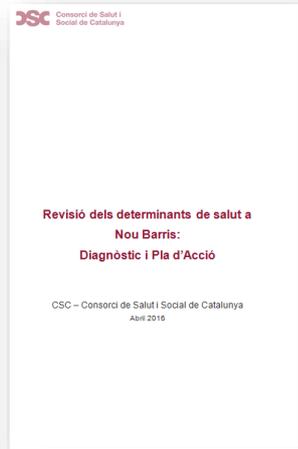
PRESENTADA en el Master de *Gestión Integral de Servicios de atención primaria, Social y hospitalaria* (GESAPH) en la UB



"Buena práctica implantación modelo Atención Integrada a domicilio ABS Cotxeres-Servicios Sociales Ayuntamiento Barcelona ":

ORIGEN

RESULTADOS NOU BARRIS: RFD

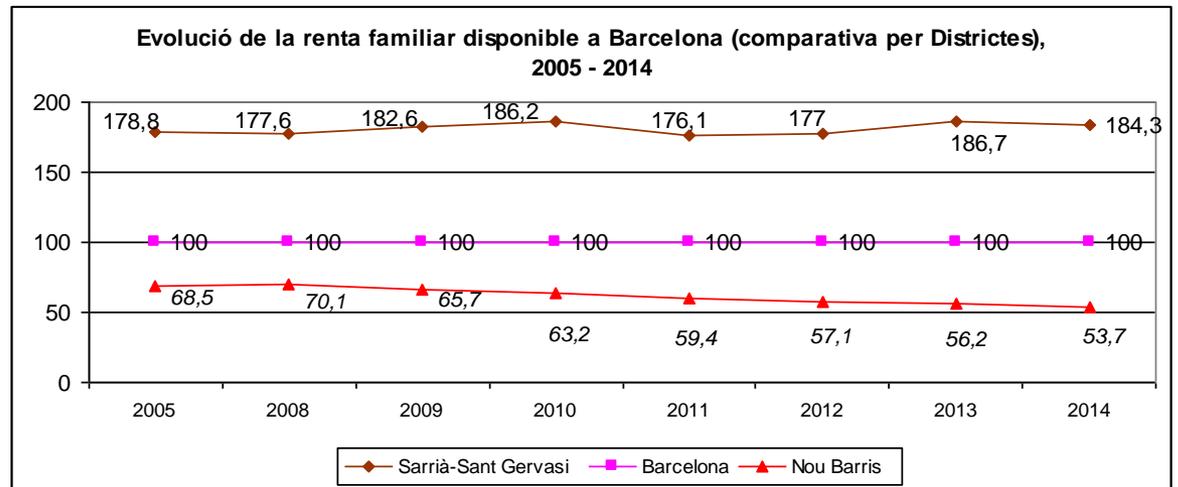


Fuente: Elaboración propia en base a datos del Ayuntamiento de Barcelona

*Nou Barris es el último distrito de Barcelona en términos de RFD*

*Distancia de 20 puntos con el penúltimo distrito (Sant Andreu)*

*Disminución de 15 puntos en 10 años*



Fuente: Elaboración propia en base a datos del Ayuntamiento de Barcelona

## ORIGEN

## RESULTADOS NOU BARRIS: RFD

	RFD 2008	RFD 2009	RFD 2010	RFD 2011	RFD 2012	RFD 2013	RFD 2014	Posición 2013 (Sobre 73)	Posición 2014 (Sobre 73)
<b>Vilapicina i la Torre Llobeta</b>	81,7	80,1	80,4	72,3	71,7	71,1	64	50	54
<b>Porta</b>	74,2	70,2	70,7	63,9	60,5	61,3	58,3	56	59
<b>Turó de la Peira</b>	65	57,8	54	58,6	56,4	51,6	50,6	68	67
<b>Can Peguera</b>	52,8	43,3	38,4	52,7	53,1	53,1	51	66	64
<b>Guineueta</b>	82	76,9	71,5	58,9	56,1	54,5	56	63	62
<b>Canyelles</b>	75,4	70,9	75,4	70,2	61,1	57	61	59	55
<b>Roquetes</b>	60,3	55	53,3	53,8	52,8	50,4	50,8	69	65
<b>Verdun</b>	61,9	57,2	55	53,3	49,5	55,6	50,8	62	66
<b>Prosperitat</b>	72,5	66,7	61,5	61,3	60	56,3	53,7	60	63
<b>Trinitat Nova</b>	52,5	51,5	45,8	40,3	38,9	38,5	34,7	73	73
<b>Torre Baró</b>	62,1	65,6	56,9	54,5	52,4	44,7	45,6	70	69
<b>Ciutat Meridiana</b>	58,8	53,9	49,7	39,9	37,5	43,2	39,2	71	72
<b>Vallbona</b>	59,6	61,2	48,2	53,2	52,6	41,7	39,9	72	70

