

# Bases conceptuales y modelo de atención para las personas frágiles con cronicidad compleja (PCC) o avanzada (MACA)



# ppac | pdss | deap

Programa de prevención y  
atención a la cronicidad de  
Cataluña

Plan director sociosanitario

Dirección Estratégica de Atención Primaria

## Bases conceptuales y modelo de atención para las personas frágiles, con cronicidad compleja (PCC) o avanzada (MACA)

---

Barcelona, 2021



Generalitat de Catalunya  
Departament de Salut

**S/** Sistema de  
Salut de Catalunya

## **Algunos derechos reservados**

© 2021. Generalitat de Catalunya. Departamento de Salud



Los contenidos de esta obra están sujetos a una licencia de Reconeixement-No comercial-Sin obras derivadas 4.0 internacional. La licencia se puede consultar a:

<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.ca>

### **Figuras y resumen visual**

Jordi Amblàs Novellas

### **Diseño gráfico**

Víctor Oliva

### **Edición**

Dirección General de Planificación en Salud del Departamento de Salud

### **1.ª edición**

Barcelona, julio de 2021

### **Asesoramiento lingüístico**

Servicio de Planificación Lingüística del Departamento de Salud

### **Revisión corporativa**

Oficina de Comunicación

### **Nº de registro**

89700

### **Dirección**

- Santaeugènia, Sebastià. Programa de prevención y atención a la cronicidad (PPAC). Plan director sociosanitario (PDSS). Departamento de Salud de la Generalitat de Catalunya.
- Ruiz, Rafael. Dirección Estratégica de Atención Primaria y Comunitaria (DEAPiC). Departamento de Salud de la Generalitat de Catalunya.

### **Coordinación y edición**

- Amblàs, Jordi. PPAC. PDSS. Departamento de Salud de la Generalitat de Catalunya.

### **Autoría (por orden alfabético)**

- Amblàs, Jordi. Médico geriatra. PPAC. PDSS. Departamento de Salud de la Generalitat de Catalunya.
- Amil, Paloma. Enfermera de atención primaria. PPAC. Departamento de Salud de la Generalitat de Catalunya.
- Bocanegra, Ignasi. Secretario del PPAC y del PDSS.
- Bullich, Ingrid. Enfermera especialista en Geriátría. PDSS. Departamento de Salud de la Generalitat de Catalunya.
- Contel, Joan Carles. Enfermero de atención primaria. PPAC. Departamento de Salud de la Generalitat de Catalunya.
- Gil, Esther. Enfermera de atención primaria. PPAC. Departamento de Salud de la Generalitat de Catalunya.
- Giráldez, Gemma. Secretaría del PPAC y del PDSS.
- González, Asunción. Enfermera de atención primaria. PPAC. Departamento de Salud de la Generalitat de Catalunya.
- Melendo, Eva Maria. Enfermera especialista en Geriátría. PDSS. Departamento de Salud de la Generalitat de Catalunya.
- Mir, Victoria. Trabajadora social sanitaria. PPAC. PDSS. Departamento de Salud de la Generalitat de Catalunya.
- Ruiz, Rafael. Médico especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. DEAPiC. Departamento de Salud de la Generalitat de Catalunya.
- Santaeugènia, Sebastià. Médico internista. PPAC. PDSS. Departamento de Salud de la Generalitat de Catalunya.

# Índice

Resumen ejecutivo.....	8
¿Qué quiere promover este modelo?.....	8
¿Por qué es importante?.....	8
¿Cómo se vehiculará?.....	8
¿Cuál es el impacto esperable? .....	9
Resumen visual .....	10
1. Introducción.....	11
1.1 Justificación .....	11
1.2 Fundamentos y objetivos del modelo .....	12
1.2.1 El ACP como hilo conductor del modelo .....	13
1.2.2 La ACP como palanca de cambio del sistema.....	14
1.4.1 A las personas .....	16
1.4.2 A los profesionales y a las organizaciones.....	17
2. El contexto epidemiológico .....	19
2.1 Contexto epidemiológico .....	19
2.1.1 Envejecimiento demográfico y transiciones.....	19
2.1.2 Epidemiología de la cronicidad.....	21
2.2 Desde la mirada individualizada hasta la visión poblacional...	23
2.2.1 Mirada individualizada.....	23
2.2.2 Mirada poblacional .....	24
3. Metodología utilizada en la elaboración de este modelo	
.....	27
3.1 Experiencia acumulada en las etapas anteriores .....	27

3.2	Participación de las personas .....	28
3.3	Participación de los profesionales y las organizaciones .....	29
4.	Bases conceptuales .....	32
4.2	La fragilidad como concepto transversal en la valoración de las personas mayores y/o con problemas de salud crónicos .....	35
4.2.1	Utilidad del concepto de fragilidad en la práctica asistencial ....	35
4.2.2	La fragilidad como realidad dinámica .....	40
4.2.3	Fragilidad, capacidad funcional y capacidad intrínseca .....	41
4.2.4	Relación conceptual entre fragilidad y complejidad .....	42
4.3	Personas con necesidades complejas de atención o cronicidad compleja (PCC) .....	43
4.3.2	Estratificación de la complejidad a partir de los sistemas de información .....	47
4.4.1	Bases de la atención paliativa en el siglo XXI .....	49
4.4.2	Identificación precoz de la situación de final de vida .....	50
4.4.3	Complejidad y final de vida .....	53
4.4.4	Atención paliativa pediátrica .....	53
5.	Modelo de atención .....	56
ETAPA 1	.....	58
ETAPA 2	.....	60
5.2.1	Valoración multidimensional .....	61
5.2.2	Identificación de necesidades .....	64
ETAPA 3	.....	66
5.3.1	Objetivos asistenciales .....	67
5.3.2	Propuestas de intervención .....	72
5.3.3	Especificidades para personas con fragilidad inicial, PCC y MACA .....	75
ETAPA 4	.....	76
6.	Elementos facilitadores del modelo de atención .....	78
6.1	Trabajo en equipo y prácticas colaborativas .....	78
6.1.1	Trabajo en equipo e interdisciplinariedad .....	78
6.1.2	Prácticas colaborativas y trabajo en red .....	79
6.2	Rutas asistenciales .....	80

6.3	Integración de la atención.....	81
6.4	Sistemas de información e historia clínica compartida.....	84
6.5	Evaluación de resultados y redireccionamiento.....	86
6.6	Formación, investigación e innovación .....	89
6.6.1	Formación y transferencia de conocimiento.....	89
6.6.2	Investigación e innovación .....	90
7.	Próximos pasos .....	92
8.	Apéndice: implicaciones del modelo en contexto de la pandemia de COVID-19.....	93
	Características de las personas afectadas por COVID-19 .....	93
	Necesidad de toma de decisiones individualizada: .....	94
	Aprendizajes y modelo de atención .....	96
9.	Bibliografía .....	97

# Resumen ejecutivo

## ¿Qué quiere promover este modelo?

Quiere promover un **modelo de atención más individualizado**, que se tendría que focalizar en los resultados que son importantes para las personas. El modelo tendría que servir tanto de **palanca de cambio** hacia un sistema más humanizado como de **hilo conductor de la atención**—especialmente para las personas frágiles, con cronicidad compleja y/o avanzada.

Quiere facilitar el trabajo y el **liderazgo de los profesionales**, como **garantes de este modelo** de atención y responsables de la personalización de las intervenciones.

Desde una visión inclusiva, quiere ayudar a fomentar las **prácticas colaborativas** en todos a los ámbitos, a **todos los niveles asistenciales**, desde una perspectiva de integración vertical y horizontal.

## ¿Por qué es importante?

Porque, a partir de un modelo pragmático, aporta **respuestas concretas** al reto de la cronicidad, la complejidad y el final de vida.

Estas respuestas se elaboran desde una **triple visión**: la de las **personas** —que son el centro del modelo de atención—, la de los **profesionales y los equipos** —como garantes de las buenas prácticas y la calidad asistencial—, y con la **mirada poblacional** —como elemento necesario para la planificación, para garantizar la equidad y la calidad de la atención, así como la monitorización de resultados.

## ¿Cómo se vehiculará?

Aportando **qués (modelo de atención centrado en la persona)**, basados en la evidencia, con vocación pragmática y de manera consensuada con profesionales y organizaciones, a las cuales se quiere dotar de un **relato** tangible, de una **visión compartida** y de **herramientas** concretas.

Promoviendo **cómos (propuestas queridamente territoriales)**, adaptados a las características y las necesidades de cada territorio, potenciando los liderazgos de proximidad.

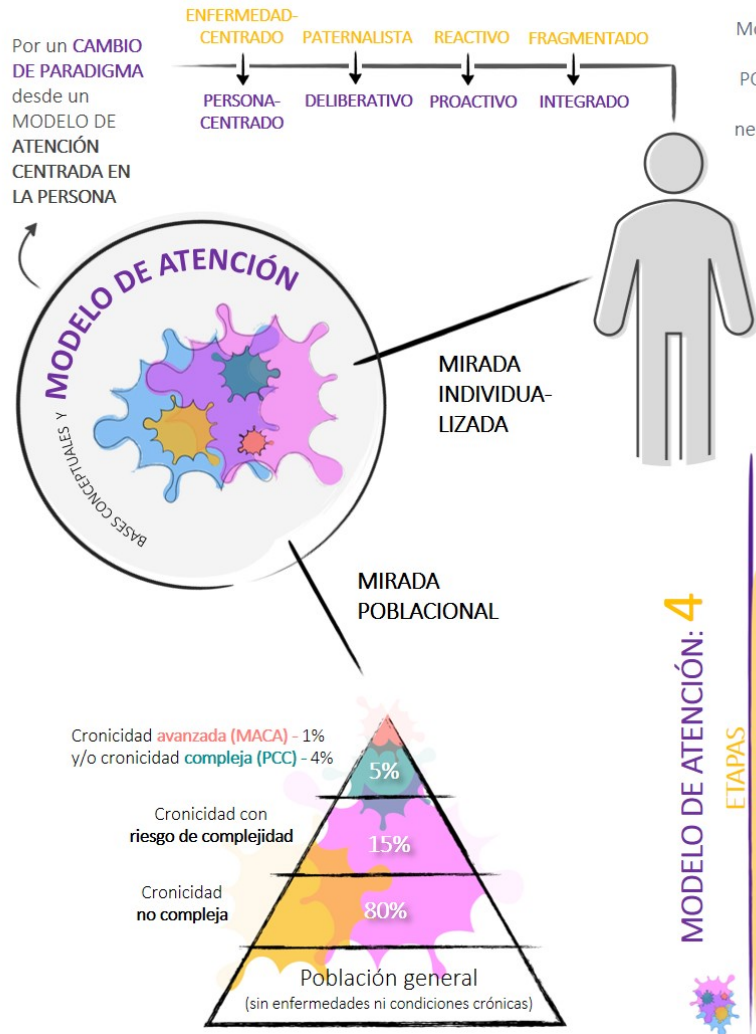


## ¿Cuál es el impacto esperable?

La **mejora de los resultados** de atención desde una perspectiva cuádruple:<sup>1</sup>

- De **salud y bienestar** de las personas atendidas.
- De **experiencia** de atención recibida por parte de las **personas** y las **familias y/o el entorno cuidador**.
- De **experiencia** de atención prestada por parte de los **profesionales**.
- De adecuación de la **utilización de recursos y de eficiencia**.

# Resumen visual

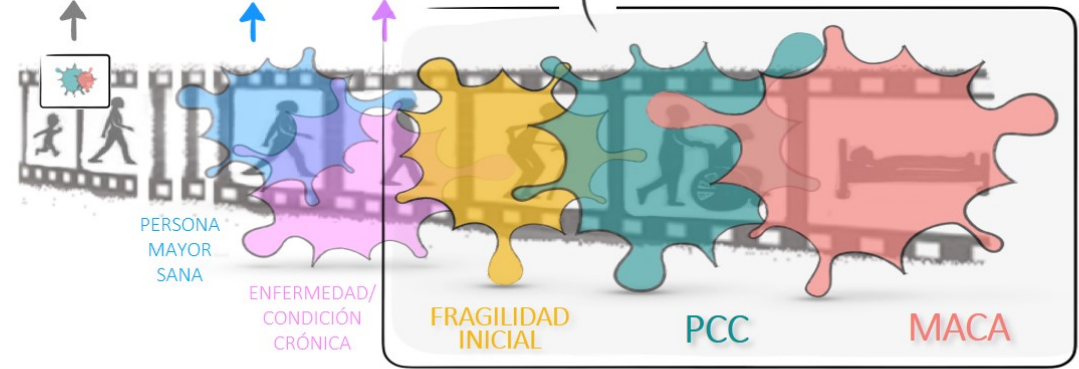


Modelo organizativo de atención integral a la POBLACIÓN INFANTIL Y JUVENIL con necesidades paliativas y en situación de final de vida

Estrategias para fomentar EL ENVEJECIMIENTO SALUDABLE

OPTIMIZACIÓN en el manejo de las enfermedades / condiciones crónicas

TRIPLE ABORDAJE DE LA COMPLEJIDAD



MODELO DE ATENCIÓN: 4 ETAPAS



# 1. Introducción

## 1.1 Justificación

Estamos ante la eclosión epidemiológica de un grupo de **personas mayores**, muchas con buen estado de salud, otras con **problemas de salud crónicos** y multimorbilidad,<sup>2-4</sup> algunas de las cuales — y también en personas más jóvenes y niños— con necesidades de atención complejas y necesidades paliativas.<sup>5</sup> A lo largo de los próximos años, este hecho representará uno de los **retos** más importantes para los sistemas de salud,<sup>6,7</sup> tanto para las **organizaciones** y las **políticas** —que tendrán que hacer frente al desafío de la complejidad derivada de la heterogeneidad de esta población, y a la dificultad de dar respuesta a sus necesidades y a los costes de atención que se puedan derivar— como también para los **profesionales**, que tendrán que sobresalir en el abordaje de las necesidades de estas personas, responder a la necesidad de la personalización de la atención y hacerse cargo de la complejidad derivada de la dificultad para la toma de decisiones, sobre ellas y con ellas.

Una de las **barreras** que habrá que superar para ofrecer una atención de excelencia a estas personas es la de las percepciones estereotipadas que a menudo se tienen de las personas mayores y/o con problemas de salud crónicos,<sup>8</sup> lo que puede inducir a discriminaciones e iniquidades: es posible que actualmente esta discriminación por motivos de edad y de condición de salud sea una forma todavía más generalizada de discriminación que el sexismo o el racismo.<sup>9,10</sup>

En el marco de la **política europea de salud 2020**, el año 2012 se aprobaron unas **directrices** con el objetivo de “dar apoyo a las acciones del Gobierno y la sociedad para mejorar significativamente la salud y el bienestar de las personas, reducir las desigualdades en salud, reforzar la salud pública y asegurar que los sistemas de salud estén centrados en las personas, universales, equitativos, sostenibles y de alta calidad”.<sup>11</sup> Estas directrices orientan a los sistemas de salud sobre la manera cómo tienen que afrontar los principales retos relacionados con las enfermedades crónicas: la inversión en salud desde una perspectiva amplia —que incluya todo el curso de vida—, el empoderamiento de los ciudadanos, la creación de entornos generadores de salud y comunidades resilientes, la priorización de la salud pública y de la **atención centrada en la persona (ACP)**.

Paralelamente, la **Organización Mundial de la Salud** (OMS) ha publicado recientemente la *Estrategia sobre envejecimiento y salud (Global strategy and action plan on ageing and health)*,<sup>12</sup> donde se hace un énfasis especial en la necesidad de promover un envejecimiento saludable de la población, así como la necesidad de adaptar los sistemas de salud a las características de las

personas mayores y/o con problemas de salud crónicos. En ese sentido, la misma OMS ha diseñado una estrategia global de servicios integrados de salud centrados en las personas (*Global strategy on integrated people-centred health services 2016-2026*),<sup>13</sup> que tienen como elementos clave potenciar a las personas, evitar la fragmentación de servicios y potenciar la colaboración entre proveedores. Así, pues, **en primer lugar**, hay que situar a las personas y comunidades —y no a las enfermedades— en el centro del sistema de salud, y empoderarlas para que se hagan cargo de la salud propia (en lugar de ser destinatarios pasivos de servicios); la prestación de servicios tiene que adoptar la perspectiva de las personas, las familias y las comunidades, a quien se considera participantes y beneficiarios, hecho que requiere que las personas tengan la educación y el apoyo que necesiten para tomar decisiones y participar en su propio cuidado. **En segundo lugar**, es necesario un cambio de modelo en la organización sanitaria, que se tiene que rediseñar para pasar de un modelo centrado en las enfermedades a un modelo centrado en las necesidades y los resultados de salud que importan a las personas. **En tercer lugar**, hay que garantizar que las personas reciban un continuum de servicios de promoción de la salud, prevención de enfermedades, diagnóstico, tratamiento, gestión de la enfermedad, rehabilitación y servicios de cuidados paliativos, en diferentes niveles de atención del sistema sanitario, y según sus necesidades a lo largo de toda la vida.

Hay un amplio consenso internacional en el hecho de que la **atención integral, integrada y centrada en la persona** es el mejor enfoque en ese contexto.<sup>14,15</sup> La evidencia actual avala que la atención integrada contribuye a mejorar el acceso a los servicios y a disminuir hospitalizaciones y readmisiones innecesarias, mejora el cumplimiento de los tratamientos,<sup>16-18</sup> incrementa la satisfacción de las personas atendidas, incrementa la alfabetización y el autocuidado, mejora la satisfacción laboral de los profesionales y mejora los resultados en salud.<sup>19,20</sup> También hay una evidencia creciente de la eficacia de los servicios sanitarios integrados, especialmente para la gestión de personas con problemas de salud crónicos.<sup>21,22</sup>

## 1.2 Fundamentos y objetivos del modelo

A lo largo de la última década se ha puesto de manifiesto un interés creciente por adaptar los servicios a las necesidades de las personas, fomentando su implicación y participación en el cuidado de su bienestar y su salud. Este hecho ha significado un giro en la orientación del modelo de atención y ha puesto a la persona como eje del sistema de salud, promoviendo así el respeto por su dignidad y autonomía, como pilares éticos fundamentales.

El empoderamiento de las personas y los modelos de atención personalizados son dos ejemplos, en qué, desde esta propuesta estratégica, se quiere hacer tangible la **atención centrada en la persona** de acuerdo con los tres pilares que

la sustentan: la evidencia científica, las necesidades de la persona y las prioridades individuales.

