

dicha implementación⁴. En España ha ocurrido algo similar, pues resultados o estrategias que podrían ser satisfactorios a pacientes crónicos no han mostrado la misma relevancia en pacientes geriátricos⁵.

Frente a las dudas que generan las diferencias en estrategias orientadas a pacientes crónicos, la evidencia de la metodología geriátrica en el abordaje de los pacientes ancianos ha quedado demostrada en numerosas publicaciones en revistas de alto prestigio⁶. Sin embargo, cuando se realizó un consenso nacional para abordar la cronicidad se elaboró un documento firmado por 16 sociedades científicas, entre las que no se encontraba ninguna de geriatría, algo que no deja de ser totalmente paradójico⁷.

Una vez llegados a este punto y debido a la innegable realidad que nos va a acompañar en los próximos decenios (mayor envejecimiento poblacional, comorbilidad en edades avanzadas y necesidades complejas de atención de estas personas), hacen necesaria una reflexión sobre qué tipo de sistema sanitario necesitamos, cómo adaptamos los servicios y estructuras a las necesidades de este tipo de personas en todos los ámbitos (sanitarios y sociales) y como la geriatría se posiciona respecto a este reto intentado trabajar con todos los agentes que participan en el abordaje de la cronicidad⁸, pero liderando y aportando una visión geriátrica que tan útil se ha mostrado a la hora de elaborar documentos y estrategias relacionadas con la población anciana⁹, o de transmitir conceptos geriátricos específicos a diferentes ámbitos como la atención primaria¹⁰. Seguro que con todo ello las respuestas a la encuesta a los profesionales relacionados con la geriatría y gerontología serían muy diferentes.

Bibliografía

- Warren MW. Care of the chronic aged sick. *Lancet*. 1946;1:841-3.
- Davy C, Bleasel J, Liu H, Tchan M, Ponniah S, Brown A. Effectiveness of chronic care models: Opportunities for improving healthcare practice and health outcomes: A systematic review. *BMC Health Serv Res*. 2015;15:194.
- Davy C, Bleasel J, Liu H, Tchan M, Ponniah S, Brown A. Factors influencing the implementation of chronic care models: A systematic literature review. *BMC Fam Pract*. 2015;16:102.
- van Leeuwen KM, Bosmans JE, Jansen AP, Hoogendijk EO, Muntinga ME, van Hout HP, et al. Cost-effectiveness of a chronic care model for frail older adults in primary care: Economic evaluation alongside a stepped-wedge cluster-randomized trial. *J Am Geriatr Soc*. 2015;63:2494-504.
- Díez-Manglano J, del Corral Beamonte E, Ramos Ibáñez R, Lambán Aranda MP, Toyas Miazza C, Rodero Roldán M, et al. Utilidad del índice PROFUND para predecir la mortalidad a los 4 años en pacientes pluripatológicos. *Med Clin (Barc)*. 2016;147:238-44.
- Baztán JJ, Suárez-García FM, López-Arrieta J, Rodríguez-Mañas L, Rodríguez-Artalejo F. Effectiveness of acute geriatric units on functional decline, living at home, and case fatality among older patients admitted to hospital for acute medical disorders: Meta-analysis. *BMJ*. 2009;338, b50.
- Ollero Baturone M, Orozco Betrán D, Domingo Rico C, Román Sánchez P, López Soto A, Melguizo Jimenez M, et al. «Declaración de Sevilla» conferencia nacional para la atención al paciente con enfermedades crónicas. *Rev Clin Esp*. 2011;211:604-6.
- Martínez Velilla N, Formiga Pérez F. Atención al paciente anciano: hacia una colaboración entre Servicios de Medicina Interna y Geriatría. *Med Clin (Barc)*. 2012;139:694.
- Documento de consenso sobre prevención de fragilidad y caídas en la persona mayor Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención en el SNS. Informes, estudios e investigación 2014. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e igualdad.
- Martínez-Velilla N, Ibarrola Guillén C, Fernández Navascués A, Lafita Tejedor J. El concepto de funcionalidad como ejemplo del cambio del modelo nosológico tradicional. *Aten Primaria*. 2017. <http://dx.doi.org/10.1016/j.aprim.2017.03.013>, pii: S0212-6567(17)30081-1.

Nicolas Martínez-Velilla^{a,*}, Sebastián Santa Eugènia-González^b, Jose Antonio López-Trigo^c y Francesc Formiga^d

^a Servicio de Geriatría, Complejo Hospitalario de Navarra, IdiSNA, CIBER de Fragilidad y Envejecimiento Saludable, Pamplona, Navarra, España

^b Programa de Prevenció i Atenció a la Cronicitat (PPAC), Direcció General de Planificació en Salut Departament de Salut Generalitat de Catalunya, Barcelona, España

^c Sociedad Española de Geriatría y Gerontología, Departamento de Accesibilidad, Ayuntamiento de Málaga, Málaga, España

^d Programa de Geriatría, Hospital Universitario de Bellvitge, L'Hospitalet de Llobregat, Barcelona, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: nicolas.martinez.velilla@cfnavarra.es (N. Martínez-Velilla).

<https://doi.org/10.1016/j.regg.2017.09.002>

0211-139X/

© 2017 SEGG. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Una propuesta de mejora de la asistencia sociosanitaria: la aplicación de un modelo integral e integrado[☆]



A proposal for improving social and health care: The application of an integral and integrated model

Sr. Editor:

En el año 2002 publiqué un artículo¹ delimitando el concepto, analizando la situación y estructurando un modelo práctico de atención sociosanitaria donde los recursos existentes pudieran dar soluciones, desde una adecuada planificación asistencial, a las necesidades de la población, en especial de aquellos colectivos, especialmente los pacientes geriátricos y las personas con enfermedad mental crónica, cuya problemática de salud no puede ser resuelta exclusivamente por los servicios sanitarios o por los servicios sociales.