Fuente: Elaboración propia en base a datos del Ayuntamiento de Barcelona

*Todos los barrios experimentan significativos decrecimientos*

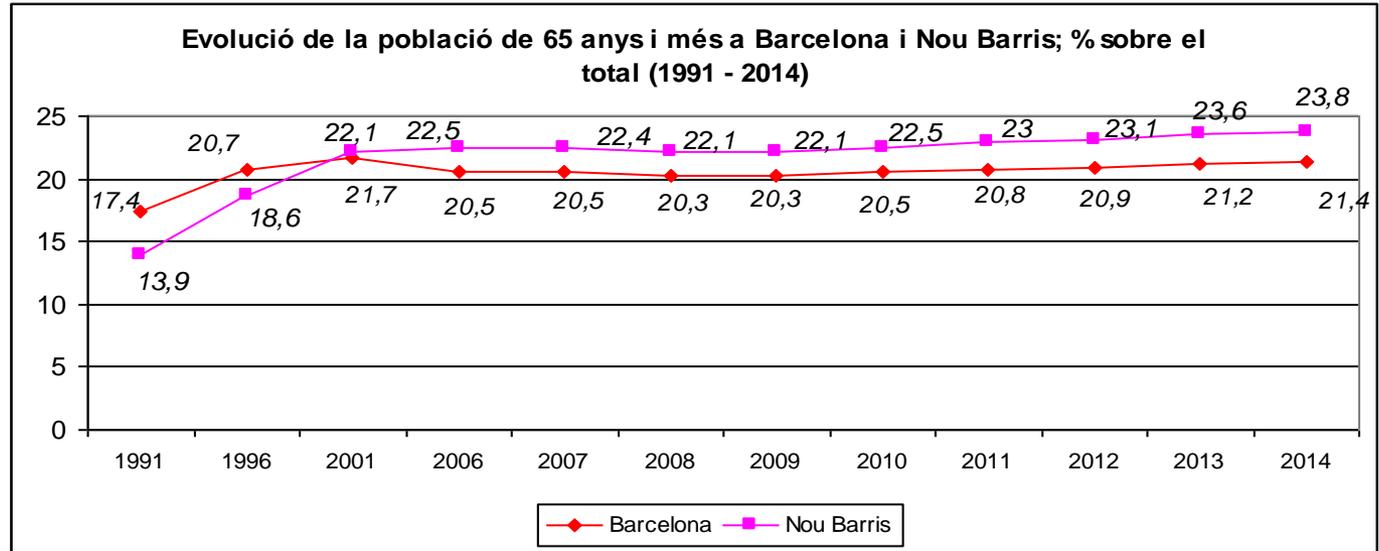
*Buena parte de ellos, se encuentran en las últimas posiciones de la ciudad*



## ORIGEN



### RESULTADOS NOU BARRIS: población mayor 65 años



Fuente: Elaboración propia en base a datos del Ayuntamiento de Barcelona

La gente mayor en Nou Barris ha aumentado progresivamente

Se detecta un patrón muy similar al de Barcelona pero con una mayor intensidad

## ORIGEN

### RESULTADOS NOU BARRIS: gente mayor que vive sola



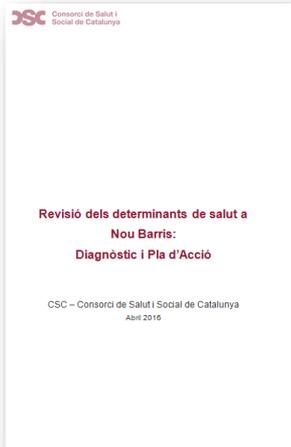
Gente mayor que vive sola en Barcelona y Nou Barris; en términos absolutos y relativos (2014)						
	Barcelona			Nou Barris		
	Total	Viven solos	% Viven solos	Total	Viven solos	% Viven solos
<b>65-74 años</b>	154.677	30.413	19,66	17.593	3.096	17,60
<b>75-84 años</b>	128.956	35.269	27,35	15.864	4.352	27,43
<b>85-94 años</b>	54.266	21.377	39,39	5.306	2.254	<b>42,48</b>
<b>95 y más</b>	4.429	1.547	34,93	285	90	31,58

Fuente: Elaboración propia en base a datos del Ayuntamiento de Barcelona

*Para el tramo de edad de 85 - 94 años, Nou Barris es el distrito con los porcentajes más elevados de la ciudad en cuanto a gente que vive sola*

## ORIGEN

### RESULTADOS NOU BARRIS: Trastornos crónicos



	Ningún trastorno	Cinco o más
<b>Ciutat Vella</b>	44,20%	15,30%
<b>Eixample</b>	47,10%	10,50%
<b>Sants - Montjuïc</b>	36,50%	16,90%
<b>Les Corts</b>	35,60%	11,90%
<b>Sarrià - Sant Gervasi</b>	48,50%	10,80%
<b>Gràcia</b>	41,40%	12,00%
<b>Horta - Guinardó</b>	55,50%	9,20%
<b>Nou Barris</b>	<b>39,90%</b>	<b>16,40%</b>
<b>Sant Andreu</b>	48,40%	9,90%
<b>Sant Martí</b>	51,70%	8,70%

*Nou Barris es uno de los distritos que registra un mayor volumen de población con cinco o más trastornos crónicos y con un menor volumen de población sin ningún trastorno*

Fuente: Encuesta de Salud de Barcelona. Agencia de Salud Pública (2011)

## ORIGEN

### RESULTADOS NOU BARRIS:

#### Variables socioeconòmiques:

- Nou Barris és el darrer districte de Barcelona en termes de **RFD** (disminució aprox. de 15 punts en 10 anys).
- L'**atur** de NB es situa 4 punts per sobre la resta de la ciutat i el de llarga durada representa més del 40% del total d'aturats.
- Nou Barris concentra un 18% de la **població sense estudis** de la ciutat (el més alt %).

#### Evolució demogràfica:

- La **gent gran** a Nou Barris ha augmentat progressivament (10 punts en més de 20 anys).
- Per al tram d'edat de 85 – 94 anys, Nou Barris és el districte amb major percentatge de **gent que viu sola** (42%).

#### Hàbits de vida:

- Molts barris del Districte de Nou Barris es situa entre aquells amb pitjors registres de la ciutat en **consum de drogues**.
- Nou Barris és un dels districtes amb major % de població que es declara **inactiva** vers la realització d'activitat física (45%).
- Nou Barris és el districte amb la taxa de **fecunditat de dones entre 15-19** anys més alta de Barcelona.

#### Estat de salut:

- Les diferències d'**esperança de vida** amb la mitjana de la ciutat en alguns dels barris és molt elevada (entre 5 i 10 anys).
- Nou Barris és el districte amb la **taxa de mortalitat** en homes més alta de la ciutat des de l'any 2007.
- Nou Barris és el districte amb un menor volum de població amb "pes normal". És un problema de **sobrepès i obesitat**.
- Nou Barris és un dels Districtes que registra un major volum de població amb **cinc o més trastorns crònics**.