La atención a las personas mayores y a las personas con problemas de salud crónicos requiere un **enfoque amplio** que va desde el envejecimiento saludable, pasando por la prevención de la discapacidad, la optimización del abordaje de las patologías crónicas o las situaciones de complejidad, hasta las personas en situación de final de vida y las necesidades de atención paliativa. La identificación de cada una de estas etapas está justificada por el beneficio que ha demostrado la atención basada en **modelos de atención específicos** y adaptados a las características y las necesidades de **cada etapa**.

### 1.2.1 El ACP como hilo conductor del modelo

El año 2008 la **OMS** definió el ACP como “la atención que se consigue cuando se pone a la persona en el eje donde interactúan el resto de dimensiones relacionadas con: la intervención basada en la evidencia científica, la organización del servicio, el equipo, la interdisciplinariedad y el ambiente”.

Aunque no hay una definición universal consensuada de ACP, una de las más referenciadas es la de los documentos elaborados por la coalición **National Voices**: “puedo planificar mi cuidado con las personas que trabajan para entenderme a mí y a mi cuidador o cuidadores, dándome el control y facilitándome los servicios para alcanzar los objetivos que son importantes para mí”.<sup>23</sup>

En la actualidad —y treinta años después de la Carta de Ottawa—, de acuerdo con la **Declaración de Shanghai** sobre la promoción de la salud, se identifican como imprescindibles tres pilares básicos: una buena gobernanza, las ciudades saludables y el conocimiento sobre la salud. En esta línea, el cambio de paradigma hacia un modelo de atención centrada en la persona puede ayudar a mejorar la calidad de la atención y los resultados, a reducir la carga asistencial o hacer un uso más eficiente de los servicios sanitarios y sociales. Por este motivo, la legislación y los documentos en políticas sanitarias del bienestar buscan, cada vez más, alejarse del modelo paternalista y favorecer la voz de la ciudadanía.

Finalmente, en abril de 2016, en la 69a Asamblea Mundial de la Salud de la OMS, se presentó el marco sobre servicios de salud integrados y centrados en la persona, en los que se exponen **cinco estrategias** con las intervenciones consiguientes para el desarrollo de sistemas de atención más integrados y centrados en la persona.<sup>24</sup>

Actualmente, en Cataluña se está consensuando un **marco evaluativo** que permita guiar las diferentes organizaciones y profesionales para la implementación del modelo de atención centrada en la persona, basado en los ocho principios del Instituto Picker<sup>25</sup> (figura 1).



**Figura 1.** Los ocho principios de la atención centrada en la persona del Instituto Picker. Fuente: elaboración propia.

### 1.2.2 La ACP como palanca de cambio del sistema

El modelo de **atención centrada en la persona** tiene que ser el motor de cambio de un sistema de salud “clásico” —tal como lo hemos conocido los últimos años— a un sistema de salud adaptado a las necesidades de las personas mayores y/o con problemas de salud crónicos (tabla 1):

De un sistema...    A un sistema...

#### **Centrado en la enfermedad y estereotipado.**

Históricamente, el centro de gravedad del conocimiento médico han sido las enfermedades y su abordaje. Por ejemplo: la organización de los centros hospitalarios, todavía hoy en día, se hace basándose en las patologías o por sistemas. El incremento progresivo de personas con multimorbilidad (con múltiples problemas de salud crónicos) está poniendo en cuestión este sistema organizativo, que cada vez se vuelve menos orientado a las necesidades reales de la persona.

#### **Centrado en la persona e individualizable,**

con posibilidad de una atención integral, individualizada y personalizada, que identifique los rasgos de cada persona y que respete sus valores creencias y preferencias. Todas las personas, especialmente las que son mayores o están en situación de complejidad, deben tener derecho a recibir una atención basada en la evidencia científica, individual, basada en sus necesidades, i personalizada, basada en sus preferencias.

<p><b>Paternalista</b></p> <p>A menudo se ha asumido que los profesionales eran los únicos conocedores —y, por lo tanto, los garantes— de la salud de las personas y los encargados de la toma de decisiones, en qué se da a los pacientes una información orientada hacia aquello que el profesional ha pensado que era mejor para la persona. En ese sentido, no siempre se ha valorado la posibilidad de crear espacios de debate que permitieran analizar otras opciones de abordaje (por ejemplo, hasta hace pocos años no se ha incluido la posibilidad de ofrecer una segunda opinión con respecto a eso).</p>	<p><b>Deliberativo,</b></p> <p>donde se garantice que la persona pueda disponer de una información accesible y comprensible. Este tiene que ser el punto de partida necesario para un proceso de toma de decisiones compartido que ha de combinar la pericia de los profesionales (en el diagnóstico situacional, pronóstico, opciones de tratamiento...) con la de las personas (en su experiencia de la enfermedad, actitud ante el riesgo, objetivos, valores y preferencias).</p>
<p><b>Reactivo</b></p> <p>Los sistemas de salud, a menudo, han estado más enfocados a dar respuesta a las descompensaciones o a los problemas agudos más que a la proactividad (medidas de promoción de la salud o medidas preventivas), ya sea en relación con enfermedades o para el resto de problemas de salud crónicos (discapacidad, fragilidad...).</p>	<p><b>Proactivo y con capacidad de respuesta,</b></p> <p>donde, a pesar de la presencia de enfermedades y/o problemas de salud crónicos (a menudo avanzados), la atención tenga una vocación mucho más preventiva y anticipatoria. Este enfoque tiene que prever tanto las medidas enfocadas a ralentizar la progresión de las enfermedades, evitar las descompensaciones, o bien en la atención de las consecuencias como en el abordaje precoz de la necesidades de atención que se puedan derivar y en la planificación avanzada o la toma de decisiones anticipadas.</p>
<p><b>Fragmentado</b></p> <p>Hasta hace pocos años, los diferentes actores y ámbitos del sistema se han caracterizado por tener objetivos diferentes y una interrelación escasa. Eso ha generado alejamiento o tensiones que han condicionado negativamente la atención a las personas, ya sea en relación con los resultados de salud, los procesos (transiciones mal hechas, incremento de ingresos hospitalarios...), o la mala experiencia de atención por parte de las personas atendidas.</p>	<p><b>Integrado,</b></p> <p>donde se dé una verdadera alineación de los objetivos entre los diferentes ámbitos asistenciales, con el objetivo de garantizar una verdadera atención centrada en la persona por parte del sistema de salud. La atención integrada es uno de los elementos clave en la atención a personas con necesidades complejas y paliativas (PCC y MACA). Algunos elementos clave son: objetivos asistenciales consensuados y planes de atención compartidos, la atención exquisita de las transiciones, el trabajo colaborativo de los ámbitos sanitario y social o bien la transferencia mutua de conocimiento, superando la fragmentación de la atención en ámbitos asistenciales para promover una corresponsabilización en la atención y resultados en la población.</p>

**Tabla 1.** Cambio de paradigma en la atención a la cronicidad y a las personas mayores.

Fuente: elaboración propia.

## 1.3 ¿En qué población se focaliza este modelo?

Si bien cualquier persona se puede beneficiar de un modelo deACP, la personalización de las intervenciones resulta **especialmente necesaria** en aquellas que mayoritariamente requieren un enfoque integral e integrado, que son sobre todo **las personas con problemas de salud crónicos** –especialmente cuando esta cronicidad es compleja y/o avanzada–, así como las **personas mayores** –especialmente cuando hay una situación de fragilidad (figura 2).



**Figura 2.** Población donde se focaliza este documento. Fuente: elaboración propia. \*El TERMCAT define *personas mayores* como las “personas que se encuentran en el periodo vital en que han cesado las actividades profesionales o personas a partir de los sesenta y cinco años”.<sup>26</sup>

## 1.4 ¿Qué garantías propugna este modelo?

Este documento tiene como objetivo ayudar a dar un paso adelante en el modelo de atención a estas personas, donde los profesionales y las organizaciones tienen que ser los garantes de proporcionar una atención auténticamente centrada en la persona.

### 1.4.1 A las personas

A las personas mayores frágiles, con cronicidad compleja y/o avanzada, se les tendría que garantizar un modelo de **atención centrada en la persona**, de acuerdo con las mencionadas dimensiones del Instituto Picker<sup>25</sup> —recogidas en el modelo de atención integrada social y sanitaria de Cataluña—,<sup>27</sup> así como en la *Carta de derechos y deberes de la ciudadanía en relación con la salud y la atención sanitaria*.<sup>28</sup> De forma resumida



podemos mencionar:

- El derecho a que se respeten los **valores** y las **preferencias, las creencias y las prioridades** de la persona.
- El derecho a la **información, el empoderamiento y la participación** de las personas, las familias, el entorno cuidador y las comunidades —entendido como la facilitación de oportunidades, capacidades y recursos que las personas necesitan para tomar decisiones efectivas sobre la salud propia. Ello implica:
  - Que las personas puedan participar en la toma de decisiones, por medio de un proceso de **toma de decisiones compartido**, como elemento clave de la atención centrada en la persona.
  - La incorporación de la **familia y/o el entorno cuidador** que quiera a la persona atendida, como elementos clave de la red de apoyo.
- El derecho a ser atendido con un **modelo de atención integral** y con **visión multidimensional** que incorpore:
  - Un **sistema de detección** proactivo de personas que se puedan beneficiar de un modelo de atención específico, y que sea visible para todos los agentes que intervengan en el proceso de atención.
  - Una **valoración multidimensional**, con una mirada holística de todas las dimensiones y las necesidades de las personas.
  - Un **plan de atención personalizado**, que sea integral, interprofesional y único, y consensuado con la persona y/o las familias y/o el entorno cuidador. Este plan tiene que incluir elementos relacionados con el bienestar de la persona, el apoyo psicoemocional y las propuestas asistenciales específicas para llevarlo a cabo.
  - La **compartición de la información esencial** del plan de atención integral, y asegurar la accesibilidad tanto a las personas como a todos los profesionales que las atienden.
  - Recibir una **respuesta consensuada o compartida** —desde una perspectiva tanto sanitaria como social— de acuerdo con sus necesidades.
- El derecho a recibir una **atención coordinada y/o integrada**, una atención de continuidad y coherente con el plan de atención en las transiciones dentro (por ejemplo, en la etapa de joven a adulto) y entre ámbitos de atención (por ejemplo, entre el ámbito hospitalario y el comunitario).

## 1.4.2 A los profesionales y a las organizaciones

### PROFESIONALES

Con el objetivo de que los profesionales puedan actuar como garantes del

modelo de atención centrado en la persona, tendrían que poder:

- Disponer de las **herramientas** y los **recursos** necesarios.
- **Participar** de forma activa en el **liderazgo clínico** y el **codiseño de proyectos** vinculados a la planificación estratégica, así como en su implementación y seguimiento posteriores.
- Acceder a la **formación** necesaria para dar la mejor respuesta posible a estas personas, de forma homogénea en todos los territorios de Cataluña y de todos los servicios sanitarios.
- Disponer de espacios, tiempo y recursos para poder **participar en el proceso de mejora e innovación** en la atención a estas personas.

## ORGANIZACIONES

Este modelo pretende:

- Proporcionar a las organizaciones un **marco conceptual** concreto, que les permita enfocar sus servicios asistenciales a las personas mayores y/o con problemas de salud crónicos y altas necesidades, desde una perspectiva de visión centrada en la persona.
- Promover **iniciativas de buenas prácticas** (*right care*), de prácticas colaborativas y de atención integrada en la atención a las personas mayores y/o con problemas de salud crónicos, basadas en la mejor evidencia disponible.

## 2. El contexto epidemiológico y la doble mirada (individualizada y poblacional)

### 2.1 Contexto epidemiológico

El envejecimiento de la población y las transiciones epidemiológicas, demográficas y de la salud son el punto de partida de una realidad rápidamente cambiante, que nos ha llevado a un cambio de paradigma sin precedentes.

#### 2.1.1 Envejecimiento demográfico y transiciones

A lo largo de las últimas décadas, la suma de diferentes transiciones (epidemiológicas, demográficas y de la salud) ha condicionado un proceso de **envejecimiento** de la población —entendido como el incremento de la proporción de personas de más de 65 años con respecto al total de la población— y representa, junto con el fenómeno migratorio, el hecho social y sociológico más importante de este principio de siglo XXI.<sup>29</sup> El envejecimiento demográfico es un fenómeno de alcance mundial. Según datos de la OMS:<sup>12</sup>

- Entre los años 2015 y 2050, el porcentaje de habitantes del planeta de más de 60 años casi se duplicará; pasará del 12% al 22%.
- En el 2020, el número de personas de 60 años o más será superior al de niños de menos de cinco años.
- El año 2050, el 80% de las personas mayores vivirán en países de ingresos bajos y medios.
- La pauta de envejecimiento de la población es mucho más rápida que en el pasado.
- Todos los países se enfrentan a retos importantes para garantizar que sus sistemas sanitarios y sociales estén preparados para afrontar este cambio demográfico.

El concepto de **transición epidemiológica**<sup>30</sup> hace referencia al cambio de una preponderancia de las enfermedades infecciosas como causa de muerte, hacia un predominio de enfermedades degenerativas, cardiovasculares y oncológicas,

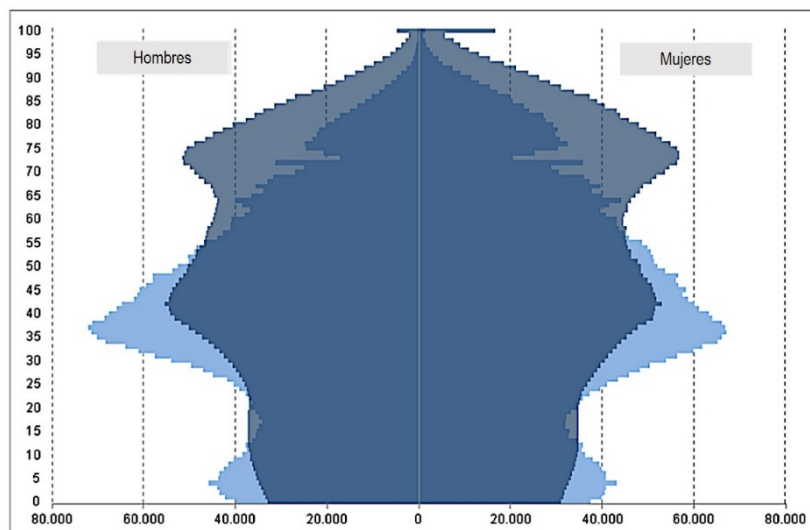
y es fruto de la modificación de la mortalidad asociada a estas enfermedades, alcanzada por los avances en la medicina y la mejora de las condiciones sociales. Esta visión más amplia nos lleva al concepto de **transición de la salud**,<sup>31</sup> en alusión a un conjunto mucho más amplio de condicionantes de salud: sociales, económicos, tecnológicos y políticos, pero también ambientales y laborales. La suma de estas dos transiciones ha condicionado la **transición demográfica**:<sup>32</sup> el proceso de ruptura en la continuidad del curso del movimiento de la población, donde, en un momento dado, se pasa de niveles altos de mortalidad y natalidad a niveles bajos de estas variables —fenómeno que, en el caso de Cataluña y España, está ya muy avanzado, con un crecimiento total casi de cero.<sup>33</sup>



**En Cataluña**, en el transcurso de las últimas décadas, la población ha envejecido de forma considerable:<sup>34</sup> no tan sólo está aumentando el porcentaje de personas de más de 65 años en la población, sino que también lo hace el índice de envejecimiento —número de personas de más de 65 años con respecto al número de personas de menos de 15 años. Las estadísticas de población del IDESCAT<sup>35</sup> muestran que el porcentaje de personas de más de 65 años se incrementó un 23% del año 1991 al 2011, y que el índice de envejecimiento aumentó de 85 a 108. El año 2020, el porcentaje de personas de más de 65 años, en el conjunto de la población de Cataluña, aumentó hasta el 18,94%, y el índice de sobreenvejecimiento —personas de más de 85 años— fue del 17,1%.

Pero eso no es todo: todas las proyecciones apuntan a que este envejecimiento será cada vez más notorio<sup>34</sup> (figura 3):

- La población de más de 65 años prácticamente se duplicará —se pasará de 1,30 millones de personas a 2,45 millones.
- Las personas de más de 80 años se duplicarán —se pasará de 0,41 millones el año 2013 a 0,94 millones el año 2051.
- El número de personas centenarias pasará de las 1.700 personas del año 2013 a las 21.600 personas el año 2051.
- La esperanza de vida al nacer se incrementará unos cinco años de ahora hasta el 2050, y pasará a ser de 85,33 años, en el caso de los hombres, y de 90,21 años, en el caso de las mujeres.
- En relación con eso, la esperanza de vida a los 65 años se incrementará prácticamente cuatro años: en el caso de los hombres, pasará de ser de 18,7 años el año 2012 a 22,6 años el año 2050; en el caso de las mujeres, pasará de 22,7 a 26,5 años, respectivamente.



**Figura 3.** Proyección evolutiva y dinámica de la pirámide poblacional de Cataluña para el periodo 2015-2050. Fuente: IDESCAT. Nota: en el 2015 se indica con el color claro y el 2050 con el color oscuro.