[☆] Las opiniones expresadas en esta carta son personales y no reflejan necesariamente las de la institución en la que el autor desarrolla su trabajo.

Ya entonces la SEGG proponía legislar teniendo como referente a la persona mayor en situación de dependencia, con un sistema único de valoración mediante una Ley de Protección Social de las situaciones de dependencia y elaborar normativas desde la necesidad de la coordinación sociosanitaria.

Tras la aprobación de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia, la aplicación y desarrollo de las mismas es competencia de las comunidades autónomas y casi exclusiva de los servicios sociales con escasa coordinación con los servicios sanitarios.

Cada vez son más las voces profesionales autorizadas, tanto en el ámbito nacional como europeo²⁻⁵ que abogan por la necesidad de una transformación del actual modelo de salud desde una orientación focalizada en los procesos agudos hacia la atención a los cada vez más prevalentes procesos crónicos, por el rediseño de los sistemas de salud desarrollando modelos integrados de atención orientados a las necesidades de los pacientes y las personas mayores de carácter multidisciplinario, bien coordinado, proactivos y centrados en el paciente.

El enfoque propuesto en la Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad en el SNS, centrado en las personas y no en la enfermedad,

publicado por el Ministerio de Sanidad en 2012, es conocido desde hace mucho tiempo por los profesionales de la geriatría. La Valoración Geriátrica Integral, el trabajo del Equipo Multidisciplinar y los Niveles de Atención son herramientas que permiten la Atención Centrada en la Persona y en sus necesidades.

Pese a la amplia literatura y documentación dedicada en los últimos años al tema, existen en la práctica 2 claras deficiencias que deben corregirse. En primer lugar, la necesidad de implantar un adecuado sistema de atención geriátrica en cada Departamento de Salud que incluya un servicio de geriatría con distintos niveles (agudos, media estancia, larga estancia, atención domiciliaria...) coordinado con la atención primaria para conseguir una mayor eficacia y eficiencia del sistema.

Por otro lado, la necesidad de incluir al Sistema Público de Salud en la atención a las personas dependientes, mediante un modelo de Departamento Sociosanitario, integrando los recursos de atención a la dependencia en los actuales Departamentos de Salud, lo que permitiría una mayor fluidez de derivación al recurso más adecuado al alta hospitalaria (con una mayor eficiencia en términos coste plaza/día), la evitación de duplicidades de servicios, un mejor control del consumo de medicamentos y una mejor gestión de los casos más complejos que condicionan un mayor consumo de recursos asistenciales y por ende un mayor gasto sanitario.

La integración sociosanitaria propuesta puede realizarse a distintos niveles. Un nivel básico, en el que los recursos propios y concertados de atención a la dependencia, que disponen de atención sanitaria propia se integren en los respectivos Departamentos de Salud, para la prestación de los derechos derivados de la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a la Dependencia.

La estructura departamental sanitaria hace viable la integración/coordinación de los recursos mencionados, tanto estructurales como humanos, a través de una Dirección Sociosanitaria y de Atención a la Dependencia, orgánicamente dependiente de la Gerencia del Departamento de Salud, encargada de la gestión de los recursos sociosanitarios y de la coordinación intradepartamental (con la atención primaria y la atención hospitalaria) e interdepartamental

(servicios sociales generales) siendo los Servicios de Geriatría y de Salud Mental elementos clave en la «gestión de casos».

Un segundo nivel, de mayor calado político, supone la creación de una verdadera Administración Sociosanitaria unificando la atención sanitaria y social y de atención a las situaciones de dependencia, con una gestión más descentralizada y centrada en las necesidades de las personas. La aplicación práctica, las transferencias de recursos y el cambio del modelo de financiación es un reto para políticos innovadores.

Bibliografía

1. Prieto Seva AJ. Asistencia sociosanitaria: revisión y reflexiones. *Geriatría*. 2002;18:101-13.
2. Gil V, Barrubés J, Álvarez JC, Portella E. Sostenibilidad financiera del sistema sanitario. Barcelona: Antares Consulting; 2010 [consultado 4 Jun 2017]. Disponible en: <http://www.antares-consulting.com/es.ES/main/detallepublicacion/Publicacion/2/apartado/H/idUnidad/3>
3. Contel JC, Muntané B, Camp L. La atención al paciente crónico en situación de complejidad: el reto de construir un escenario de atención integrada. *Aten Primaria*. 2012;44:107-13.
4. European Commission. HORIZON 2020. Work Programme 2014-2015 Area: 8. Health, demographic change and wellbeing. PHC25: Advanced ICT systems and services for Integrated Care. [consultado 11 May 2015]. Disponible en: https://ec.europa.eu/research/participants/data/ref/h2020/wp/2014_2015/main/h2020-wp1415-health_en.pdf
5. Asociación Gerontológica del Mediterraneo. Mesa de Conclusiones. Gerontológica 2015: Políticas de Atención a las Personas Mayores. [consultado 3 Jun 2017]. Disponible en: <http://www.asogeromed.es/actividades>

Alvaro José Prieto Seva

Servicio de Coordinación de los Servicios Sociales y Autonomía Personal, Dirección Territorial de Alicante, Consellería de Igualdad y Políticas Inclusivas, Alicante, España

Correo electrónico: prieto_alv@gva.es

<https://doi.org/10.1016/j.regg.2017.07.003>
0211-139X/

© 2017 SEGG. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.