## METODOLOGÍA: ELEMENTOS CLAVE



### Equipo motor: 9 personas.

- Directora y trabajadoras sociales del Centro de Servicios Sociales de Porta-Vilapicina i la Torre Llobeta del Ayuntamiento de Barcelona(4)
- Directora adjunta, enfermeras ATDOM y trabajador social del Centro de Atención Primaria Cotxeres + coordinación (5)



### Pasos de la intervención:

- Identificar población diana \*
- Seleccionar indicadores
- Elegir información a compartir
- Diseñar una plataforma con los datos
- Definir síntomas sanitarios
- Definir síntomas de deterioro social
- Escrito de autorización de cesión datos (LOPD)
- Recoger indicadores cuantitativos y cualitativos
- Mantener la información actualizada
- Reuniones mensuales de coordinación
- Elaborar la evaluación y las conclusiones

-> Colaboración con el banco ortopédico: banco del movimiento, Nou Barris, Barcelona



### \* Población diana:

- Paciente crónico complejo (PCC)
- Paciente con enfermedad crónica avanzada (MACA)
- Usuarios / as del programa ATDOM (programa de atención domiciliaria)
- Edad igual o superior a 75 años
- Residentes al ABS 8J (parte de los barrios de Porta i Vilapicina i la Torre Llobeta, pero no del Turó - fuera área CSS - )

## METODOLOGÍA: INFORMACIÓN COMPARTIDA



DSC

### Fitxa del Pla d'Intervenció Individual Compartit



#### Serveis sanitaris

Nom:  Cognoms:  Adreça:  Data naixement:

**Malalties principals diagnosticades:**  
Síndrome deteriorament interpretació de l'entorn, dèficit en autocura: vestit, risc de caigudes, trastorn del son, HTA, trastorns del

**Al·lèrgies:**

**Medicació a supervisar:**  
Insulina   
Sintrom   
Intramuscular   
Altres:   
Té farmàcia gratuïta?   
Té farmàcia SPD?

**Té pla de cures?**   
Sonda vesical:   
Sonda alimentària:   
Ostomies:   
Altres:

**Dieta recomanada:**  
Normal   
Diabètica   
Sense sal   
Baixa en greixos   
Túrmix   
Espessants   
Altres

<b>Test Pfeiffer:</b>	Fase 1	Fase 2	Fase 3
	<input type="text" value="4"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<b>Test Barthel:</b>	Fase 1	Fase 2	Fase 3
	<input type="text" value="55"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<b>Test IEXPAC:</b>	Fase 1	Fase 3	
	<input type="text" value="9"/>	<input type="text"/>	
<b>Núm. Medicaments:</b>	Fase 1:	Fase 3:	
	<input type="text" value="11"/>	<input type="text"/>	

Té PADES activat?

Té rehabilitació domiciliària?

Ha estat ingressat en sociosanitari?

Va a algun hospital de dia?

**Test Zarit:**

Fase 1	Fase 2	Fase 3
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

**Caigudes a la llar:**

Fase 1	Fase 2	Fase 3
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Té cuidador/a principal?

Nom cuidador/a:

Infermera ATDOM del CAP:

Treballador social del CAP:

**Observacions:**

Data èxitus:

S'ha activat actuació conjunta?

#### Serveis socials

Hi ha SAD activat?  Hores SAD a la setmana:

Té àpat a domicili?

Té treballador/a familiar?  Horaris de visita del SAD:

Té auxiliar de la llar?

Té teleassistència?

Ha sol·licitat SAUV?

Ha sol·licitat RESPIR?

Grau de dependència:

Núm. incidències reportades al SAD:  Fase 1  Fase 3

Està tramitada llei dependència?

Té reserva de plaça de residència?

**Comentaris:** Cas no conegut al CSS  
Cuidadora privada  
Teleassistència MAPFRE

Treballador/a social a l'Ajuntament:  Ha sol·licitat revisió grau dependència?  Va a algun centre de dia?

## METODOLOGÍA: INDICADORES

INDICADORES / FRECUENTACIÓN		Fase inicial	Fase final	Fuente
<b>a. Resultados en la calidad de vida de las personas atendidas</b>				
<b>Indicadores cuantitativos de medida:</b>				
a.1.	Polimedicación	x	x	eCAP
a.2.	Caídas en el hogar	x	x	eCAP
a.3.	Grado de dependencia cognitiva (PFEIFFER)	x	x	eCAP
a.4.	Grado de dependencia funcional (BARTHEL)	x	x	eCAP
a.5.	Evaluación experiencia personal (IEXPAC)	x	x	Encuesta manual
<b>Evaluación cualitativa:</b>				
a.6.	Entrevistas a personas atendidas (2)		x	
<b>b. Resultados en la calidad de vida de los cuidadores / as</b>				
<b>Indicadores cuantitativos de medida:</b>				
b.1.	Sobrecarga del cuidador / a (Cuestionario Zarit) *	x	x	eCAP
<b>Evaluación cualitativa:</b>				
b.2.	Entrevistas a personas cuidadoras (2)		x	
<b>c. Resultados en la utilización de los recursos del sistema</b>				
<b>Indicadores de medida sanitarios:</b>				
c.1.	Número de visitas a urgencias de hospitales de agudos o CUAP	x	x	HC3
c.2.	Número de hospitalizaciones evitables	x	x	HC3
c.3.	Número de ingresos al sociosanitario	x	x	HC3
<b>Indicadores de medida sociales:</b>				
c.4.	Uso del servicio de teleasistencia (SAT)	x	x	SIAS
c.5.	Solicitud Respir	x	x	SIAS
c.6.	Solicitud Servicio de Atención de Urgencias a la Vejez (SAUV)	x	x	SIAS
<b>Indicadores de medida sociosanitario:</b>				
c.7.	Clasificación de la coordinación social y sanitaria		x	
<b>d. Valoración de los profesionales</b>				
<b>Evaluación cualitativa:</b>				
d.1.	Entrevistas a profesionales que han participado (5)		x	