### 2.1.2 Epidemiología de la cronicidad

Concedores de este envejecimiento de la población y que la morbilidad de esta se concentra en las edades avanzadas, constatamos que en nuestro entorno se produce un incremento del número de personas que sufren algún problema de salud crónico:

- **Una prevalencia más elevada de problemas de salud crónicos:** según los datos de la Encuesta de salud de Cataluña (ESCA),<sup>36</sup> el 34,3% de la población general tiene alguna enfermedad o problema de salud crónico o de larga duración. Este porcentaje es superior en las mujeres para todos los grupos de edad (excepto en el caso de los menores de 15 años), en personas que pertenecen a clases sociales más desfavorecidas, en personas con estudios primarios o sin estudios, y está estrechamente ligado a la edad —pasa del 12,3% en la población de 0 a 14 años al 69,7% en la población a partir de los 75 años. Según la Encuesta nacional de salud del Estado español de 2006 y la Encuesta europea de salud de 2009, en España, las personas de entre 65 y 74 años tienen una media de 2,8 problemas o enfermedades crónicas, y pasan a ser 3,23 entre las personas de más de 75 años.<sup>37,38</sup> Estos datos son coherentes con las publicadas internacionalmente, donde también se constata que el número de comorbidades aumenta con la edad y es más elevado en individuos de más de 65 años.<sup>39</sup>



En **Cataluña**, en torno a 2.579.000 personas sufren unos o más trastornos crónicos, especialmente enfermedades del aparato locomotor, del aparato circulatorio y problemas de salud mental. La incidencia aumenta con la edad y también es más elevada en mujeres. La proporción de personas con alguna enfermedad crónica por tramo de edad es la siguiente (tabla 2):

GRUPO DE EDAD	PREVALENCIA		
	Hombres	Mujeres	Total
0-14	12,8	11,7	12,3
15-33	20,3	20,8	20,4
45-64	43,5	50	46,8
65-74	59,5	69,2	65,7
75 y más	67,5	71,1	69,7
TOTAL	31,7	36,8	34,3

**Tabla 2.** Prevalencia de población catalana con alguna enfermedad crónica por edad y SEXO. Fuente: IDESCAT 2015

- **Más prevalencia de discapacidad.** La prevalencia de la discapacidad aumenta a medida que aumenta la edad. Por otra parte, sin embargo, la prevalencia global de discapacidad de la población mantiene una cierta tendencia al descenso (en torno al 15,7% de la población de 15 años o más —el 13,6% de los hombres y el 17,7% de las mujeres).
- **Mortalidad y enfermedades crónicas.** En un informe de la OMS del año 2005 ya se objetivó que el 60% de las muertes que se producían en el mundo eran consecuencia de enfermedades crónicas.<sup>40</sup> Las enfermedades cardíacas, el cáncer, las enfermedades respiratorias y la diabetes son las principales causas de mortalidad en el mundo; son las responsables del 63% del total de las muertes.<sup>41</sup>



En **Cataluña**, en el periodo 2010-2014, la mortalidad estandarizada por edad se ha reducido en un 8,5%. Las causas de muerte principales son:

- **En hombres:** cáncer de pulmón, cardiopatía isquémica y enfermedades respiratorias.
  - **En mujeres:** demencia, enfermedades cerebrovasculares y enfermedades cardíacas.
- **Uso más elevado de recursos.** El impacto de estos problemas de salud crónicos va más allá de los efectos directos sobre la persona: se estima que más del 50% de los recursos del sistema sanitario están dedicados al tratamiento de enfermedades crónicas o a las descompensaciones asociadas.<sup>42-49</sup> Esta proporción se puede incrementar hasta al menos dos tercios del gasto, si tenemos en cuenta el uso tanto de los servicios sanitarios como de los sociales<sup>49</sup> —en un estudio del año 2007 en los

Estados Unidos, los gastos derivados de la atención a pacientes con enfermedades crónicas representaban el 78% del coste sanitario.<sup>47</sup>

Las personas con enfermedades y problemas de salud crónicos generan el 80% de las consultas en atención primaria y el 60% de los ingresos hospitalarios —que son más prolongados—, y en el que se constata, también, una frecuentación más alta a los sistemas de urgencias y a los hospitales de día.<sup>37,50,51</sup>

- **Impacto en las políticas y los sistemas de salud.** Este escenario ha impactado de forma sustancial en las políticas actuales y futuras, tanto en la esfera sanitaria como social, y es una fuente de gran preocupación,<sup>52</sup> especialmente en un contexto en que los sistemas sanitarios y las organizaciones han estado, históricamente, orientados hacia la atención y la resolución de problemas de salud agudos y en personas de edad más joven.<sup>53</sup> Ante esta realidad, las personas con múltiples problemas de salud crónicos y limitaciones en las actividades de la vida diaria tienen más dificultad para acceder a los servicios sanitarios y circular por ellos, dado que el modelo asistencial no fue diseñado pensando en sus necesidades<sup>54</sup> y reciben, así, las consecuencias derivadas de unos sistemas sanitarios no adaptados.<sup>55</sup>

## 2.2 Desde la mirada individualizada hasta la visión poblacional

En la atención a las personas mayores y/o con problemas de salud crónicos a menudo se sobreponen **dos visiones necesariamente complementarias** —que en realidad son vasos comunicantes: la de los sistemas de salud —para quien la atención es sinónimo de gestión de recursos y planificación sanitaria— y la de los profesionales —estrechamente ligada a la atención de necesidades multidimensionales de las personas. La clave del éxito radica en el hecho de armonizar el modelo de atención con visión poblacional (modelos organizativos) con el modelo centrado en la persona (valoración multidimensional individualizada y plan de atención integral personalizado):

### 2.2.1 Mirada individualizada

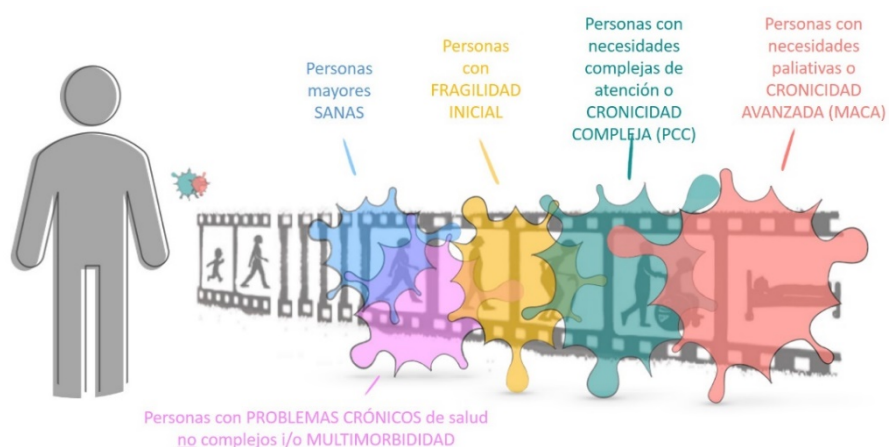
Para adecuar la atención a las necesidades de las personas mayores y/o con problemas de salud crónicos resulta imprescindible realizar un abordaje “de precisión” o individualizado, es decir, de acuerdo con las características específicas o singulares de la persona.

Esta **personalización de la atención** resulta clave para estas personas, cuyas características muy a menudo sobrepasan los planteamientos asistenciales basados en protocolos y guías de práctica clínica. Ello requiere:

- 1) La **identificación** de esta situación, *ya sea teniendo en cuenta la situación de fragilidad inicial, de cronicidad compleja (PCC) o avanzada (MACA).*

- 2) Un **diagnóstico situacional**, lo que requiere de una *valoración multidimensional y la evaluación de necesidades*.
- 3) Un **plan de atención** individualizado, *en el contexto de un proceso de toma de decisiones compartido entre los profesionales y las personas, con el establecimiento de objetivos asistenciales<sup>56</sup> con adecuación de la intensidad terapéutica<sup>57</sup> y facilitando una proporcionalidad de las actuaciones de acuerdo con su situación clínica y sus voluntades.<sup>58</sup>*
- 4) **Compartir** la información entre todos los profesionales y las diferentes organizaciones y ámbitos de atención que participen en la atención de cada persona, *especialmente para las situaciones donde haya necesidades de atención complejas y/o necesidades de atención paliativa*.

Conceptualmente, podemos distinguir diferentes momentos en la etapa vital de una persona que habría que tener en cuenta. Los mostramos de forma esquemática en la figura siguiente (figura 4):



**Figura 4.** Representación visual/conceptual simplificada de las etapas vitales de las personas mayores y con problemas de salud crónicos. Hay que tener en cuenta que no todas las personas siguen cronológicamente o secuencialmente todas y cada una de estas etapas. Fuente: elaboración propia.

Hay dos situaciones que también serán motivo de atención especial que también se pueden beneficiar de este modelo: la **atención al final de la vida y la complejidad pediátrica**, así como **otras situaciones de complejidad** no relacionadas con la edad (por ejemplo: situaciones de salud mental compleja).

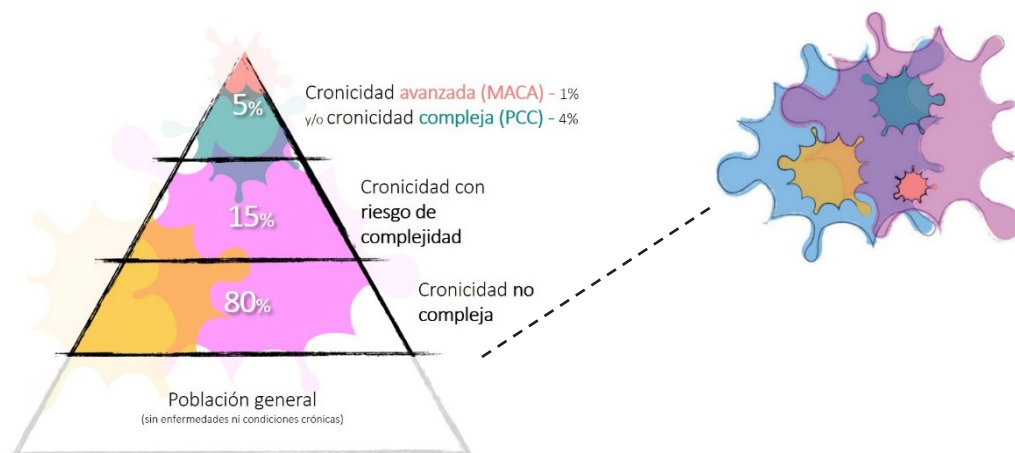
### 2.2.2 Mirada poblacional

A lo largo de los últimos años, los sistemas de salud de los países desarrollados han tenido que reorientar sus estrategias para ajustarse a la realidad creciente de un gran número de personas con riesgo de discapacidad, enfermedades crónicas, necesidades complejas de atención y/o necesidades paliativas.<sup>2</sup>

A pesar de las evidentes áreas de solapamiento, podemos identificar subgrupos



de poblaciones con problemas de salud crónicos con características específicas (figura 5):



**Figura 5.** Adaptación de la pirámide de Kaiser; representación de la distribución poblacional (%) en relación con su grado o riesgo de complejidad, en relación con las personas con enfermedades y/o problemas de salud crónicos. Fuente: elaboración propia.

Efectivamente: desde una mirada global/poblacional y con el objetivo de proporcionar una atención específica a la realidad y las necesidades de cada grupo, según sus características, la mayor parte de países de nuestro entorno han desarrollado sistemas de cribado y estratificación de personas con fragilidad, necesidades complejas de atención y/o necesidades paliativas,<sup>59-62</sup> ya sea por medio de sistemas predictivos —que, utilizados de forma aislada, han demostrado una fiabilidad relativa—,<sup>63</sup> o bien sobre la base del conocimiento clínico de los profesionales, o utilizando también una combinación de ambas circunstancias.<sup>64</sup>

Esta estratificación permite distinguir diferentes grupos de personas con diferentes niveles de complejidad, con el objetivo de poder llevar a cabo abordajes diferenciados y específicos. En ese sentido destaca la propuesta de Kaiser Permanente<sup>65</sup> (figura 5), que es un modelo piramidal donde se pueden distinguir cuatro segmentos de población, sobre los cuales se llevan a cabo abordajes diferenciados:

- **En la base de la pirámide** se encuentran las personas a las cuales se tienen que implementar estrategias de prevención y promoción de la salud dirigidas a población sana.
- El **80%** de las personas con **problemas de salud crónicos** son capaces de cuidarse de su enfermedad, en el contexto de una buena estrategia de **fomento del autocuidado**.
- Otro grupo, **cerca del 15%**, requerirá **modelos de gestión de su enfermedad**, que impliquen interacciones de atención, entre proveedores de diferentes ámbitos asistenciales: rutas asistenciales, trayectorias

clínicas transversales

- Finalmente, **un 5%** de la población se encontraría en una situación o presentaría un perfil de cronicidad compleja (4%) y/o cronicidad avanzada. Esta población se beneficia de estrategias de **gestión de caso** proactiva y de **contextos asistenciales integrados**.

# 3. Metodología utilizada en la elaboración de este modelo

La construcción y la elaboración de los contenidos de este documento se ha llevado a cabo partiendo de la experiencia acumulada en las etapas anteriores, de la evidencia bibliográfica, así como a partir de la opinión de los profesionales y las personas que se beneficiarán. Aun así, este **sólo quiere ser un punto de partida en el codiseño de una planificación estratégica que queridamente es y tendrá que ser compartida con todas las partes**. Pues, habrá que seguir trabajando conjuntamente para acordar las líneas estratégicas, los objetivos y las acciones concretas que tendrán que conformar una futura propuesta estratégica.

## 3.1 Experiencia acumulada en las etapas anteriores

Este modelo se nutre intensamente del conocimiento, del trabajo llevado a cabo y de los aprendizajes del **Plan director sociosanitario** (PDSS) —con más de treinta años de experiencia—, el **Programa de prevención y atención a la cronicidad** (PPAC) —nacido en el seno del Plan de salud 2011-2015—, y la **Estrategia nacional de atención primaria y salud comunitaria** (ENAPISC) —creada en el 2017 en el marco de la Dirección Estratégica de Atención Primaria. La experiencia absolutamente enriquecedora de estas propuestas (véase la tabla 3) ha sido fundamental para poder plantear la propuesta unificada actual.

PLAN	Documentos
PDSS	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <i>Plan director sociosanitario. Estrategias 2017-2019</i></li> <li>▪ <i>Adecuación de la red sociosanitaria en la atención a la cronicidad</i></li> <li>▪ <i>Cartera de servicios sociosanitarios</i></li> <li>▪ <i>Propuestas para el hospital de día sociosanitario</i></li> <li>▪ <i>Bases para el desarrollo del modelo organizativo de atención integral en la población adulta con necesidades paliativas y en situación de final de la vida</i></li> <li>▪ <i>Bases para el desarrollo del modelo organizativo de atención integral en la población infantil y juvenil con necesidades paliativas y en situación de final de la vida</i></li> <li>▪ <i>Recursos específicos de cuidados paliativos. DirCat-CP2019</i></li> </ul>
PLAN	Documentos
PPAC	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <i>Bases para un modelo catalán de atención a las personas con necesidades complejas</i></li> <li>▪ <i>El Programa de prevención y atención a la cronicidad de Cataluña</i></li> <li>▪ <i>Resultados de la evaluación del Programa de prevención y atención a la cronicidad</i></li> </ul>
ENAPISC	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <i>Documento conceptual ENAPISC</i></li> <li>▪ <i>Proceso asistencial de atención a la cronicidad y la complejidad en la red de atención primaria</i></li> </ul>

**Tabla 3.** Documentos de resumen del PDSS, el PPAC y el ENAPISC.

Por otra parte, los últimos dos **planes de salud** (2011-2015 y 2016-2020) se han convertido en un catalizador fundamental para mejorar la atención a las personas con problemas crónicos de salud en Cataluña; se ha fomentado la alineación de los planes, programas y estrategias departamentales e interdepartamentales. De la misma manera que el modelo que se describe en este documento se nutre de estos dos planes, también quiere contribuir a asentar las bases de la atención a las personas mayores y con problemas crónicos de salud del próximo plan (2021-2025).

### 3.2 Participación de las personas

Ante la evidencia de los beneficios que tiene la participación de las personas en el diseño de las políticas sanitarias —encabezados por la experiencia de la coalición inglesa National Voices—,<sup>66,67</sup> y siguiendo la línea iniciada por el Departamento de Salud en la promoción de la participación de las personas en las políticas sanitarias, los profesionales que han diseñado este documento han visto la necesidad de **incorporar la perspectiva de personas**, tanto de las sanas como de las que tienen problemas de salud crónicos, para contrastar los puntos más importantes. Como dice Angela Coulter, “la mejor manera de saber

qué es lo que preocupa a las personas es preguntarles su opinión”.<sup>68</sup>

Con la premisa de desarrollar un documento desde la perspectiva de una visión centrada en la persona, y de forma conjunta con el Plan de salud y la Secretaría de Atención Sanitaria y Participación, se organizaron **grupos de discusión** para conocer la visión de las personas sobre la atención a la cronicidad. A partir de una metodología cualitativa de exploración y recogida de datos, que parte de la conversación y la interacción entre los participantes, hemos podido conocer sus experiencias, vivencias, opiniones y valores.

Los grupos de discusión se diseñaron teniendo en cuenta dos características:

- **La homogeneidad**, agrupando a las personas de acuerdo con un denominador común (en este caso en relación con la enfermedad crónica, ya sea como personas afectadas, como cuidadores o cuidadoras o bien como personas sanas).
- **La heterogeneidad**, velando para que cada grupo contara con personas de diferente edad y sexo, que hubieran sido atendidas en diferentes niveles asistenciales, de diferente procedencia geográfica, y con diversa situación socioeconómica.

Los resultados de estos grupos de discusión se pueden consultar en el documento *“La visión de las personas sobre la atención a las personas mayores y a la cronicidad: estudio cualitativo para construir un nuevo modelo de atención”*. Han sido clave para incorporar nuevas perspectivas y reforzar los aspectos que valoran las personas usuarias del sistema de salud.

Para los proyectos y las acciones que se deriven de esta propuesta estratégica, habrá que seguir incorporando a las personas como verdaderos **cocreadores** de los futuros proyectos, como elemento clave de la construcción de una narrativa compartida en los futuros proyectos.

### 3.3 Participación de los profesionales y las organizaciones

Como no podía ser de otra manera, y dado que son los **profesionales** los que conocen mejor la realidad asistencial y territorial, este documento se ha nutrido también en buena parte de sus múltiples aportaciones, propuestas y valoraciones, que se han obtenido a partir de diferentes metodologías.

Así, por ejemplo, en la **reformulación del constructo y el relato** en lo referente a las personas con necesidades complejas de atención y necesidades paliativas (**PCC y MACA**), ha resultado de especial interés la *valoración cualitativa del proceso de identificación y atención a los pacientes con necesidades complejas y enfermedad avanzada en la atención primaria*, prestada mediante grupos de discusión con diferentes perfiles profesionales

y de atención (profesionales asistenciales, referentes de áreas relacionadas con la cronicidad, gestores de casos, profesionales de unidades funcionales específicas, equipos directivos).

Por otra parte, ha resultado especialmente inspirador y de primordial importancia el **trabajo de consenso** realizado en la elaboración del documento *Proceso asistencial de atención a la cronicidad y la complejidad en la red de atención primaria*. En la elaboración de este documento, promovido por el ENAPISC, participaron una treintena de profesionales de la atención primaria, así como profesionales como de otros ámbitos del sistema asistencial —especialmente del ámbito de la geriatría y los cuidados paliativos. Su contenido fue validado, finalmente, en un proceso participativo con más de 500 profesionales.