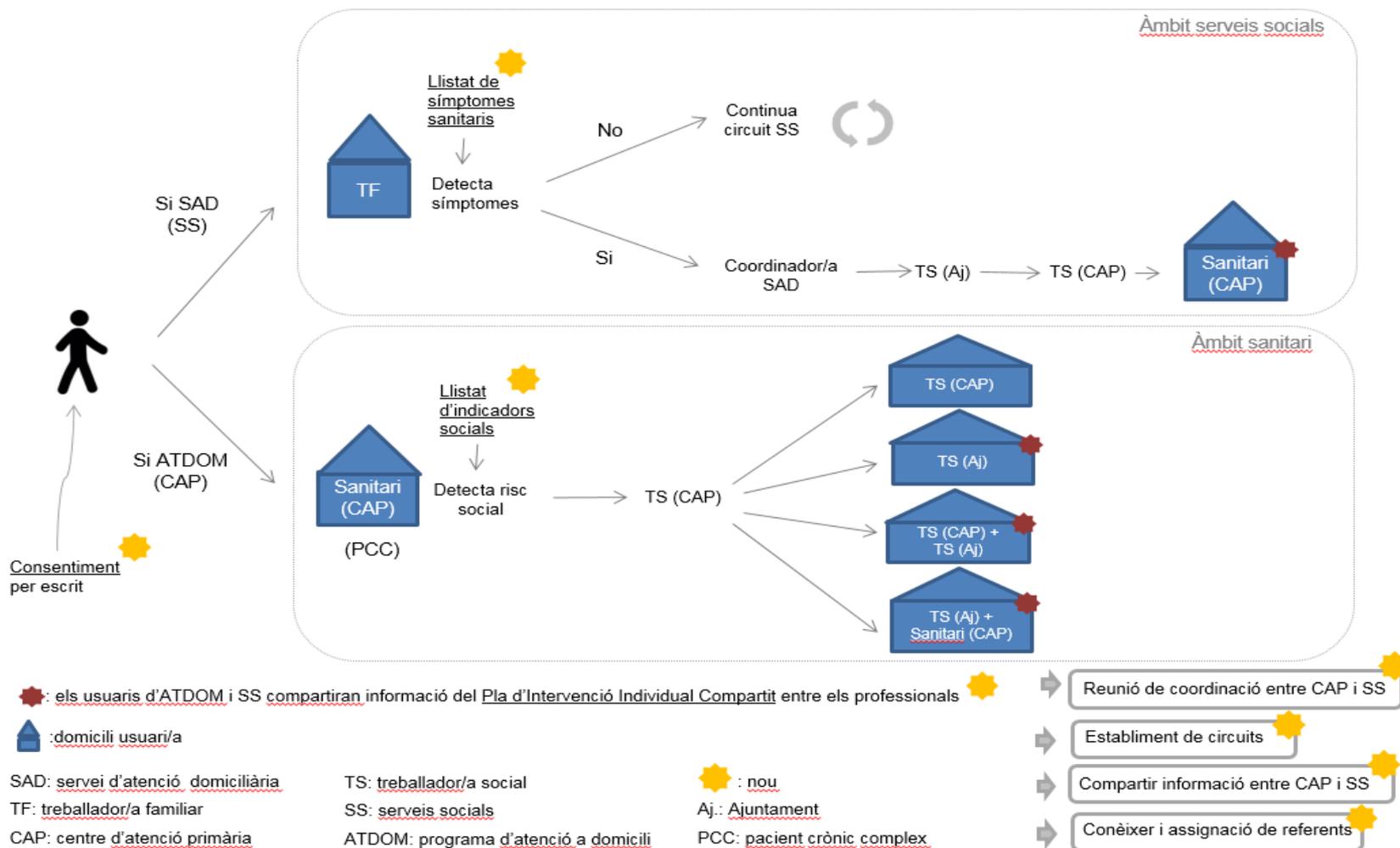


## Signos y síntomas de alerta social y sanitaria

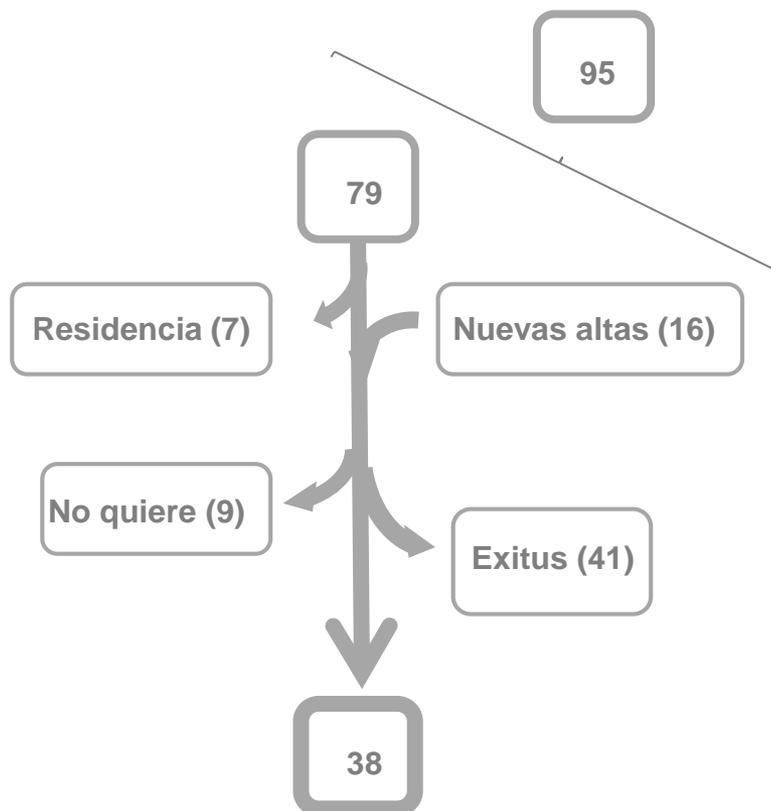
ÁMBITOS DE VALORACIÓN	INDICADORES DE FRAGILIDAD / RIESGO SOCIAL	ÁMBITO DE VALORACIÓN	SIGNOS Y SÍNTOMAS DE ALERTA SANITARIOS
Estado de salud física y mental de la persona dependiente o entorno cuidador	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Síndrome de Diógenes</li> <li>▪ Adicciones</li> <li>▪ Malos tratos físicos o psicológicos</li> <li>▪ Trastornos mentales</li> <li>▪ Deterioro cognitivo</li> </ul>	Estado de salud física y mental de la persona	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Dolor (principalmente articular)</li> <li>▪ Desorientación</li> <li>▪ Incontinencia</li> <li>▪ Úlceras</li> <li>▪ Caídas</li> <li>▪ Pérdida de peso</li> </ul>
Cuidado personal Aspecto físico	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Falta de cuidado en el aspecto físico (vestimenta descuidada, manchada, rota ...).</li> <li>▪ Falta de cuidado en la higiene personal (olor fuerte, olor de orina, cabello sucio, uñas largas, uñas sucias ...).</li> <li>▪ Descontrol en la toma de medicación (no se toma la medicación, se automedica ...).</li> </ul>		
Situación económica	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Riesgo de desahucio o pérdida del alojamiento</li> <li>▪ Abuso de la economía por parte de terceras personas</li> </ul>		
Vivienda	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Falta de suministros básicos</li> <li>▪ Insalubridad y malas condiciones de la vivienda</li> <li>▪ Hacinamiento de objetos (acumulación)</li> <li>▪ Hogar con suciedad y desorden continuado</li> </ul>		
Red de apoyo y estructura del núcleo de convivencia	<p><b>NÚCLEO DE CONVIVENCIA</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Convivir con una persona con dificultades de movilidad, cognitivas, mentales y / o discapacidad limitadora de autonomía</li> <li>▪ Convivencia en hacinamiento</li> </ul> <p><b>RED DE APOYO</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Negligencia de la red de apoyo</li> <li>▪ Agotamiento/sobrecarga de los cuidadores principales</li> <li>▪ Riesgo de claudicación</li> <li>▪ Falta de habilidades de atención por parte del cuidador</li> <li>▪ Sospecha de aprovechamiento</li> </ul>		
Relaciones sociales	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Soledad por pérdida de relaciones significativas</li> </ul>		
Aspectos legales	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Indicios de incumplimiento de responsabilidades en la tutela</li> </ul>		



## Annex III: Circuit de l'atenció integrada a la complexitat a domicili a Nou Barris (CAP Cotxeres i Ajuntament de Barcelona)



## RESULTADOS: POBLACIÓN FINAL ANALIZADA POCO SIGNIFICATIVA



## " RESULTADOS "

### Personas atendidas

3 entrevistas

3 casos reales

" Se mantiene " polimedicación 

"Mejora" IEXPAC  
(de 6,9 a 7,1)

"Empeora" caídas  
(de 1,1 a 1,4)

"Empeora" Pfeiffer  
(de 2,4 a 3,1)

"Empeora" Barthel  
(de 58,1 a 57,3)

### Cuidadores/ se

2 entrevistas

Zarit empeora (de  
35,7 a 39,3)

### Recursos sistema

"mejora" :

- urgencias (de 2,7 a 2,3)
- ingreso socio (de 0,5 a 0,4)

"empeora" :

- Hospitalizaciones evitables (0,3 a 0,4)

SAUV: 2 activaciones

3 visitas conjuntas

6 activación  
tramitaciones

9 activación de servicios

### Profesionales

5 entrevistas 😊

" El usuario haya pensado que nos preocupamos por él diferentes profesionales al mismo tiempo "

" Con la prueba piloto ha habido la oportunidad de conocernos entre los profesionales sanitarios y de servicios sociales porque antes no nos poníamos caras "

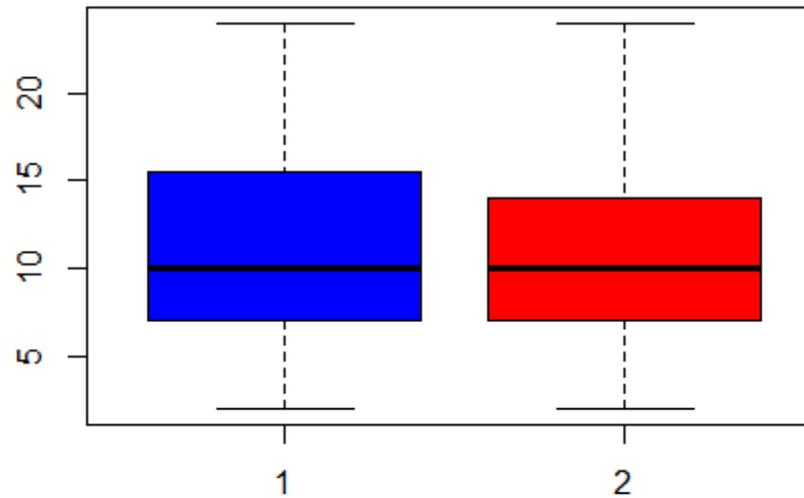
"La buena interrelación te va a llevar a una buena asistencia"

" La prueba permite utilizar mejor los recursos porque evita hacer algunas cosas doblemente "

## " RESULTADOS "

Personas atendidas

"Se mantiene " polimedicación, pero se reduce las personas que toman muchos medicamentos



1: Fase inicial  
2: Fase final

## CONCLUSIONES

### LIMITACIONES

- **Muestra** inicial demasiado **frágil**
- Población no significativa
- **No** disponemos de un **grupo control**
- Usuarios de **mutua privada**, pérdida de información
- **No** participación **otros recursos** (PADES, rehabilitación, salud mental, SADEP ...)
- **Consentimiento informado**
- **Lenguaje** diferente entre salud y SS
- Falta de **cultura trabajo compartido**

### BENEFICIOS

- Mejora el **bienestar y calidad** de vida a domicilio
- Facilita la **información** y la **toma de decisiones** al usuario
- **Agilidad** en las **urgencias** sociales y sanitarias
- Incluye vertiente **preventiva en servicios sociales**
- **Detección temprana** de la persona con fragilidad
- **Indicadores cuantitativos:** IEXPAC y Urgencias
- **Indicadores cualitativos:** valoración positiva de los profesionales
- Ha mejorado la comunicación y la coordinación (aviso prealta)
- Conocer las funciones de otros profesionales
- Otros proyectos comunitarios: grupo de cuidadores