También ha partido de un proceso colaborativo y de consenso la incorporación de la **fragilidad** como concepto de utilidad para la práctica asistencial de la atención a las personas mayores y/o con problemas de salud crónicos. Este proceso se llevó a cabo —mediante la metodología de metáfora— entre múltiples profesionales de diferentes ámbitos, sociedades científicas y representantes institucionales. *Si bien en el apartado 4.2 de este documento se expone una síntesis del consenso sobre la conceptualización de la fragilidad, próximamente se publicará el documento completo.*

Con el objetivo de incorporar la pericia de los profesionales en el codiseño tanto del **modelo de atención** como de las **herramientas** que pueden ser de ayuda para llevarlo a cabo, se han organizado diferentes procesos participativos —una vez más, desde la perspectiva interdisciplinaria, interinstitucional e interterritorial. Algunos ejemplos de este trabajo son el consenso de un sistema de valoración geriátrica/multidimensional rápido o bien el modelo catalán de conferencia de caso para la toma de decisiones compartidas.

Finalmente, del **reciente informe de la OMS** sobre el sistema de salud de Cataluña *Thirty-year retrospective of Catalan health planning*,<sup>69</sup> recogemos las recomendaciones de fomentar prácticas de valor y centradas en la persona, la participación de la ciudadanía en el codiseño de las estrategias, el liderazgo de los profesionales, la mirada sistémica e integradora, y la necesidad de evaluación y de innovación.

# 4. Bases conceptuales

La planificación de la atención a las personas mayores y/o con problemas de salud crónicos requiere, en primer lugar, que los profesionales y las organizaciones compartan una misma **visión** y un mismo **relato**. En ese sentido hay que hacer énfasis en la necesidad de un **consenso conceptual** que permita que todos los actores que intervengan en la atención de estas personas compartan la mirada. En este apartado, pues, se revisan de forma breve y con vocación pragmática los conceptos de *multimorbilidad*, *fragilidad*, *complejidad* y *final de vida*. Para cada uno de estos tópicos, se desarrollan los apartados siguientes:



**Conceptualización**, donde se revisan los elementos clave para cada área de conocimiento.



**Herramientas** de utilidad para aplicar el modelo.



**Recomendaciones** derivadas de la evidencia disponible en cada área de conocimiento.

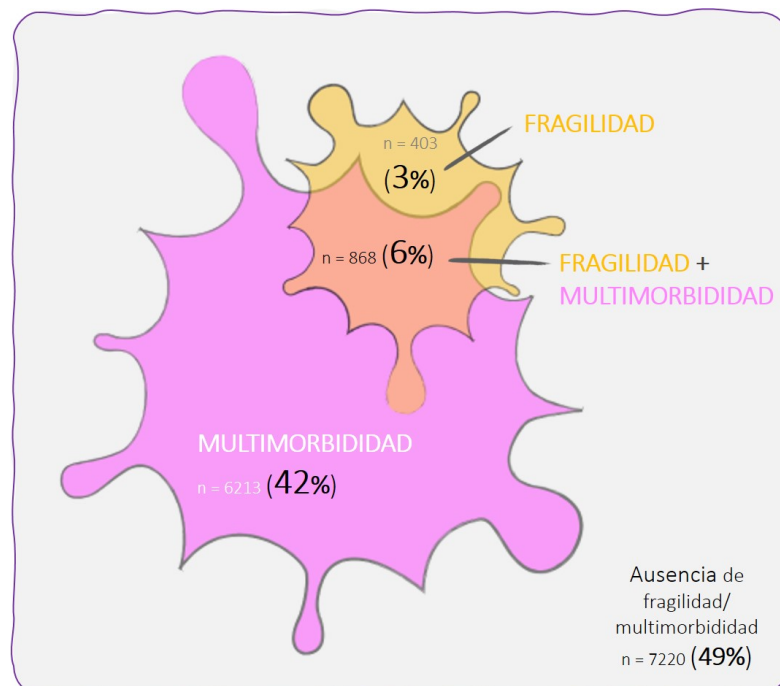
En segundo lugar, es necesario consensuar un **modelo de atención único y compartido**, con el objetivo de garantizar que, independientemente del lugar donde la persona sea atendida, se preserve un enfoque centrado en la persona —que incluya sus valores y preferencias, pero también sus necesidades. Ello requiere un conocimiento compartido y herramientas comunes, así como un marco de prácticas colaborativas entre organizaciones, equipos y profesionales.

## 4.1 La multimorbilidad como realidad heterogénea y prevalente



Los sistemas de salud han sido orientados a dar respuestas reactivas desde una perspectiva enfocada a dar respuestas únicas a enfermedades únicas.<sup>70</sup> Esta realidad está quedando caduca ante la realidad epidemiológica cada vez más frecuente de personas que conviven con dos o más problemas de salud crónicos; es decir: personas con **multimorbilidad** —entendida como “cualquier combinación de una enfermedad crónica con al menos otra enfermedad (aguda o crónica) o un factor biopsicosocial (asociado o no) o un factor de riesgo”.<sup>71</sup>

Desde esta perspectiva, cualquier determinante biopsicosocial, cualquier factor de riesgo, la red social, la carga producida por las enfermedades, el uso de recursos sanitarios, la presencia concurrente o no de problemática social y las estrategias de afrontamiento de la persona pueden actuar como modificadores de los efectos de la multimorbilidad, y conducir, así, a más discapacidad o fragilidad o a menos calidad de vida. Hay una relación estrecha entre **fragilidad y multimorbilidad**: habitualmente, los individuos más frágiles tienen multimorbilidad, si bien no todas las personas con multimorbilidad tienen fragilidad<sup>72</sup> (figura 6).



**Figura 6:** Intersección entre fragilidad y multimorbilidad (datos combinados de 9 estudios de personas que viven a la comunidad; n = 14704).

Fuente: elaboración propia, basado en *Vetrano et al.*<sup>72</sup>

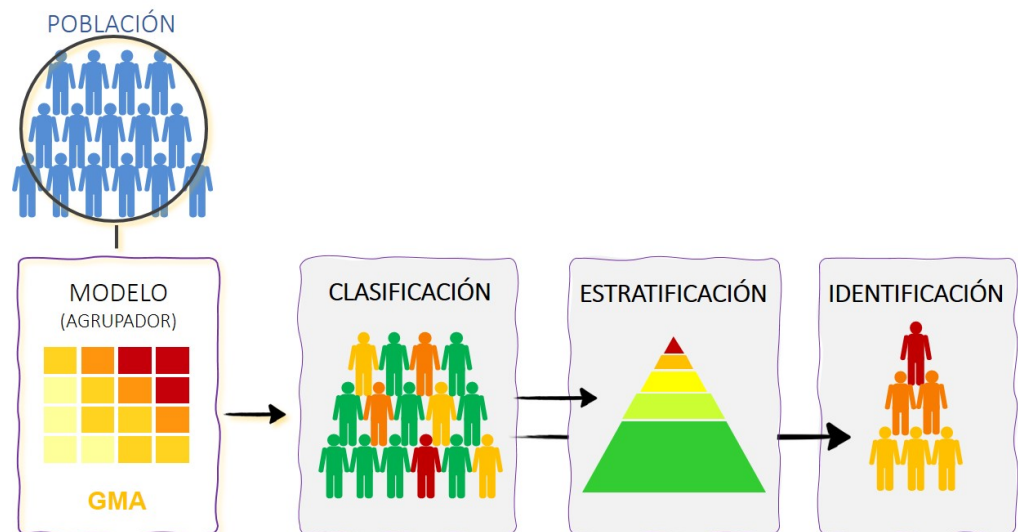
Las personas con multimorbilidad son los protagonistas de más de la mitad de ingresos hospitalarios y del 75% de las prescripciones farmacéuticas. Pero esta es una realidad todavía incipiente: estudios recientes apuntan que seguirá creciendo el número de personas con multimorbilidad. La cifra de personas con cuatro o más problemas de salud crónicos se doblará de aquí al año 2035 —y dos terceras partes de estas personas tendrán problemas mentales (deterioro cognitivo, demencia y/o depresión).<sup>73</sup>





En Cataluña es posible monitorizar el grado de multimorbilidad de la población por medio de los módulos para el seguimiento de indicadores de calidad (MSIQ). Entre mucha otra información disponible, resultan especialmente útiles los *grupos de morbilidad ajustados* (GMA), que aportan tres tipos de información (figura 7):

- Permiten **clasificar la población** en grupos de morbilidad únicos (población sana, embarazo y parte, enfermedad aguda, enfermedad crónica en 1, 2-3, o 4 sistemas, o personas con neoplasia activa), que al mismo tiempo se dividen en 5 niveles de gravedad.
- Permiten **estratificar la población**, asignando un valor único de complejidad a cada individuo. Este valor refleja las necesidades asistenciales que pueden tener las personas, a partir de los problemas de salud que sufren.
- Finalmente, permiten **identificar a las personas** que sufren determinados problemas de salud relevantes (por ejemplo, diabetes de tipo II, neoplasias, hipertensión arterial, artritis o depresión), lo que facilita el seguimiento de las personas que tienen una mayor complejidad asistencial.



**Figura 7:** Utilidades de los GMA. Fuente: Emili Vela

Si bien la identificación de una persona requiere necesariamente de la validación/valoración por parte de los profesionales, los sistemas de información pueden ser de gran ayuda como elemento de apoyo en este proceso. En ese sentido, algunos escenarios de **cribado en 2 etapas** (propuesta de identificación a partir de los sistemas de información y validación posterior por parte de los profesionales) pueden ser de utilidad.



- La **Guía sobre multimorbilidad** del Instituto Nacional para la Salud y la Excelencia en el Cuidado del Reino Unido (**NICE**) hace énfasis en las necesidades siguientes:<sup>74</sup>
  - Identificar a las personas en situación de multimorbilidad.
  - Valorar su condición de fragilidad.
  - Elaborar un plan individual de atención de acuerdo con los valores, las preferencias y los objetivos de la persona.
  - Revisar la pauta farmacológica y su cumplimiento.
  - Fomentar la coordinación de la atención entre servicios para estas personas.
- Desde una **perspectiva individualizada**, el concepto de fragilidad (identificación, evaluación y abordaje) se puede convertir en una forma tangible y útil para la práctica asistencial de los profesionales para dar respuesta a las personas con multimorbilidad.<sup>75</sup>
- Desde un punto de **vista poblacional**, es necesario comprender mejor la epidemiología de la multimorbilidad, así como seguir avanzando en la segmentación de la población según sus necesidades de atención, con el objetivo de desarrollar intervenciones para prevenirla, reducir la carga y alinear los servicios de atención sanitaria más estrechamente con las necesidades de los pacientes.<sup>76</sup> En ese sentido, la utilización de bases de datos sanitarias y sociales para examinar la distribución de la multimorbilidad en relación con la edad y la privación socioeconómica y la relación entre comorbilidad de trastornos físicos y psíquicos y privaciones es un elemento de vital importancia en la planificación estratégica de como es debido afrontar este reto.

## 4.2 La fragilidad como concepto transversal en la valoración de las personas mayores y/o con problemas de salud crónicos

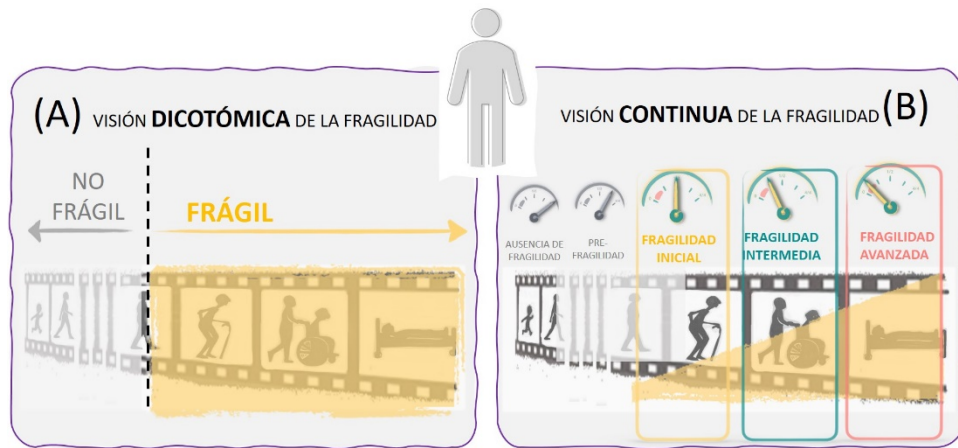


La fragilidad es una **entidad multidimensional** que se define como un estado de “vulnerabilidad” ante factores estresantes. Está condicionada por la limitación de los mecanismos compensadores que sitúa el individuo en una posición de alto riesgo de malos resultados de salud, como: discapacidad, institucionalización, hospitalización, estancias hospitalarias prolongadas, reingresos, caídas, resultados adversos ante algunas intervenciones específicas (por ejemplo, quimioterapia o intervenciones quirúrgicas), y, especialmente, incremento de mortalidad. La fragilidad puede ser considerada también un **problema de salud crónico**, ya que se puede mejorar, pero no se puede curar; es progresiva, aunque puede haber crisis episódicas; impacta negativamente en la experiencia del paciente, y condiciona costes, tanto a escala individual como para las organizaciones.

Aunque hay un cierto consenso que la **prevalencia poblacional** de fragilidad en personas de más de 65 años es próxima al 10%, no hay unanimidad en los datos respecto de las tasas de prevalencia de fragilidad en la población, probablemente, a causa de diferencias en la conceptualización y la medida de la fragilidad.<sup>78-81</sup>

### 4.2.1 Utilidad del concepto de *fragilidad* en la práctica asistencial

Aunque entre los expertos hay un amplio consenso sobre la **necesidad de valorar la fragilidad** de una persona, impera todavía cierta controversia sobre su abordaje operativo por la amplitud del concepto.<sup>82-85</sup> Así, la fragilidad se puede plantear como una realidad dicotómica (“¿es o no es frágil, aquella persona?” -figura 8A-), o como una realidad continua (“¿cómo de frágil es aquella persona?” -figura 8B-).

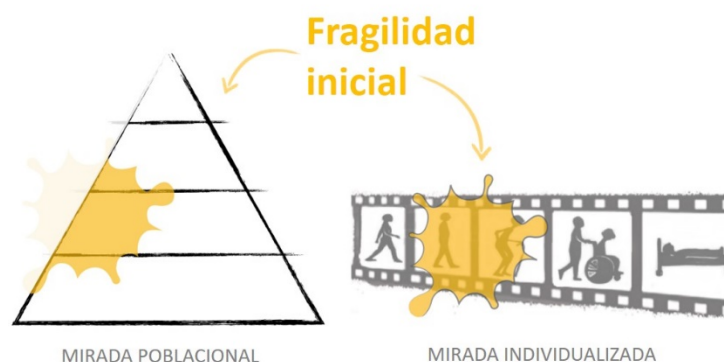


**Figura 8.** Espectro de la fragilidad: (A) Visión dicotómica-sindrómica, (B) Visión continua. Fuente: elaboración propia.

Es plausible pensar, pues, que, dependiendo de los objetivos de la evaluación de la fragilidad, sean necesarias herramientas diferentes, ya que no todas las herramientas sirven para todas las situaciones:

#### A. Cribado de personas en situación de riesgo de desarrollar discapacidad

La **fragilidad** —especialmente cuando esta está en una **fase inicial**— es potencialmente **reversible**. Tiene sentido, por lo tanto, intentar **identificar a las personas con prefragilidad o fragilidad inicial en situación de riesgo de desarrollar discapacidad** a fin de que se puedan beneficiar potencialmente de **acciones preventivas** (figura 9). En ese sentido, hay múltiples evidencias (algunas desarrolladas en nuestro entorno)<sup>86,87</sup> sobre los beneficios de programas de intervención —especialmente cuando estos se hacen desde un **abordaje integral** y una **intervención multicomponente**.<sup>88</sup>



**Figura 9.** Ámbito poblacional de interés del cribado de personas con fragilidad inicial. Fuente: elaboración propia.

Por este motivo, actualmente en Cataluña se está desarrollando **una propuesta de prevención de discapacidad y promoción de la autonomía personal**, de forma compartida entre el Departamento de Salud y el de Trabajo, Asuntos Sociales y Familias (DTASF), que, además, se corresponde con una de las líneas del Plan de atención integrada social y sanitaria (PAISS). Este proyecto, que actualmente se ha iniciado en cinco territorios piloto y que se tendría que ir implementando progresivamente a lo largo de los próximos años en toda Cataluña, se enmarca también en el *proyecto europeo APTITUDE*.



Esta aproximación, basada en el enfoque sindrómico clásico de fragilidad de Fried,<sup>89</sup> requiere de herramientas de cribado poblacional (habitualmente dicotómicas) que permitan identificar precozmente a estas personas. Algunas herramientas útiles para este objetivo son: los test funcionales (el *Timed Up and Go*, la *velocidad de la marcha* o la medida conocida como *Short Physical Performance Battery* -SPPB- por ejemplo), la escala *FRAIL* o la herramienta de cribado de fragilidad del Gérontopôle o *Gérontopôle Frailty Screening Tool (GFST)* (tabla 4)<sup>90-95</sup>

Persona de <b>65 y más años</b> , autónomos (AVD $\geq 5/6$ o <b>Barthel <math>\geq 90</math></b> ), sin ninguna			
	Sí	No	No lo sé
¿El paciente <b>vivo solo</b> ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿El paciente ha <b>perdido peso</b> de manera involuntaria en los últimos 3 meses?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿El paciente se encuentra <b>más cansado</b> en estos últimos 3 meses?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿El paciente tiene más <b>dificultades de movilidad</b> en estos últimos 3 meses?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿El paciente se queja de <b>problemas de memoria</b> ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
El paciente tiene una <b>velocidad de marcha lenta</b> ¿(más de 4 segundos para recorrer 4 metros)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Si ha contestado SÍ a una o más de estas preguntas:</b>			
<b>¿Parece que el paciente es frágil?</b>		SÍ <input type="checkbox"/>	
		NO <input type="checkbox"/>	

**Tabla 4:** Gérontopôle Frailty Screening Tool. Fuente: Adaptado de <http://frailty.net/frailty-toolkit/diagnostic-tools/looking-for-frailty-in-community-dwelling-older-persons-the-gerontopole-frailty-screening-tool-gfst-2/>

Finalmente, a lo largo de estos últimos años, se han realizado propuestas de cribado poblacional de fragilidad mediante la utilización de los datos almacenadas en los **sistemas de información**, donde el índice de fragilidad electrónico (**eFI**, sigla inglesa) es el test con más evidencia.<sup>96</sup>

En Cataluña se está trabajando para desarrollar una adaptación del eFI (eFragicap).