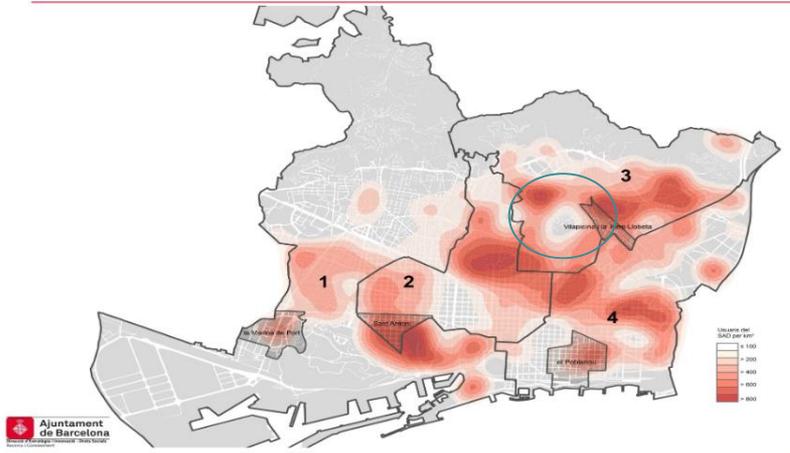


PRUEBA PILOTO SAD VILAPICINA -  
COTXERES con el Ayuntamiento de Barcelona

# **Super-islas de Servicio de Atención Domiciliaria: integración sanitaria y social y gestión de casos**

# Super-isla SAD Cotxeres

4 Superilles de SAD a Barcelona: desembre 2017



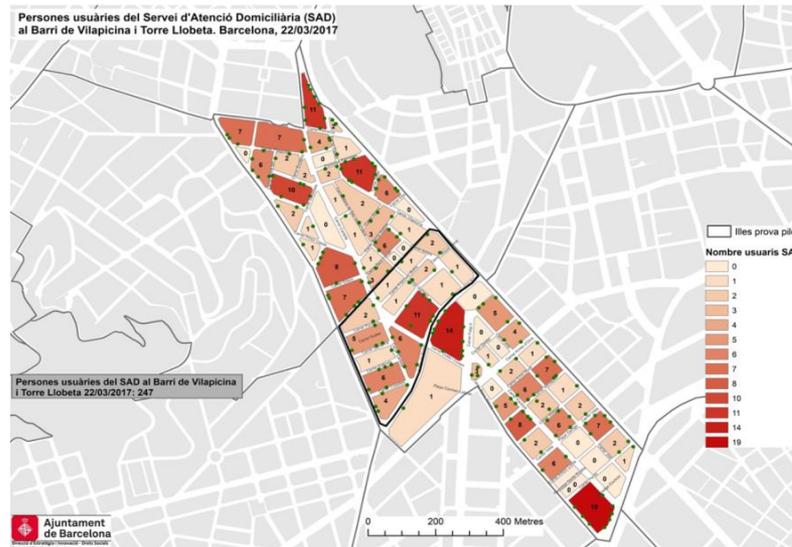
## Dades dels pilots

	La Marina de Port	Sant Antoni	Vilapicina i la Torre Llobeta	Poblenou
Veïnat	La Marina – Can Sabater	Sant Antoni – Rocafort	Vilapicina – Cotxeres	Poblenou – Camí Antic
Persones usuàries	58	47	62	44
Hores de servei	247	250	320	230
Membres de l'equip	9	12	10	10
Data d'inici del pilot	22 desembre	27 novembre	1 desembre	20 novembre

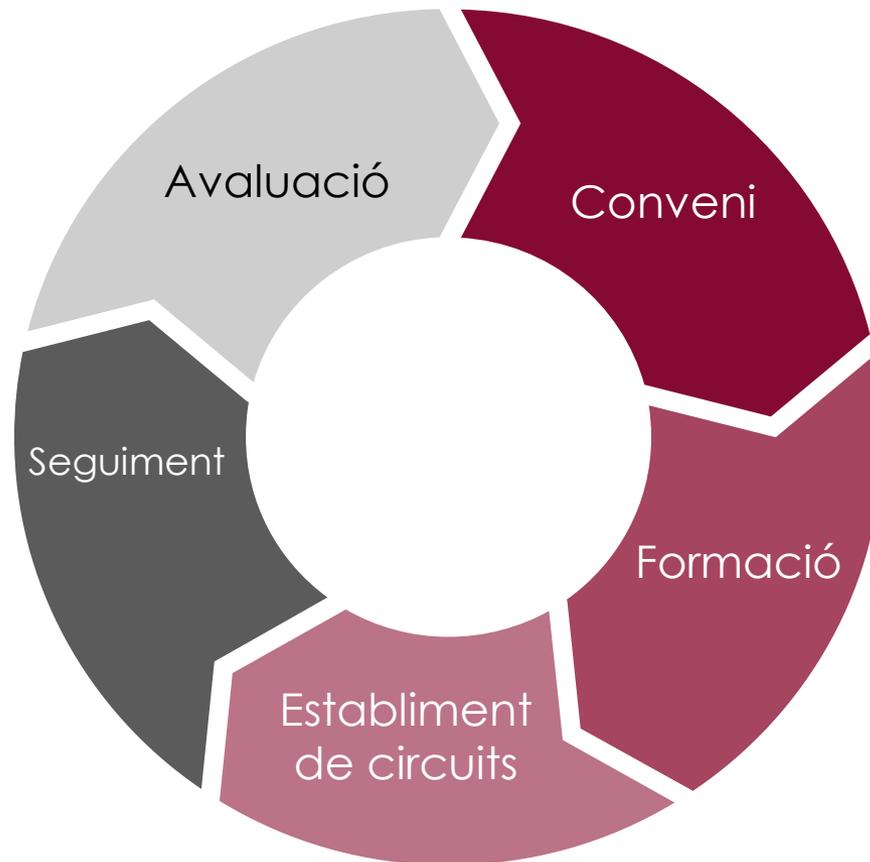
A Poblenou, els 44 usuaris/es actuals eren atesos per 37 TF i 17 AN, i ara ho seran per un equip de 10 persones.

A Vilapicina els 62 usuaris/es eren atesos per 41 TF i 10 AN, i ara ho seran per un equip de 10 persones.

## Superilla SAD Cotxeres:



## Superilla SAD Cotxeres



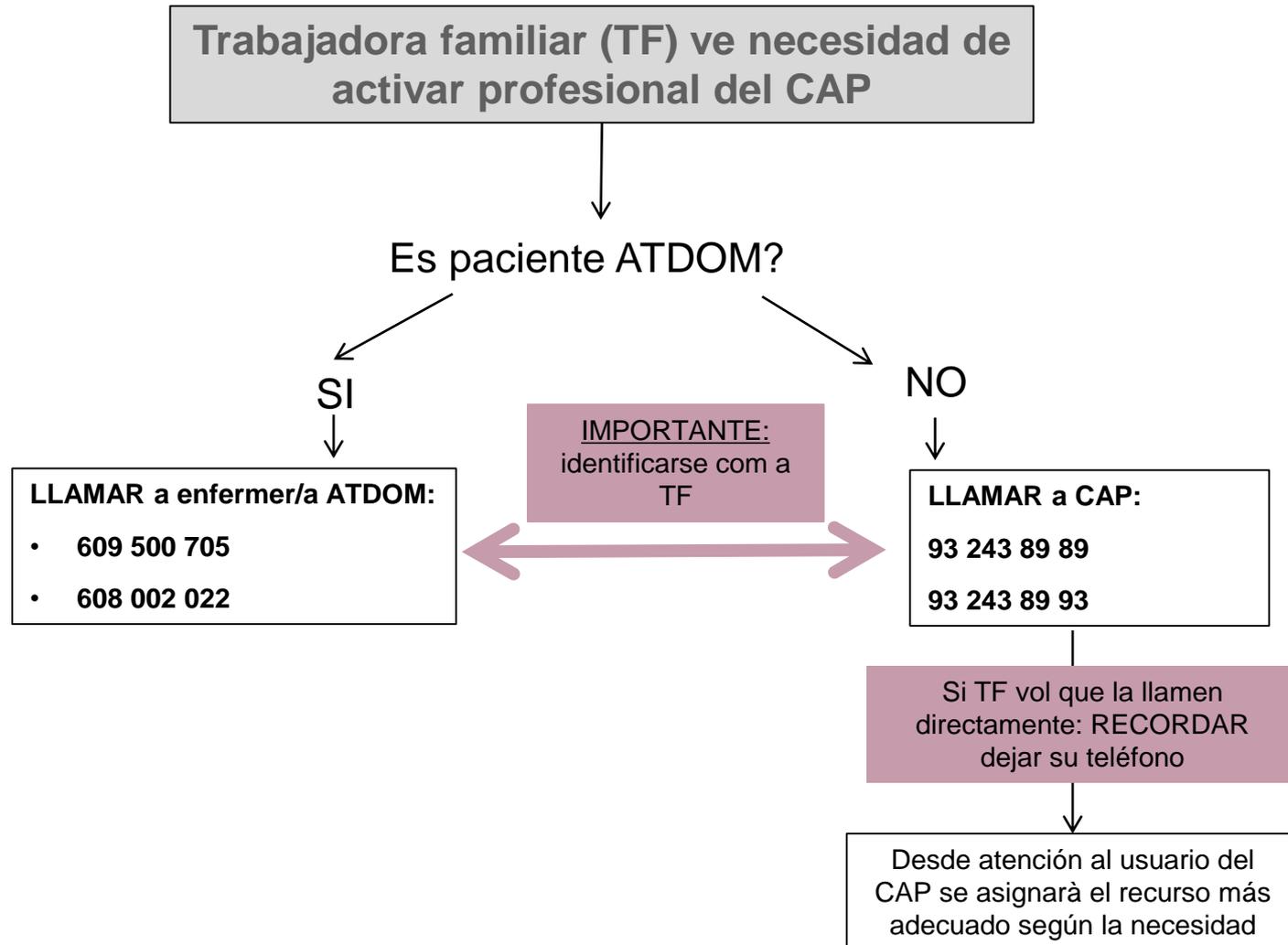


# Formación: any 2018

Se priorizan:

- El valor de la observación
- Signos y síntomas de alerta
- Atención a las enfermedades crónicas

Data	Tema	Professional
11 d'abril	<b>Ferides:</b> signes d'alarma	Eva Moreno (infermera)
18 d'abril	<b>Hipertensió arterial:</b> –Què fer si es detecta, quan és una emergència i signes d'alarma –Dieta recomanada per pacients hipertensos.	Vanessa Doce (metgessa de família) David Solís (infermer)
25 d'abril	<b>Ictus:</b> primers signes i què cal fer <b>Recomanacions davant el dolor</b>	Daniel Niño (metge de família)
2 de maig	<b>Salut Mental:</b> malalties més freqüents <b>Desorientació:</b> possibles causes i què fer	Manel Recasens (metge de família) Meritxell Pérez (metgessa de família)
9 de maig	<b>MPOC:</b> –Què és i signes d'alarma –L'ús dels inhaladors	Enric Vilella (metge de família) Laura Garcia (infermera)
16 de maig	<b>Insuficiència Cardíaca:</b> Què és i signes d'alarma	Vanesa Gallego (metgessa de família)
23 de maig	<b>Diabetis Mellitus:</b> –Què és i signes d'alarma –Dieta recomanada –Peu diabètic	Gastón Vázquez (metge de família) Carlos Sanchez (metge de família) Ricard Samitier (infermer)
30 de maig	<b>El restrenyiment:</b> com evitar-lo i mesures per millorar-lo <b>Disfàgia:</b> què és i perquè és important conèixer-la.	M <sup>a</sup> José Molina (infermera)
6 de juny	<b>Tractament amb sintrom:</b> què suposa i interaccions amb aliments	Alex Gibert (infermer)



# Seguimiento y evaluación



# Resultados encuesta a las 14 TF



Centre Integral de Salut  
**Cotxeres**

## APROVECHAMIENTO

Creu que aquests coneixements li ajudaran en el seu dia a dia?



Ja ha utilitzat aquest coneixement en el seu dia a dia?