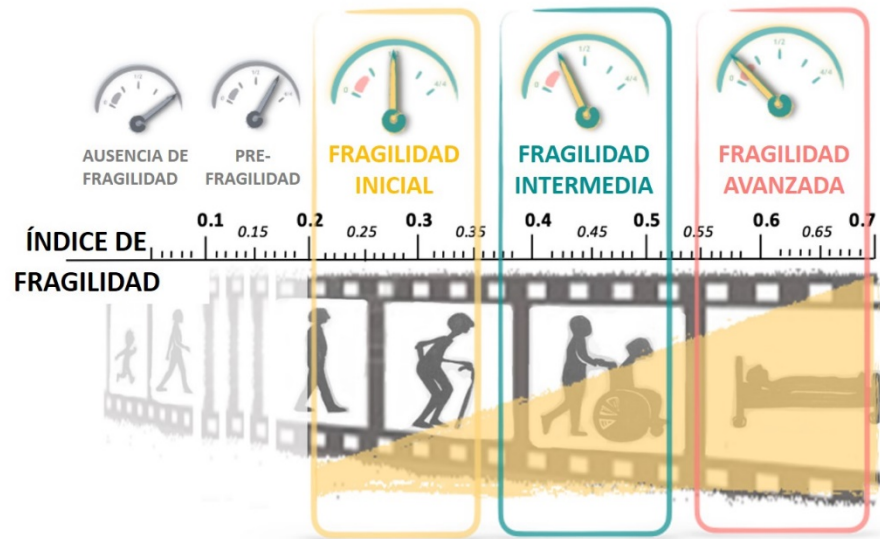


La mayor parte de programas de atención a las **personas con fragilidad inicial y prevención de discapacidad** y de **riesgo de caídas** recomiendan incorporar los aspectos siguientes:<sup>82,91,173-177</sup>

- El **cribado** (proactivo u oportunista) de estas personas.
- Una **valoración multidimensional** de la persona.
- **Un plan de atención individualizado o intervención multicomponente**, que tenga en cuenta los elementos siguientes:
  - Intervención sobre los problemas de salud, los síndromes geriátricos y la revisión de la medicación.
  - Ejercicio físico. En ese sentido, el programa con más evidencia publicada y avalado por la OMS es el *Vivifrail*.<sup>102</sup>
  - Intervenciones nutricionales. En el *Documento de consenso para el abordaje comunitario de la desnutrición relacionada con la enfermedad crónica en personas con complejidad clínica* se pueden encontrar algunas de las claves.
  - Relaciones sociales y participación.
- **Evaluación de resultados** alcanzados y establecimiento de planes de mejora.

## B. Evaluación del grado de reserva de las personas

Si el objetivo es **valorar el grado de reserva de una persona o diagnóstico situacional** habrá que hacer un abordaje multidimensional que valore tanto el grado de fragilidad de la persona como su evolución en el tiempo. Dicho de otra manera: si al nacer habitualmente disponemos de un “depósito de salud” lleno, a medida que se acumulan enfermedades y condiciones crónicas, este depósito se va vaciando y nos volvemos progresivamente más vulnerables. El grado de fragilidad proporciona, pues, una aproximación a “la edad biológica” de una persona, que no siempre es equivalente a su “edad cronológica” (edad en años), dado que no todas las personas acumulamos los mismos problemas de salud ni lo hacen a la misma velocidad (figura 10).



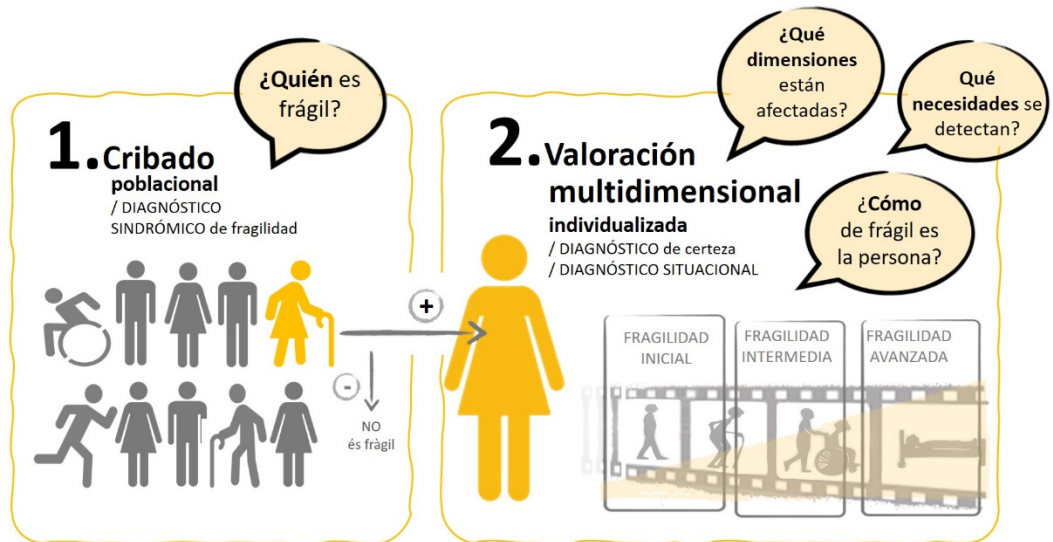
**Figura 10.** Grado de fragilidad, índice de fragilidad y diagnóstico situacional.  
Fuente: elaboración propia.



En la práctica clínica, el estándar de referencia de la aproximación a los pacientes complejos y con fragilidad es la **valoración geriátrica integral** (VGI),<sup>103</sup> a pesar de que, tanto las *escalas clínicas de fragilidad* como los **índices de fragilidad** (figura 10) pueden ser útiles en la medida del grado de reserva de las personas.

En Cataluña se ha desarrollado un índice de fragilidad basado en la VGI (*Índice Frágil-VIG*),<sup>104,105\*</sup> que ha demostrado ser una herramienta sencilla (con respecto al contenido), rápida (en el tiempo de administración), con una buena capacidad discriminadora (con relación a los diferentes grados de fragilidad) y predictiva (con elevada correlación con la mortalidad).

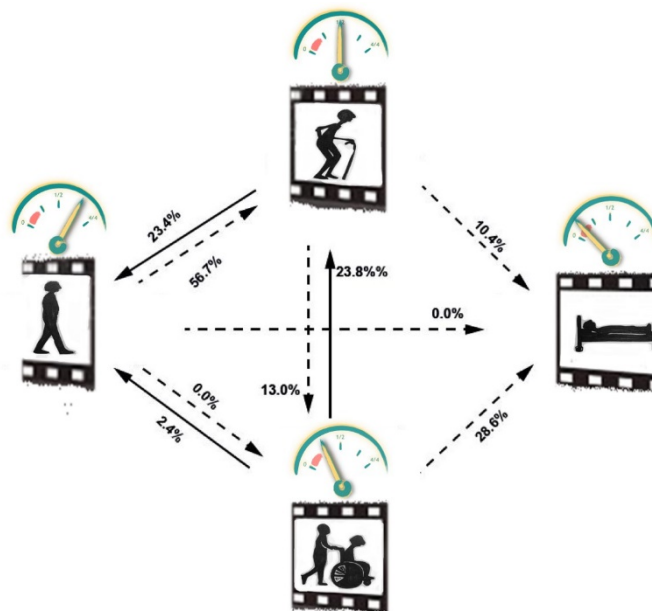
Estos **dos enfoques del concepto de fragilidad** no sólo no son incompatibles, sino que son absolutamente complementarios. Así, por ejemplo, en la práctica asistencial, se podría plantear una propuesta secuencial en la utilización de la fragilidad: 1) cribado poblacional de personas frágiles, y 2) valoración multidimensional para conocer el grado de fragilidad (figura 11):



**Figura 11.** Ejemplo de las utilidades del concepto de *fragilidad* en la práctica asistencial. Fuente: elaboración propia.

### 4.2.2 La fragilidad como realidad dinámica

La condición de fragilidad dista mucho de ser una realidad estática: a lo largo de la vida de las personas se llevan a cabo **múltiples transiciones** entre la no fragilidad y la fragilidad, así como entre los diferentes estadios de fragilidad (figura 12).



**Figura 12.** Transiciones entre diferentes grados de fragilidad en una cohorte de personas frágiles seguídas a lo largo de un año. Adaptado de Marchiori GF *et al.*<sup>106</sup> Se puede constatar los porcentajes de personas que han pasado de un grado de fragilidad a otro a lo largo del periodo de seguimiento.

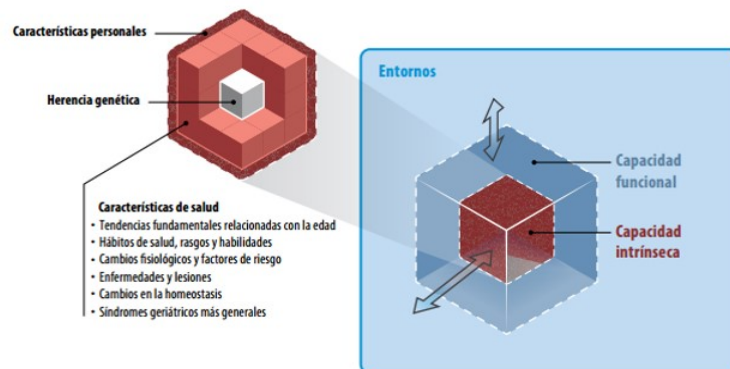


Este hecho resulta especialmente relevante, ya que justifica plenamente las intervenciones asistenciales destinadas a revertir la situación de fragilidad, o, cuando menos, para tratar de ralentizar el proceso de “fragilización”.

### 4.2.3 Fragilidad, capacidad funcional y capacidad intrínseca

El informe mundial de 2015 sobre el envejecimiento y la salud de la OMS,<sup>12</sup> mencionado antes, pone encima de la mesa la necesidad de promocionar un envejecimiento saludable para la población, mediante la incentivación, el desarrollo y el mantenimiento de la capacidad funcional, como elemento clave para facilitar el bienestar de las personas.

En aquel documento define **capacidad funcional** como los atributos relacionados con la salud que permiten a una persona ser y hacer lo que es importante para ella. La capacidad funcional consiste en la capacidad intrínseca de la persona, las características del entorno que afectan a esta capacidad y las interacciones entre la persona y estas características. Se define **capacidad intrínseca** como la combinación de todas las capacidades físicas y mentales que un individuo puede alcanzar (figura 13).



**Figura 13.** Representación esquemática de los conceptos de capacidad funcional y capacidad intrínseca. Fuente: OMS.<sup>12</sup>

Así, **por ejemplo**, podríamos decir que una persona con hipoacusia tiene disminuidas las capacidades intrínsecas auditivas; eso condiciona también sus capacidades funcionales, ya que limita su habilidad para relacionarse con el entorno. La utilización de un audífono, si bien no modificaría su capacidad intrínseca, sí que mejoraría su capacidad funcional para interactuar con el medio.

**En la práctica** se puede definir la *capacidad intrínseca* como la “otra cara de la moneda” de la fragilidad (figura 14): si la *fragilidad* representa los déficits acumulados, la *capacidad intrínseca* representa el “grado de reserva” de una persona. Al hablar de *capacidad intrínseca*, la OMS pretende hacer más énfasis en el concepto de preservación de capacidades que en las pérdidas o los déficits adquiridos.<sup>107</sup>

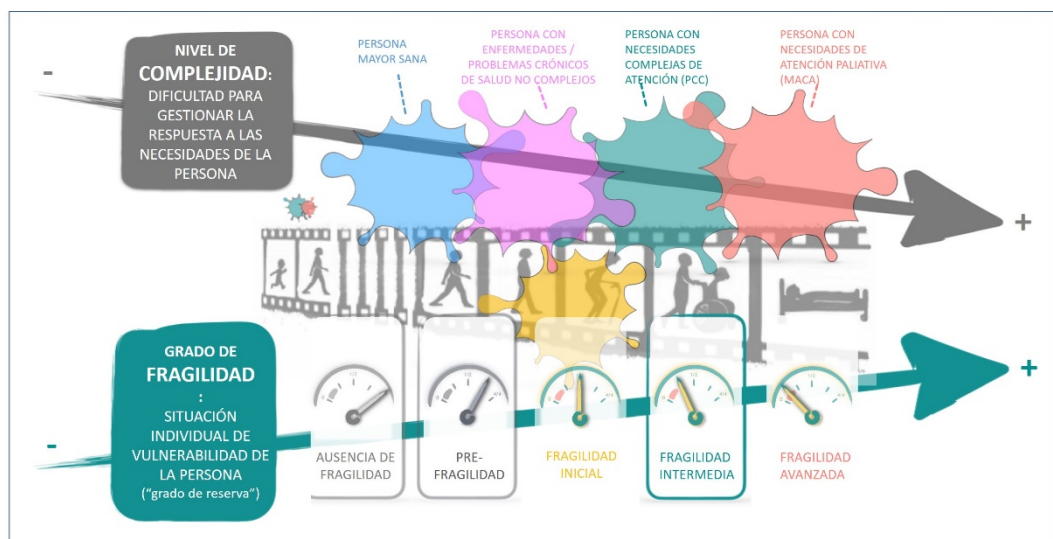


**Figura 14.** Visiones complementarias de los conceptos de *fragilidad* y de *capacidad intrínseca*. Fuente: elaboración propia.

#### 4.2.4 Relación conceptual entre fragilidad y complejidad

Si bien conceptos como fragilidad, multimorbilidad, complejidad, PCC o MACA son a menudo conceptos entrelazados y que ya forman parte de la realidad diaria de los profesionales de Cataluña, no son conceptos sinónimos, ni tampoco son realidades excluyentes.

Así, **desde la óptica de la persona** y atendiendo a su vulnerabilidad, el continuum va desde la persona robusta a la persona con fragilidad avanzada. Desde una **óptica sistémica**, el continuum progresa desde el estado propio de una persona sana a su posible identificación como MACA, pasando por estadios de cronicidad con diferente nivel de complejidad y teniendo en cuenta que la situación de complejidad suele estar relacionada con las dificultades para gestionar la respuesta a las necesidades de las personas, ya sean estas por parte de la propia persona, del entorno o del sistema (figura 15).<sup>108</sup>



**Figura 15.** Continuum de la fragilidad y la complejidad. Adaptado de Limón E, *et al.*<sup>108</sup>



- Hay consenso en las oportunidades que ofrece la **fragilidad como elemento nuclear** de la práctica clínica, la investigación y la planificación asistencial en la atención a las personas mayores.<sup>85,109,110</sup>
- Se aboga, pues, para incorporar la fragilidad como **concepto transversal** que hay que tener presente en cualquier plan, programa e intervención dirigido a las personas mayores, que van desde la prevención de discapacidad hasta las personas con necesidades complejas de atención y necesidades paliativas.<sup>97,111,112</sup>

### 4.3 Personas con necesidades complejas de atención o cronicidad compleja (PCC)



La **complejidad** en salud es tan difícil de abordar como de acotar, y está condicionada por múltiples capas o dimensiones que responden a diferentes circunstancias, como sus características de multimorbilidad, la incertidumbre clínica o la dificultad en la toma de decisiones. Por otra parte, se presentan otras cuestiones no sanitarias, que, sin embargo, están directamente relacionadas con la persona y su entorno (condiciones sociales, red comunitaria, dependencia, etc.). Eso permite distinguir **tres dimensiones de complejidad** (figura 16): la complejidad clínica, la complejidad contextual y la complejidad del mismo sistema asistencial.



**Figura 16.** Dimensiones de la complejidad en la atención de salud.

Adaptado de Kuipers *et al.*<sup>113</sup>

### La complejidad clínica



Hace referencia a la interacción entre una multitud de factores relacionados con la enfermedad; por ejemplo: el diagnóstico, la gravedad de la afección, la presencia de síntomas de difícil control, la multimorbilidad y el grado de discapacidad que se pueda derivar.<sup>114,115</sup> Para los profesionales de la salud, estos factores suelen condicionar la complejidad clínica, en relación con dos circunstancias que están íntimamente relacionadas entre sí:<sup>58</sup> la dificultad para el diagnóstico de precisión y la dificultad para la toma de decisiones.

### La complejidad contextual (social, psicosocial y familiar)



Hace referencia a las necesidades sociales y al malestar psicosocial generado por la enfermedad, que pueden agravar o dificultar la gestión de la complejidad sanitaria, así como la funcionalidad social de riesgo (o disfuncional) para atender las necesidades de salud con/en la misma red de soporte social por el impacto de factores de riesgo social y psicosocial presentes en una o más de las áreas siguientes:

- Área de organización del cuidado
- Área de la unidad familiar y/o entorno cuidador
- Área de la cohesión familiar y clima afectivo
- Área de las condiciones estructurales, seguridad, confortabilidad y privacidad
- Área de la red relacional
- Área del entorno (comunidad y acceso al domicilio)

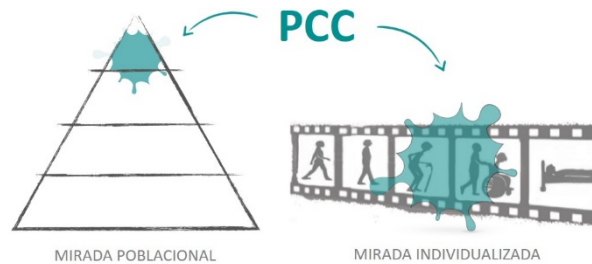
### Complejidad relacionada con el sistema asistencial



Paradójicamente, y vistas las múltiples respuestas posibles al reto de la complejidad,<sup>116-118</sup> el sistema mismo puede acabar convirtiéndose en una fuente de complejidad, y no necesariamente resoluble con una dotación mayor de servicios,<sup>119</sup> de hecho, a menudo, un incremento de servicios y profesionales puede acabar generando complejidad, por la creación de múltiples vías que pueden resultar confusas, respuestas no coordinadas, duplicidades y lagunas en el continuum asistencial.<sup>113</sup> Afrontar esta complejidad no es factible a partir de modelos estándar, y requiere soluciones creativas, flexibilidad, versatilidad, capacidad de innovación y una base común de conocimiento compartido.<sup>120</sup> A partir de esta realidad multidimensional de la complejidad, se hace evidente que la respuesta a las necesidades de atención a estas personas requiera —con coherencia, y en más o menos grado— este triple enfoque.

De alguna manera, constatamos, pues, que la complejidad no es sólo una realidad limitada e inherente al individuo, sino que también es un fenómeno coyuntural y, hasta cierto punto, perceptivo: algo que “es vivido como complejo”, tanto por dificultad de la persona mismo —o su entorno— para poder gestionar las necesidades propias como por las dificultades para garantizar la respuesta por parte de los profesionales y los sistemas de salud.<sup>121</sup>

Según el consenso de expertos recogido en el **TERMCAT** (el centro de terminología de la lengua catalana),<sup>122</sup> el **concepto de complejidad** responde a aquella situación que refleja la dificultad de gestión de la atención de una persona y la necesidad en aplicarle planes individuales específicos, a causa de la presencia o la concurrencia de enfermedades, de su manera de utilizar los servicios o de su entorno. La presencia de necesidades complejas de atención son el nexo común de este grupo de personas —que se estima que son aproximadamente el 4% de la población— en las cuales se propone el identificador **PCC** (figura 17).



**Figura 17.** PCC: mirada poblacional y mirada individualizada. Fuente: elaboración propia.

### 4.3.1 Criterios para la identificación de PCC



No hay un instrumento específico para el cribado poblacional de pacientes crónicos complejos (PCC). La identificación se fundamenta en la **presencia de criterios** —basados en el consenso de expertos y los resultados de estudios epidemiológicos previos—,<sup>27</sup> en alguna de las tres dimensiones de la complejidad, que se resumen en la tabla 5.

Problemas relacionados con la <b>situación clínica</b> de la persona	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>Multimorbilidad.</b> Patología crónica <b>única grave o progresiva.</b> Enfermedades minoritarias.</li> <li>▪ <b>Evolución dinámica.</b></li> <li>▪ Aparición de <b>síndromes geriátricos</b> con criterios de gravedad/progresión (polimedicación, determinante cognitivo, fragilidad...).</li> <li>▪ <b>Síntomas</b> persistentes intensos y refractarios.</li> <li>▪ <b>Alta utilización de servicios</b> o consumo de recursos. Alta probabilidad de sufrir descompensaciones.</li> <li>▪ Clasificación dentro del <b>grupo de 5% de más riesgo según el grupo de morbilidad agrupada.</b></li> </ul>
Criterios del <b>ámbito social/contextual</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>Situación social de riesgo o disfuncional</b> para atender las necesidades en una más de las áreas siguientes:</li> <li>▪ Organización del cuidado.</li> <li>▪ Unidad familiar y/o entorno cuidador.</li> <li>▪ Cohesión familiar y clima afectivo.</li> <li>▪ Condiciones estructurales, seguridad, confort o privacidad.</li> </ul>
Relacionados con <b>profesionales</b> y el <b>sistema asistencial</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>Beneficio de gestión multidisciplinar.</b> Necesidad de diferentes dispositivos.</li> <li>▪ <b>Incertidumbre en las decisiones y las dudas de gestión</b> entre diferentes profesionales o equipos en su gestión.</li> <li>▪ Beneficio de <b>estrategias de atención integrada.</b></li> </ul>

**Tabla 5.** Criterios para la identificación de los PCC, agrupados por dominios de complejidad

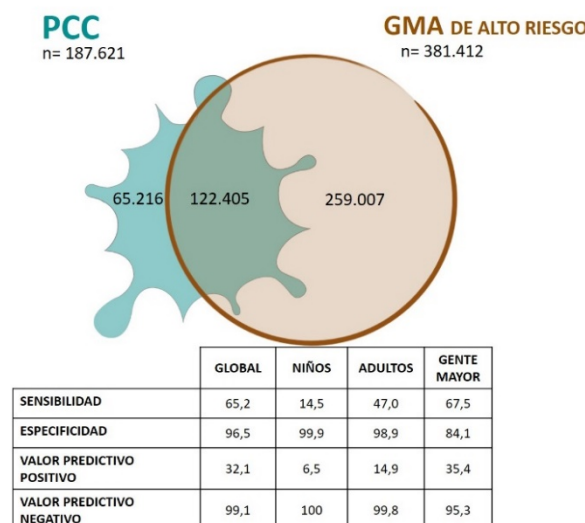
No hay ninguna **pauta inequívoca** sobre cuántos o qué criterios o la combinación de cuáles de estos hay que cumplir para ser considerado un PCC. Hay que cumplir bastantes criterios para que el profesional referente considere que la gestión del caso es especialmente difícil, y, por lo tanto, valide de forma clínica e identifique, de acuerdo con la persona, que es un PCC. Una persona que no tenga ninguno de estos criterios es realmente difícil que pueda presentar necesidades complejas de atención.

### 4.3.2 Estratificación de la complejidad a partir de los sistemas de información

Los trabajos epidemiológicos que se han llevado a cabo permiten calcular que aproximadamente entre un 3-5% de la población está en situación de complejidad. En este sentido, es especialmente destacable la aportación que hacen los **modelos de estratificación** basados en **agrupadores de morbilidad** que permiten identificar subpoblaciones de alto interés con respecto a alta mortalidad, hospitalización, frecuentación de atención primaria y consumo de farmacia. Son personas que presentan, pues, altas necesidades de atención y también de coste, motivo por el cual fueron llamadas *High Needs High Cost* ('altas necesidades y alto coste').

Es evidente que la utilización aislada de la estratificación tiene limitaciones por el gran número de variables —algunas de las cuales no están disponibles actualmente en los sistemas de información (por ejemplo, muchas variables sociales)— que se relacionan con una situación de complejidad. Aun así, pueden ser de utilidad para los profesionales, vista su fiabilidad en relación con la dimensión de complejidad clínica.<sup>123</sup>

Así, por ejemplo, existe una alta **correlación entre los GMA de alto riesgo y la identificación como PCC**: casi dos tercios de las personas identificadas como PCC estarían en el grupo de GMA de más riesgo (figura 18).



**Figura 18.** Relación de la población en situación de complejidad y la población con GMA de alto riesgo. Fuente: CatSalut.



Cualquier propuesta específica de atención a las personas en situación de complejidad requerirá incorporar esta **triple mirada de la complejidad** (clínica, social y de sistema), así como la necesidad de individualizar el enfoque asistencial.

El **modelo de atención** a estas personas tiene que incorporar necesariamente **cuatro elementos** clave para garantizar una atención de calidad<sup>58,113,123,124</sup> (véase el apartado 5 de este mismo documento): identificación o cribado proactivo, diagnóstico situacional o valoración multidimensional, elaboración de un plan de atención individualizado y compartición de esta información con los equipos que atenderán a estas personas.

Uno de los elementos clave en este grupo poblacional es el abordaje nutricional. Algunas de las claves sobre este aspecto se pueden encontrar en el *Documento de consenso para el abordaje comunitario de la desnutrición relacionada con la enfermedad crónica en personas con complejidad clínica*.

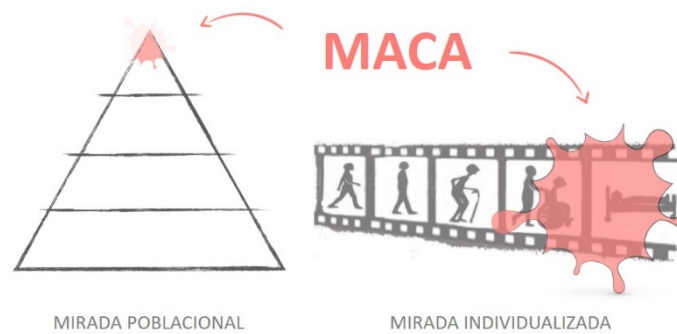
#### 4.4 Personas con necesidades paliativas o cronicidad avanzada (MACA)



El **proceso hacia el final de vida**, entendido como la última fase del ciclo vital, que puede oscilar entre pocos días hasta muchos meses o algún año, también está condicionado por múltiples variables, es estrictamente individual y presenta un paradigma de la complejidad tal como lo hemos descrito: en estas personas, la complejidad está también determinada tanto por factores personales (vista la coexistencia de múltiples problemas de salud crónicos, necesidades de salud, y por el comportamiento dinámico de estas necesidades) como por factores contextuales (el impacto emocional de todo el proceso, el apoyo familiar y social) y asistenciales (con respecto a organización y uso de recursos tales como la existencia de apoyo psicológico u otros).

Aproximadamente tres cuartas partes de la población en nuestro entorno morirá a consecuencia de una o varias **enfermedades crónicas avanzadas y progresivas**, después de un periodo evolutivo con crisis frecuentes, alta necesidad de demanda de atención y decisiones frecuentes de carácter clínico y ético, así como también alta frecuentación de servicios sanitarios y sociales.<sup>185-192</sup> Esta estrecha relación entre final de vida y enfermedad avanzada llevó a denominar a estas personas—que se estima que son aproximadamente el 1% de la población— con el nombre de personas con MACA (enfermedad crónica avanzada) (figura 19).





**Figura 19.** MACA: mirada poblacional y mirada individualizada.

Fuente: elaboración propia.

Las personas con MACA tienen en común la presencia —en diferentes intensidades— de **necesidades paliativas**, así como un pronóstico de vida limitado y/o de situación de proximidad al **final de la vida**, entendido este como la última fase del ciclo vital, que puede oscilar desde pocos días hasta muchos meses o algún año.

#### 4.4.1 Bases de la atención paliativa en el siglo XXI

La atención a las personas con problemas de salud crónicos avanzados está experimentando un **cambio de paradigma**<sup>133,134</sup> y paso de un enfoque básicamente centrado en personas con cáncer, en situación de últimas semanas o días y con visión dicotómica (tratamiento curativo en oposición a paliativo), a la identificación precoz de personas con necesidades paliativas, con un enfoque progresivo y sincrónico, y para cualquier enfermedad o problema de salud crónico avanzado. Los elementos clave de este cambio de paradigma se resumen en la tabla 6.<sup>134</sup>

Cambio de...	A...
Enfermedad terminal	Enfermedades crónicas avanzadas y progresivas
Identificación tardía y basada en pronóstico (pronóstico de semanas o meses)	Identificación precoz (identificación de personas con necesidades de atención paliativa y pronóstico de vida limitado)
Cáncer	Todos los problemas de salud crónicos avanzados y progresivos
Curso progresivo	Curso progresivo con crisis, necesidades y demandas frecuentes

Dicotomía curativo-paliativo (tratamiento específico o curativo)	Aproximación combinada, sincrónica y progresiva del enfoque curativo y paliativo (tratamiento específico y curativo según el momento y las necesidades)
El pronóstico como intervención de equipos específicos	La complejidad como criterio de intervención de estos equipos
Intervención rígida y unidireccional	Intervención flexible y compartida
Rol pasivo de las personas	Planificación de decisiones anticipadas
Servicios especializados de cuidados paliativos	Atención paliativa en todos los ámbitos del sistema sanitario y social
Atención fragmentada	Atención integrada

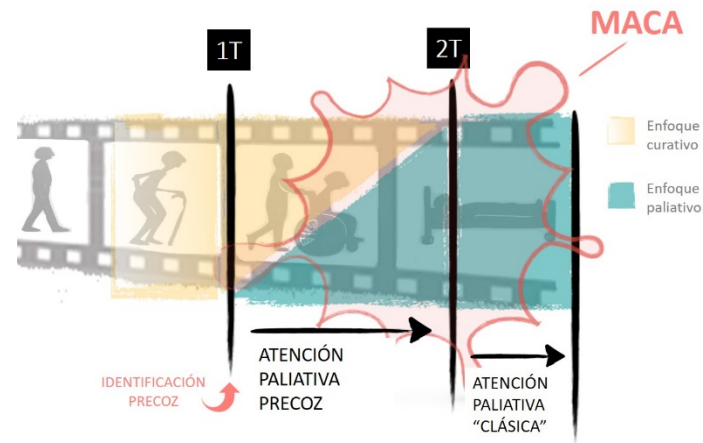
**Tabla 6.** Transiciones conceptuales de los cuidados paliativos en el siglo XXI.

Adaptado de Gómez-Batiste *et al.*<sup>134</sup>

#### 4.4.2 Identificación precoz de la situación de final de vida

Uno de los elementos clave de este cambio de paradigma radica en la **identificación precoz** de personas con necesidades paliativas, lo que ha demostrado que tiene múltiples beneficios: permite conocer las preferencias y los valores de los pacientes, con lo cual se acotan mejor los objetivos y se facilita el proceso de planificación de decisiones avanzadas.<sup>135</sup> También permite mejorar la calidad de vida y el control de síntomas, reduce la angustia, permite recibir un cuidado menos agresivo, reduce los gastos de atención, e, incluso, puede aumentar la supervivencia de la persona.<sup>136-138</sup>

Por otra parte, esta identificación precoz de personas con necesidades paliativas (sean cuales sean sus enfermedades o problemas crónicos de salud de base), ha abierto el abanico de las características de las personas que se pueden beneficiar de este planteamiento. Con el objetivo de facilitar el abordaje progresivo, no dicotómico, de la atención al final de la vida ajustado a las necesidades dinámicas de cada paciente, se han definido **dos transiciones** al final de la vida<sup>133</sup> (figura 20):



**Figura 20.** Dos transiciones (1T y 2T) al final de la vida y modelo progresivo de atención según las necesidades. Fuente: elaboración propia.

- Una **primera transición (1T)**, que responde a la cuestión “¿es posible que la persona muera en los próximos meses o años?”, y que se inicia en el momento del diagnóstico de situación de enfermedad avanzada, a menudo unos cuantos meses o algún año antes de su muerte. Esta identificación tendría que hacerse de forma proactiva, precoz y universal, por medio de instrumentos específicos diseñados para el cribado poblacional, con el objetivo de responder a las preguntas siguientes: ¿realmente estamos ante una situación irreversible?, ¿está optimizado el tratamiento de sus patologías de base?, ¿el entorno de apoyo es suficiente?, ¿puede empezar a beneficiarse de la aproximación paliativa?
- Una **segunda transición (2T)**, que responde a la cuestión “¿está la persona lo bastante enferma para poder morir los próximos días o semanas?”, y corresponde, pues, a la situación de últimos días o semanas de vida de la persona, es decir, la situación de **“terminalidad”**. Es importante que los profesionales estén en alerta ante la posibilidad de que un paciente haya podido entrar en esta segunda transición, ya que significa el punto de inflexión en el cual decidiremos que es necesario ir priorizando estrictamente la aproximación paliativa.

La **identificación precoz** de estas personas es el punto de partida necesario para un enfoque progresivo,<sup>133,139,140</sup> donde los cuidados paliativos se ofrecen a medida que se van desarrollando las necesidades, ya estén relacionadas con las enfermedades, con las características individuales de cada persona o con el entorno familiar o cuidador.



Ante la gran evidencia sobre los beneficios de este enfoque,<sup>136,137,140</sup> algunos países han desarrollado estrategias específicas y diferentes **instrumentos** para esta identificación precoz, como las guías *Prognostic Indicator Guidance* (PIG) del programa Gold Standards Framework (GSF) en Inglaterra,<sup>141</sup> *Supportive & Palliative Care Indicators Tool (SPICT)* en Escocia<sup>142</sup> o *Radboud Indicators for Palliative Care Needs (RADPAC)* en Holanda.<sup>143</sup>

En Cataluña, para la identificación precoz o el cribado de personas con cronicidad avanzada y necesidades paliativas (MACA), se utiliza el **instrumento NECPAL CCOMS-ICO**.<sup>134,144,145</sup> Este instrumento se basa en la respuesta negativa (“no me sorprendería”) a la **pregunta sorpresa** “*os Sorprendería que esta persona muriera a lo largo del próximo año?*” **asociada a** la detección de **criterios** de necesidades paliativas, pérdida funcional y/o nutricional, multimorbilidad, uso de recursos y/o criterios de gravedad y progresión de enfermedades avanzadas (en la figura 21 se puede ver la versión 4.0 del instrumento NECPAL CCOMS-ICO®).



**Figura 21.** Versión 4.0 del instrumento NECPAL. Fuente: Cátedra de Cuidados Paliativos UVic-UCC

La versión 4.0 del NECPAL permitirá distinguir entre diferentes grados de afectación de las personas con cronicidad avance y necesidades paliativas, a partir del número de criterios acumulados. Basado en el mismo concepto de acumulación de déficits de los índices de fragilidad, hay una relación directamente proporcional entre el número de criterios positivos y el pronóstico de mortalidad de la persona. Así, por ejemplo, una persona con un test NECPAL positivo con sólo 1-2 criterios es probable que esté en situación de primera transición de final de vida; mientras que una persona con 5-6 criterios probablemente estará en situación de segunda transición o terminalidad. Evidentemente, eso tendrá que ser corroborado con la realización

de una valoración multidimensional en profundidad.

Los trabajos epidemiológicos de **prevalencia** hechos en nuestro entorno<sup>5</sup> muestran que entre un **1% y un 1,5%** de la población de Cataluña puede tener necesidades paliativas y un pronóstico de vida limitado. De este tanto por ciento, prácticamente un 90% están a la comunidad (un 20% en el ámbito residencial). La mayor parte de estas personas están en relación con demencia y fragilidad avanzada (55%), seguido por las enfermedades de órgano (32%) y cáncer (13%).

La situación de final de vida no es, no obstante, ajena al ámbito hospitalario: hasta un 70% de las personas de los centros sociosanitarios pueden estar en situación de final de vida, con respecto a un 37% de las personas ingresadas en los hospitales de agudos.

#### 4.4.3 Complejidad y final de vida

El proceso hacia el final de la vida está condicionado por múltiples variables y es estrictamente individual,<sup>58</sup> y no todas las personas llegan a la situación de final de vida con las mismas circunstancias, ni por las mismas circunstancias, ni con las mismas necesidades, ni con la misma complejidad de atención por parte de los profesionales.<sup>113,146</sup> Si bien no todas las personas que llegan al final de su vida presentan complejidad asociada, muy a menudo cronicidad avanzada y complejidad van de la mano.