## OPINIÓ GENERAL

La seva opinió general d'aquesta acció formativa és:



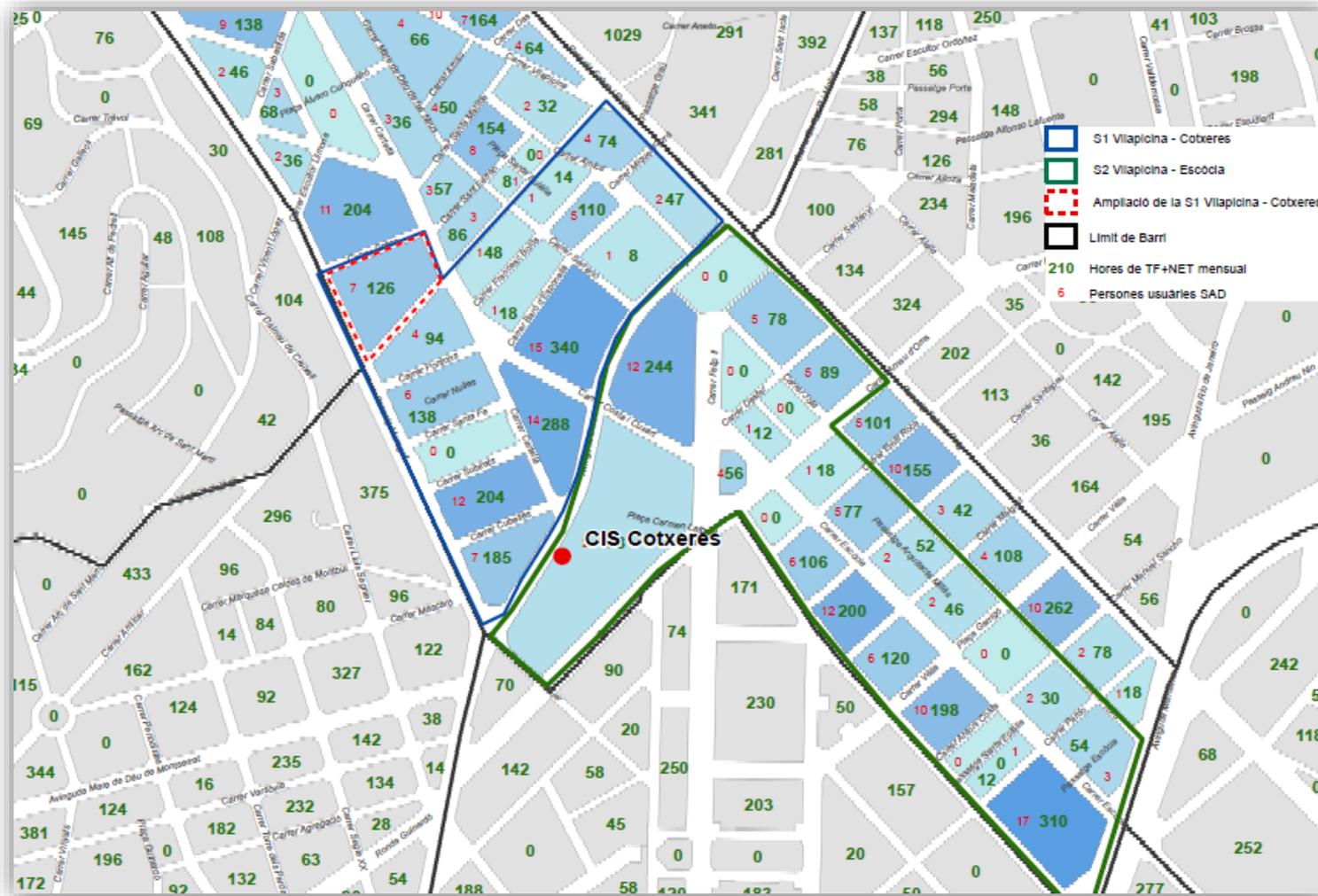
Altres comentaris i suggeriments:

- 12 buit
- Ha sigut molt important, tan per refrescar coneixements com per ampliar-los (...), crec que servirà de molta ajuda.
- Muy agradecidos de lo atentos que habeis sido

# Ampliació a superisla SAD Escòcia



Centre Integral de Salut  
Cotxeres



# Mirando al futuro...



# Housing...

## Health and Well-being Impacts

**10% of excess winter deaths** can be attributed to **fuel poverty**



People who live in homes which are cold, damp and unsafe are more at risk of:

> poor physical and mental health and well-being



> cancers, circulatory, cardiovascular and respiratory ill-health



> more falls and serious injury



> arthritic and rheumatic conditions



### Unhealthy homes



**18% of homes** pose an unacceptable risk to health



**Cold homes impact** on physical health, social isolation, stress, and financial capability



**Damp or mouldy homes** increase **respiratory problems by 30-50%**, mainly in children



**12% of households** are in fuel poverty



### Unsuitable homes



**3 in 4 over 65s** live in their own home



**30% of over 65s** and **50% of over 80s** have a fall each year



**Accidental injuries** are a leading cause of death for children and young people



**Overcrowding** is linked to stress, alcohol abuse and depression



### Homelessness

Those with **4+ Adverse Childhood Experiences** are **16 times more likely** to become homeless



**A third of homelessness** is caused by a health problem

idntt<sup>o</sup>

## UN ROBOT DE PROTOCOLO

Pepper es un robot humanoide de 120 centímetros, programable y diseñado para interactuar con personas. Su tecnología le permite detectar tanto el lenguaje verbal como el no verbal, la posición de la cabeza y el tono de voz, para reconocer el estado emocional e individualizar cada interacción.

Esto provoca un sentimiento de empatía y una conexión entre robot-cliente que favorecen una comunicación eficaz.



- 1. La integración es un camino difícil, pero parece el único capaz de cubrir las necesidades de una población cada vez más compleja**
  
- 2. Es un paso más, una vez creadas las redes integradas de salud en un territorio**
  
- 3. Necesita una visión amplia y generosa:**
  1. Equipos interdisciplinarios con responsabilidades sanitarias y sociales
  2. Muchas disciplinas profesionales con cambios en sus roles
  3. Implicación de la persona atendida y de su cuidador
  4. Cambios profundos en la manera de hacer micro (esto no se hace esperando que los gobiernos hagan grandes planes)

***No tengas miedo de la perfección, nunca la vas a alcanzar***

*Salvador Dalí*

**[jagarcia@consorci.org](mailto:jagarcia@consorci.org)**

---