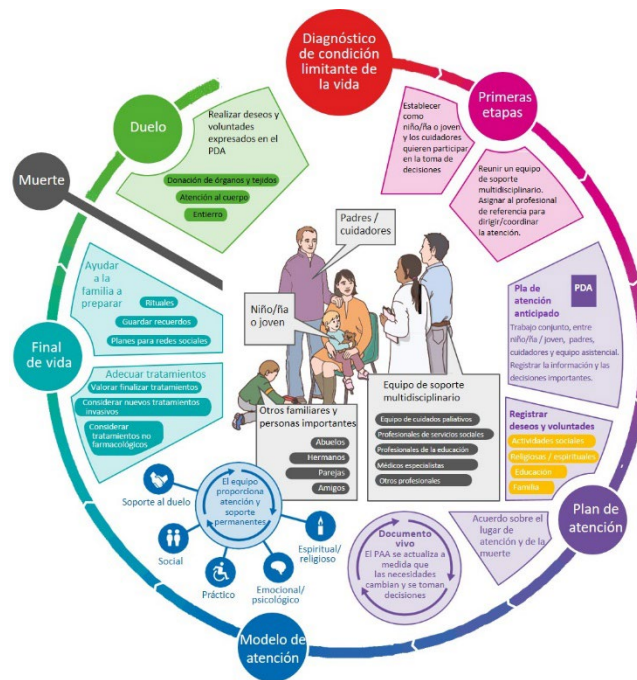
En este sentido, en Cataluña se ha desarrollado **el hexágono de la complejidad** (HexCom®2018), que es una herramienta facilitadora de la aplicación del modelo de cuidados —interdisciplinario e integral, centrado en la persona y su familia y/o el entorno cuidador— para la atención domiciliar de personas en situación de enfermedad avanzada y/o final de vida. Esta herramienta ha sido validada por diferentes niveles asistenciales<sup>147-149</sup> y dispone de tres instrumentos diferenciados: uno de extenso (Hex-Com-Clin®2018), orientado a la aplicación clínica; uno de reducido (HexCom-Red®2018), pensado para **facilitar la gestión/derivación entre niveles asistenciales según el nivel de complejidad** —i que se adoptará en Cataluña con este mismo objetivo—, y uno de detección/derivación rápida (HexCom-Det®2018).

#### 4.4.4 Atención paliativa pediátrica

De acuerdo con la **OMS**, los cuidados paliativos para niños consisten en el cuidado total activo del cuerpo, la mente y el espíritu del niño, y en la prestación de apoyo a la familia. Empiezan cuando se diagnostica la enfermedad y prosiguen en el margen de si el niño recibe tratamiento contra la enfermedad o no.

La **Asociación de Cuidados Paliativos para Niños del Reino Unido** (ACT) define los cuidados *paliativos para niños y jóvenes con problemas de salud que limitan*

o amenazan la vida o que presentan riesgo de muerte como el enfoque activo y total orientado a cuidar al niño desde el momento del diagnóstico o el reconocimiento del problema de salud y a lo largo de toda su vida y en su muerte. Comprende emociones físicas, emocionales, elementos sociales y espirituales y enfoques para la mejora de la calidad de vida del niño o el joven y el apoyo para la familia. Incluye la gestión de síntomas angustiantes, la provisión de descansos breves y la atención durante la muerte y el proceso de duelo (figura 22).



**Figura 22.** Atención al final de la vida en la población infantil y juvenil.

Fuente: traducido y adaptado de la guía: *End of life care for niños, children and young people with life limiting conditions: summary of NICE guidance*, BMJ 2016; 355, doi.org/10.1136/bmj.i6385. BMJ Publishing Group Ltd. no tiene ninguna responsabilidad sobre la exactitud de la traducción desde el original inglés y no es responsable de los errores que se hayan podido producir.



Teniendo en cuenta el documento *Bases para el desarrollo del modelo organizativo de atención integral en la población infantil y juvenil con necesidades paliativas y en situación de final de la vida* que publicó el Departamento de Salud el año 2018, en Cataluña se ha desarrollado el documento *Modelo organizativo de atención integral en la población infantil y juvenil con necesidades paliativas y en situación de final de vida*, que se publicará próximamente, donde se especifica la organización asistencial de la atención a la población infantil y juvenil con necesidades complejas, paliativas y en situación de final de vida.

El trabajo en red, de acuerdo con el grado de complejidad de cada caso, contribuye al reto de la eficiencia y la sostenibilidad del sistema sanitario público, a la mejor racionalización y a la utilización adecuada de recursos. También tiene que facilitar la mejora en la transferencia de conocimiento y la mejora de la innovación.

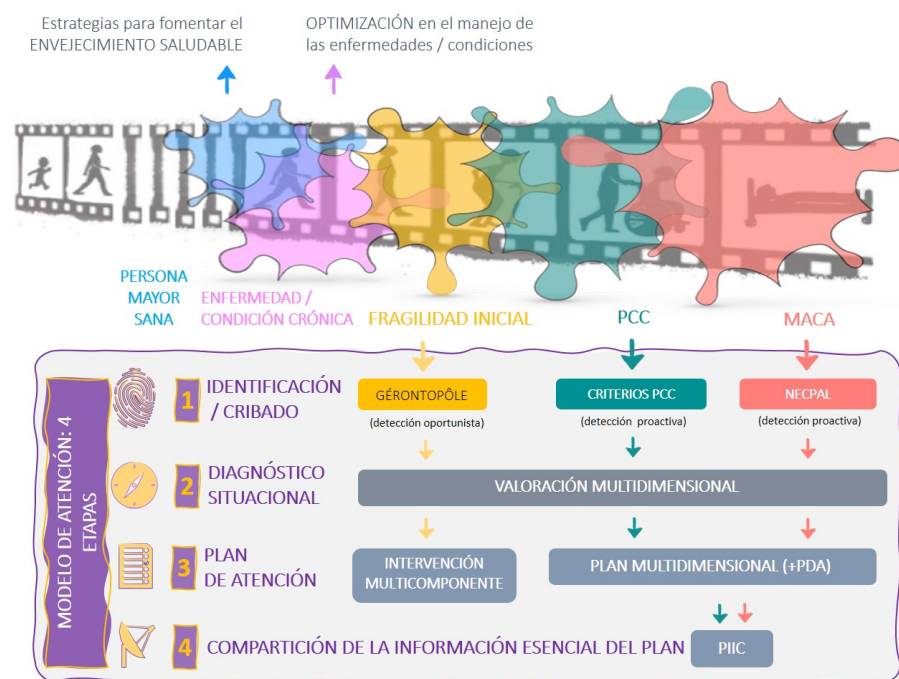


Las propuestas de éxito en la atención a las personas con necesidades paliativas y cronicidad avanzada tienen en común los aspectos siguientes:<sup>122,194-196</sup>

- La **identificación precoz** de personas con necesidades paliativas. Esta identificación precoz ha demostrado múltiples beneficios: permite conocer las preferencias y los valores de los pacientes, acotar mejor los objetivos y facilitar el proceso de **planificación de decisiones avanzadas** (PDA).<sup>135</sup> También permite mejorar la calidad de vida y el control de síntomas, reduce la angustia, permite recibir un cuidado menos agresivo, reduce los gastos de atención e incluso puede aumentar la supervivencia.<sup>136,137,13</sup>
- Va más allá de cuál sea la **patología y/o los problemas de salud crónicos** que condicionen las necesidades paliativas.
- Parte de la **aproximación comunitaria** a estas personas, con intervención de equipos especializados según la complejidad de necesidades.
- Garantiza la **accesibilidad** a los profesionales de referencia.
- La **planificación avanzada**, la toma de decisiones compartida y centrada en resultados que importan a las personas.
- En un **contexto asistencial integrado**, con trabajo colaborativo entre los profesionales de atención primaria y especializada, del ámbito social (incluyendo el tercer sector) y sanitario y con vocación interdisciplinaria.
- **Apoyo** a las familias y/o al entorno cuidador.
- El **modelo de atención** a estas personas tiene que incorporar necesariamente, también, **cuatro elementos** clave para garantizar una atención de calidad<sup>58,113,123,124</sup> (véase el apartado 5 de este mismo documento): identificación o cribado proactivo, diagnóstico situacional o valoración multidimensional, elaboración de un plan de atención individualizado y compartición de esta información con los equipos que atenderán a estas personas

# 5. Modelo de atención

Si bien todas las personas mayores y/o con problemas de salud crónicos se benefician de un enfoque individualizado y centrado en la persona, este documento quiere hacer un énfasis especial en **tres situaciones específicas** que se benefician del modelo de atención: las personas con **fragilidad inicial y riesgo de discapacidad**, las personas con **necesidades complejas de atención o cronicidad compleja (PCC)** y las personas con **necesidades paliativas o cronicidad avanzada (MACA)** (figura 23), por sus características específicas:



**Figura 23.** Resumen de las propuestas específicas para personas con fragilidad inicial, con necesidades complejas de con necesidades paliativas (MACA) para cada una de las etapas del modelo atención (PCC) o de atención.

Fuente: elaboración propia.

Todas estas personas, y más especialmente las personas con necesidades complejas de atención (PCC) o necesidades paliativas (MACA), tienen en común la necesidad de una aproximación eminentemente centrada en la persona, que trascienda la aproximación estrictamente protocolizada (figura 23).





**Figura 24.** Gestión de la incertidumbre y la complejidad. Adaptado de Amblàs et al.<sup>154</sup>

La medida de la complejidad clínica viene condicionada por el grado de evidencia sobre “qué le pasa a la persona” y sobre el grado de acuerdo sobre como es debido proceder ante aquella situación y la toma de decisiones (“qué hacemos?”):

Por ejemplo, ante una persona joven con un infarto agudo de miocardio (A), el diagnóstico suele ser sencillo y el protocolo de actuación claro está; aunque potencialmente puede ser una situación de mucha gravedad, esta no es una situación de alta complejidad con respecto a la toma de decisiones, y es fácil trazar una propuesta de actuación: en este ámbito, las guías de práctica clínica y las rutas asistenciales son marco de actuación que facilitan una buena praxis. Pero en el caso de una persona con complejidad clínica (B) vistos los múltiples problemas de salud crónicos y la tendencia a presentar descompensación de múltiples sistemas ante un proceso intercurrente, a menudo con presentaciones clínicas imprecisas —por ejemplo, bajada funcional o caídas de repetición—, la incertidumbre diagnóstica suele ser elevada. Ante estas situaciones, también la toma de decisiones suele generar incertidumbre, ya que difícilmente esta es protocolizable. Este grupo de personas se benefician de una propuesta o un modelo de atención estrictamente personalizado y adaptable a su situación y necesidades.

Estas personas requieren, pues, de un “vestido a medida” adaptado a sus características: es decir, de un **modelo de atención** específico, que consta de cuatro **etapas** (figura 25):



**Figura 25.** Modelo de atención facilitador de atención centrada en la persona.

Fuente: elaboración propia.



## ETAPA 1

### Identificación/cribado poblacional



Si bien la mayor parte de personas mayores o con enfermedades y problemas de salud crónicos requieren de una cierta personalización de las intervenciones, desde la perspectiva poblacional, hay **que focalizarse** sobre todo en aquellas personas que –por sus características y circunstancias– **más se puedan beneficiar de este modelo** de atención individualizado.

Tanto para las personas con fragilidad inicial como para aquellas con cronicidad compleja (PCC) o avanzada (MACA), se proponen estrategias específicas de cribado poblacional de personas con necesidades específicas:



#### Personas con **fragilidad inicial** o riesgo de discapacidad

En el marco del proyecto de prevención de discapacidad y promoción de la autonomía personal del PAISS –actualmente sólo en proceso de implementación en cinco territorios piloto– se propone utilizar el instrumento *Gérontopôle Frailty Screening Tool (GFST)* para el **cribado oportunista** de personas con fragilidad inicial o riesgo de discapacidad.<sup>95</sup>

Una vez identificada la persona, se tiene que **registrar en los sistemas de información** como ‘persona con fragilidad inicial’, con la codificación **R54**.



### Personas con necesidades complejas de atención o **cronicidad compleja (PCC)**

La identificación se fundamenta en la **presencia de criterios** (véase el apartado 4.3.1 de este documento), y se realiza a partir de un **cribado proactivo**.

Una vez identificada, **se registra** como **PCC** en los sistemas de información.



### Personas con necesidades paliativas o **cronicidad avanzada (MACA)**

Para la identificación precoz o **cribado proactivo** de personas con enfermedades avanzadas y necesidades de atención paliativa (MACA) se recomienda utilizar el **instrumento NECPAL**.<sup>135-138,153</sup>

Una vez identificada, **se registra** como tal en los sistemas de información. La identificación como persona con MACA es equivalente a la codificación internacional de atención paliativa (**V66.7** en la **CIM-9-MC**, **Z51.5** en la **CIM-10-MC** o **A99.01** en la CIAP-2), tal como se explica en el documento *Unificación de las codificaciones de cronicidad avanzada (MACA) y atención paliativa (V66.7 CIE-9 /z51.5 CIE-10)*.



- Aunque la evidencia actual no avala la realización de un cribado universal y proactivo de personas con fragilidad inicial, sí que hay consenso en los beneficios de cribado oportunista de personas mayores (con algunas características asociadas) que se puedan beneficiar de acciones potencialmente preventivas de discapacidad.<sup>81,155-157</sup>
- La identificación proactiva de personas con necesidades complejas de atención resulta imprescindible como punto de partida de la individualización del plan de atención.<sup>158-160</sup>
- La identificación precoz y proactiva de personas con necesidades paliativas ha demostrado múltiples beneficios, como ya se ha comentado previamente en el apartado 4.4.2.<sup>135-138</sup>



## ETAPA 2

### Diagnóstico situacional

A pesar de que la identificación de una persona como persona con fragilidad inicial, como PCC o como persona con MACA, ya implica una cierta aproximación multidimensional previa, el diagnóstico situacional requiere una valoración multidimensional y de necesidades más profundizada.



El concepto de *diagnóstico situacional*<sup>58</sup> hace referencia al resultado del **proceso de valoración multidimensional y de necesidades** que permite a los profesionales de determinar cuál es el **grado de reserva** o fragilidad de la persona atendida (*¿cómo de vulnerable es?, ¿en qué punto se encuentra de su trayectoria vital?*) (figura 27), así como cuáles son los **déficits o las dimensiones** afectadas y las **necesidades** a que hay que dar respuesta.

En este proceso diagnóstico es importante tener en cuenta tanto la situación en un momento del tiempo (*la “fotografía” de la situación; el grado de gravedad*) como su evolución dinámica (*la “película” o los criterios de progresión*) (figura 25):



**Figura 26.** Elementos clave del diagnóstico situacional. Fuente: elaboración propia.

### 5.2.1 Valoración multidimensional

El diagnóstico situacional de una persona con fragilidad inicial, PCC o MACA requiere necesariamente una visión amplia que tenga en cuenta las diferentes dimensiones o problemas de salud: clínicos, funcionales, emocionales, cognitivos, sociales... Esta es una tarea compleja y que requiere tiempo. No tiene que constituir una retahíla de escalas acumuladas, sino la compilación de información sustancial que nos aproxime al diagnóstico situacional de las personas.<sup>108</sup>



Ante la necesidad de sistematizar esta evaluación, hay esencialmente dos aproximaciones, que necesitan más o menos tiempo y pericia, y que pueden ser complementarias: la **valoración geriátrica integral** y los **sistemas de valoración multidimensional/geriátrica rápida**.

#### Valoración geriátrica integral

La valoración geriátrica integral (VGI) es **el estándar de referencia** de la valoración multidimensional en personas de perfil geriátrico,<sup>103</sup> también en el ámbito de atención primaria.<sup>161</sup> La VGI se define como un proceso de diagnóstico y de abordaje multidisciplinar que identifica las condiciones médicas, psicológicas y funcionales en una persona mayor y/o frágil, con el objetivo de diseñar y elaborar un plan de atención para maximizar el estado general de salud en un contexto de envejecimiento. Por esta razón, se requiere la evaluación de diferentes ámbitos de la salud, incluyendo los problemas clínicos, el estado funcional (las actividades básicas e instrumentales), mental (cognitivo y emocional) y social.

Si bien no se tiene que entender la VGI como una simple administración acumulativa de escalas, para hacerse una idea global de la persona, resulta imprescindible la **evaluación de cada una de las dimensiones** (tabla 7):

DIMENSIÓN		INSTRUMENTO DE VALORACIÓN PROPUESTO
FUNCIONAL	Actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD)	<i>Escala de Lawton y Brody</i>
	Actividades básicas de la vida diaria (ABVD)	<i>Índice de Barthel (IB)</i>
MENTAL	Cognitivo	<i>Mini-Mental State Examination (MMSE) Test de Pfeiffer Mini-COG</i>
	Emocional	<i>Escala de depresión geriátrica de Yesavage</i>

SOCIAL	Riesgo social	<i>Escala de Gijón</i>
	Complejidad social	<i>Self-Sufficiency Matrix</i>
	Soporte social percibido	<i>Escala Oslo 3</i>
	Sobrecarga del cuidador	<i>Test Zarit</i>
NUTRICIONAL		<i>Mini-Nutritional Sassessment (MNA)</i>
SÍNDROMES GERIÁTRICOS y SÍNTOMAS	Delirium	<i>Confusional Assessment Method (CAM)</i>
	Úlceras por presión	<i>Escala de Braden</i> <i>Escala de Norton</i>
	Disfagia	<i>Test de volumen-viscosidad</i>
	Caídas/marcha	<i>Escalera de Tinetti</i>
	Síntomas	<i>Edmonton Symptom Assessment Sytem (ESAS)</i>
CALIDAD DE VIDA		<i>Euroqol 5D</i>

**Tabla 7.** Ejemplos de escalas para la valoración de las diferentes dimensiones.

Fuente: elaboración propia.

Si bien la VGI es el estándar de referencia, también tiene **algunas limitaciones** a la hora de promover su utilización generalizada por parte de los profesionales de los sistemas de salud y social:<sup>17</sup>

- Requiere **conocimiento experto**.
- Una VGI en profundidad **requiere bastante tiempo**: cerca de 1 hora o más.
- Este proceso de valoración es realizado por parte de **todo el equipo interdisciplinario**.
- Tiene una **naturaleza más bien “cualitativa”**, lo cual a menudo limita la comunicación interprofesional en un contexto asistencial familiarizado en el uso de *scores* y algoritmos.

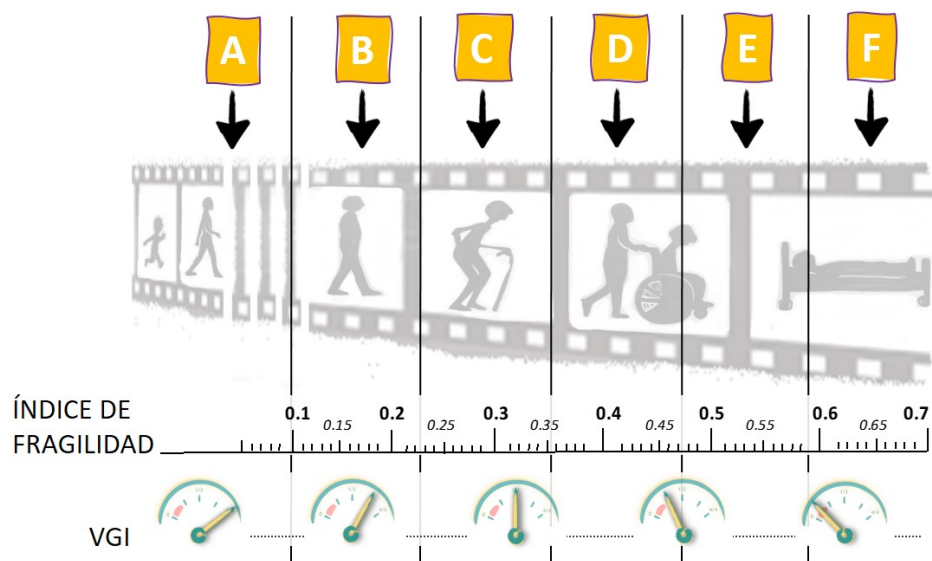
### Sistemas rápidos de valoración multidimensional

Por estos motivos, en la literatura reciente se está proponiendo el desarrollo de **herramientas de valoración multidimensional/geriátrica rápidas** (*rapid geriatric assessment*).<sup>18-24</sup> Estas propuestas permiten una **aproximación multidimensional amplia**, aunque limitada en la profundidad de cada una de las dimensiones, con un **tiempo limitado** (*aproximadamente 10 minutos*), y son habitualmente administradas por **un solo profesional** en cualquiera de los ámbitos del sistema de

salud. Estos últimos años han proliferado diferentes de estas herramientas, como el Saint Louis University Rapid Geriatric Assessment (RGA),<sup>162</sup> el abbreviated comprehensive geriatric assessment (aCGA),<sup>163</sup> el 10-min Targeted Geriatric Assessment,<sup>164</sup> el Residente Assessment Instrument-Minimum Data Set (RAI-MDS)<sup>165</sup> o el G8 (Geriatric 8) Health estatus screening tool.<sup>166</sup>

También en Cataluña hay ejemplos, como el *Índice frágil-VIG*,<sup>104,105</sup> un índice de fragilidad pensado específicamente para facilitar una valoración geriátrica rápida y cuantificada; y la valoración pensada para urgencias *3D/3D+*. Finalmente, impulsado por el PPAC, el PDSS, y avalado por el PAISS, se ha promovido el **consenso** de una herramienta de valoración rápida multidimensional/geriátrica (**VIG-express**), como sistema compartido y universal de valoración multidimensional inicial, para ser puesta a disposición de todos los profesionales del sistema de salud y social de Cataluña. Esta herramienta actualmente está en proceso de validación.

Uno de los objetivos esenciales, pues, del diagnóstico situacional –independientemente de si se utiliza una aproximación más cualitativa (por ejemplo, utilizando una VIG) o cuantificada (por ejemplo, utilizando un índice de fragilidad)– es determinar cuál es el **grado de reserva** o fragilidad de la persona atendida (figura 27).



**Figura 27.** Diagnóstico situacional y grado de reserva de la persona: *¿cómo de vulnerable es? ¿En qué punto se encuentra de su trayectoria vital? ¿A? ¿B? ¿C? ¿D? ¿E? ¿F?* Fuente: elaboración propia.

## 5.2.2 Identificación de necesidades

La atención a las **necesidades de salud de las personas** tendría que ser un objetivo central de la respuesta asistencial de los profesionales, los equipos, las organizaciones y los sistemas de salud. Especialmente en las situaciones de más complejidad, las personas requieren respuestas integrales, integradas y adecuadas a los diferentes momentos de su trayectoria vital. Estas necesidades no sólo tienen que prever las necesidades derivadas de la enfermedad, sino que también han de incluir la capacidad de la persona mismo para el autocuidado y la gestión de su vida en su entorno social más próximo. El abanico de necesidades que hay que tener en cuenta es muy amplio y va de las más básicas a las más complejas.<sup>167</sup>

Esta identificación de necesidades forma parte del proceso de diagnóstico situacional y es un **objetivo fundamental** en la atención a estas personas. En ese sentido, hay que determinar los problemas que presentan más complejidad, sus causas, los factores que contribuyen a su aparición y las capacidades y los recursos de que dispone la persona para encontrar soluciones y tenerlo en cuenta a la hora de elaborar el plan terapéutico.

Hay **diferentes modelos** para valorar las necesidades; los más conocidos son las 14 necesidades básicas de Virginia Henderson,<sup>168</sup> donde se enfatiza la importancia de la independencia de las personas, particularmente en el proceso de toma de decisiones; los 11 patrones funcionales de salud de Marjory Gordon,<sup>169</sup> que evalúan la funcionalidad y la disfuncionalidad en cada uno, o la pirámide de necesidades de Maslow,<sup>170</sup> que es una pirámide de cinco niveles donde las necesidades superiores dependen de las inferiores.



Especialmente pensado para personas con cronicidad avanzada, en Cataluña se desarrolló el **modelo de necesidades esenciales del Instituto Catalán de Oncología** (figura 28).<sup>171</sup>



Figura 28. Resumen de las necesidades de las personas con enfermedades avanzadas. Adaptado de Maté-Méndez et al.<sup>171</sup>



Las **necesidades esenciales** son aquellas inherentes y específicas de la condición humana e intrínsecas a la propia persona, resultan especialmente relevantes en situaciones de vulnerabilidad y/o enfermedad avanzada.<sup>172-175</sup> Las definimos de forma breve:

- **Espiritualidad:** es la experiencia individual e íntima de la persona. Incluye la trascendencia, el sentido de la vida, las creencias, los valores, las prácticas, el perdón y los asuntos pendientes.
- **Dignidad:** se refiere al respeto y reconocimiento que merece a una persona por sus valores, trayectoria social e historia de vida.
- **Autonomía:** se refiere a la participación libre en la toma de decisiones, a los deseos y a los objetivos de la atención, tanto desde el punto de vista físico como espiritual.
- **Esperanza:** incluye las expectativas ajustadas, realistas, flexibles y razonables.
- **Afecto / relaciones familiares y personales:** incluye el apoyo emocional, la estima y la ayuda proporcionada por el entorno de la persona.



- Es necesario hacer una **valoración integral u holística** teniendo en cuenta las necesidades asistenciales, personales, básicas y esenciales de la persona,<sup>171</sup> así como un **plan de atención** que las incorpore.<sup>176</sup>
- Más allá del modelo de detección de necesidades utilizado, esta valoración tiene que incluir la **persona, su entorno y el contexto asistencial**.<sup>177</sup>
- En este sentido, la atención sanitaria y social se tiene que **focalizar en la atención a las necesidades detectadas**, y las **preferencias y los valores** de las personas atendidas, más que no basarse solamente en su enfermedad.<sup>178</sup>



### ETAPA 3

## Plan de atención



Una vez realizado el diagnóstico situacional se tiene que elaborar el **plan de atención**. En este plan hay que definir el plan terapéutico\* para cada uno de los problemas de salud, así como la propuesta de atención a las necesidades detectadas.

\*El **plan terapéutico** es el conjunto de recursos (farmacológicos, técnicas, pautas de actuación) recomendados que los profesionales sanitarios proponen de manera gradual y planificada con el objetivo de mantener, mejorar, controlar y conseguir el máximo potencial de salud en beneficio individual o colectivo de las personas que atienden y de acuerdo con estas personas.

Este plan de atención tiene que partir del **diagnóstico situacional** que se ha realizado previamente, y también de la exploración de los **valores y las preferencias** de la persona, con la voluntad de (figura 29):

Consensuar cuáles son los **objetivos asistenciales** de la intervención que se proponga, que tienen que estar centrados en los resultados que sean importantes para la persona, consensuados con ella, y que sean proporcionados a su situación.

**Identificar** las **dimensiones** en las que hay que intervenir, así como las **necesidades** que hay que atender —muy habitualmente asociadas a los déficits detectados durante la valoración multidimensional.



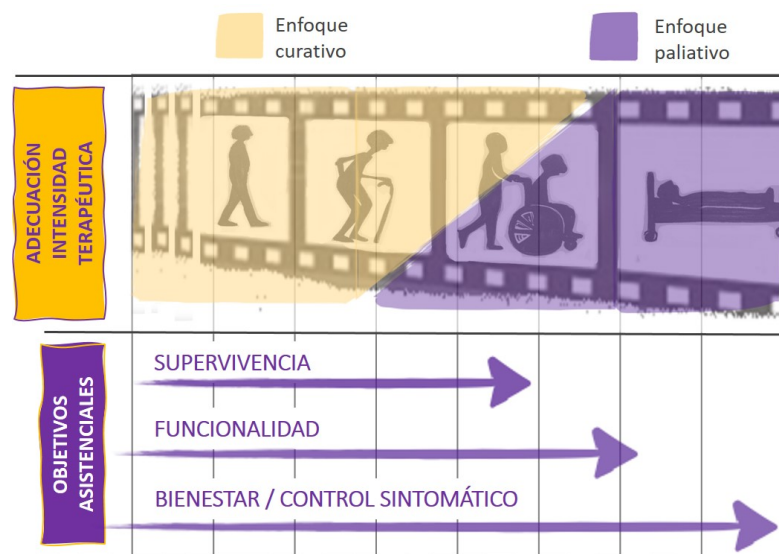
**Figura 29.** Objetivos asistenciales y propuestas de intervención como elementos clave para elaborar un plan de atención centrado en la persona. Fuente: elaboración propia.

### 5.3.1 Objetivos asistenciales

#### Objetivos generales y objetivos específicos

Si bien los objetivos del plan de atención pueden ser múltiples, dinámicos y con múltiples matices, desde una perspectiva pragmática, puede ser de utilidad agrupar los **objetivos generales** en tres grandes categorías (figura 30):

- Mejora de la **supervivencia**: ¿tienen sentido estrategias para incrementar el tiempo de supervivencia?
- Mejora o mantenimiento de la **funcionalidad o estabilidad**: ¿tienen sentido las estrategias orientadas a la estabilización o al mantenimiento de la situación actual, hay margen de mejora funcional?
- Mejora del **bienestar** y la **calidad de vida**: ¿tiene sentido una aproximación centrada en la mejora de la calidad de vida de la persona, tanto desde el punto de vista físico como emocional o espiritual? ¿y, en las situaciones más avanzadas, eminentemente enfocada al control de síntomas y necesidades esenciales?



**Figura 30:** Propuesta conceptual de objetivos asistenciales y adecuación de la intensidad terapéutica en función del diagnóstico situacional de la persona.

Fuente: elaboración propia.

Establecido el objetivo general de consenso, hay que concretar sus **implicaciones en situaciones específicas** que pueden ocurrir en el contexto evolutivo y que tendrían la consideración de “buenas prácticas” en cada caso. Así, por ejemplo, concretar qué habría que hacer ante los aspectos siguientes:

- Uso de medicación preventiva.
- Gestión de infecciones y uso de antibióticos.
- Nutrición si aparecen problemas de ingesta.

- Nivel asistencial de actuación (domicilio, intermedio, agudos).
- Pruebas complementarias.
- Indicación de adecuación de la intensidad terapéutica y del nivel asistencial.
- Apoyo para actividades básicas e instrumentales en caso de pérdida momentánea/definitiva de la autonomía.
- Relevo de la persona cuidadora principal por claudicación/incapacidad temporal.
- ...

### Diagnóstico situacional y adecuación de la intensidad terapéutica

El diagnóstico situacional realizado previamente, así como el consenso de los objetivos asistenciales se vuelven fundamentales en el proceso de **adecuación de la intensidad terapéutica** (figura 26). Así, por ejemplo, ante una persona con fragilidad avanzada y/o identificada como MACA, hay que ponderar el riesgo/beneficio de intervenciones agresivas que puedan resultar desproporcionadas o agresivas. En contraposición, en aquellas personas mayores con buen grado de reserva, el diagnóstico situacional ayuda a evitar que, por criterio de edad, se los pueda privar de un esfuerzo diagnóstico adicional o de una prueba terapéutica específica potencialmente beneficiosa.

Algunos elementos que pueden ayudar a la reflexión son:

- **Perspectiva evolutiva hasta la actualidad:** considerar la evolución de la persona en los últimos meses desde una perspectiva multidimensional (estabilidad, bajada, mejora), la gravedad y la progresión de los problemas, la identificación como persona PCC o MACA, la evolución probable y la resolución hasta la actualidad de la atención a sus necesidades.
- **Reversibilidad o irreversibilidad** de los problemas detectados.
- **Coste-beneficio de las intervenciones.**
- **Perspectivas evolutivas de futuro** en previsión de posibles escenarios evolutivos y las implicaciones asistenciales correspondientes y **anticipación de necesidades futuras**, considerando las descompensaciones o crisis que pueden ocurrir, sus características y como se gestionarán.
- **Capacidad de las personas y del entorno** para hacer frente a nuevas necesidades, atención y problemas.
- **Valores y preferencias de la persona.**
- **Análisis de la discrepancia:** contradicciones entre las diversas valoraciones profesionales y/o entre objetivos/preferencias de la persona y objetivos y acciones propuestas por el equipo.



En Cataluña existen diferentes experiencias específicas pensadas para facilitar el **registro** del nivel de intensidad terapéutica consensuado, tanto en el ámbito hospitalario<sup>57</sup> como desde una perspectiva territorial.<sup>179</sup> La compartición del plan de intervención individual compartido (PIIC) tiene también como objetivo facilitar la compartición de indicaciones sobre la adecuación de la intensidad terapéutica.

## Valores y preferencias, autonomía y empoderamiento de la persona

Si bien los objetivos asistenciales y la intensidad terapéutica tienen que estar armonizados con el diagnóstico situacional de la persona, es fundamental que estos estén alineados con los **valores y las preferencias de la persona**.

La **autonomía** de las personas se define como la “capacidad de controlar, afrontar y tomar, por iniciativa propia, decisiones personales sobre como es debido vivir de acuerdo con las normas y las preferencias propias, así como de desarrollar las actividades básicas de la vida diaria” y es primordial para la gestión de su proceso de salud, dado que ayuda a mejorar su información, formación y concienciación en relación con su enfermedad y evolución.<sup>180</sup>

El **empoderamiento** se define como el proceso mediante el cual las personas adquieren más control sobre las decisiones y las acciones que afectan a su salud,<sup>181</sup> mientras que el autocuidado hace referencia al conjunto de acciones que, a partir del empoderamiento, lleva a cabo una persona para su bienestar y su salud.<sup>122</sup>

## Toma de decisiones compartidas

La mejor manera de garantizar la autonomía, el empoderamiento y la armonización de los objetivos con los valores y preferencias de la persona es que este proceso se realice de forma compartida. La toma de decisiones compartida se considera el **elemento clave de la atención centrada en la persona** y se ha identificado como una de las palancas de cambio por mejorar la calidad y la seguridad en la atención sanitaria.<sup>182</sup> La toma de decisiones compartida se tiene que entender como un encuentro entre expertos: por una parte, el profesional sanitario, experto en el manejo de las situaciones clínicas, y, de otra, la propia persona, experta en “ella misma”, sus valores, sus deseos y en lo que a ella realmente le importa.

Este proceso compartido requiere que las **personas** y los **profesionales** estén **informados, motivados y comprometidos, y capacitados**. Esta capacitación está relacionada con el nivel de exigencia de la toma de decisiones: no es lo mismo la decisión sobre qué fármaco escoger para tratar la hipertensión, la decisión de realizar un cribado de patología oncológica o un proceso de planificación de decisiones anticipadas (PDA). En la tabla 8 se describen algunas **recomendaciones** específicas relacionadas con esta capacitación.<sup>183</sup>

Recomendaciones para los profesionales sanitarios	Recomendaciones para las personas
1) Fomente la complicidad y la implicación de la persona.	1) Escoja un equipo que sea de vuestra confianza y definid el tipo de relación que queréis establecer.
2) Registre sus preferencias y valores.	2) Establezca aquello que sea realmente importante (sentimientos, valores, creencias y expectativas).
3) Valore la actitud de la persona frente a los riesgos (grado de riesgos asumibles para ella).	3) Compártalo de forma transparente y tranquila con el equipo. Encuentre el momento apropiado para hacerlo.
4) Identifique las diferentes opciones y su efectividad.	4) Acceda a la información relevante sobre sus problemas de salud.
5) Ayude a la persona a reflexionar sobre estas opciones.	5) Evalúe la información recibida. Reflexione sobre las diferentes opciones conjuntamente con su equipo.
6) Elabore un plan asistencial de forma conjunta y válidelo de forma compartida. Si es necesario consensuar un “plan B”.	

Los **beneficios** de realizar este proceso de forma compartida son múltiples.<sup>184-187</sup>

- **Mejora la relación** entre las personas y los profesionales, hecho que, además, facilita la implementación del modelo de atención.
- **Favorece la implicación de los individuos** en su propia salud, con resultados beneficiosos en aspectos de cumplimiento terapéutico (mayor cumplimiento).
- **Incrementa el empoderamiento de la persona**, su implicación en el autocuidado, la satisfacción en la atención y la mejora de la comunicación con los equipos.
- Ejerce un **efecto corrector en el sobrediagnóstico y sobretratamiento**, ayuda a optimizar los recursos y a la disminución de variabilidad en la práctica clínica y la equidad.
- Parece que **mejora los resultados de salud y el patrón de utilización de recursos** –aunque son necesarios más estudios para poder afirmarlo con contundencia. Algunos estudios avalan que la toma de decisiones compartida puede disminuir la presión sobre el sistema de salud y social, especialmente en contextos de atención integrada.

Finalmente, hay diferentes **herramientas** que pueden ayudar en este proceso de toma de decisiones compartida en la práctica diaria, que van desde propuestas pasivas (como la información esencial a las personas) hasta propuestas más activas (facilitadoras de consenso de objetivos y de elaboración de objetivos y planes de acción. Idealmente, se tendrían que poder combinar ambos planteamientos.<sup>188</sup>



En Cataluña se han desarrollado diferentes propuestas en este sentido, que se pueden consultar en la página web **“decisiones compartidas”**.

### Planificación de decisiones anticipadas

Un ejemplo paradigmático de metodología de toma de decisiones compartidas es la planificación de decisiones anticipadas (PDA). La PDA es el proceso que identifica los valores y las preferencias de una persona, o su familia o entorno cuidador, si procede, para **prever con antelación los objetivos de atención y los recursos** que se necesitarán por atenderla.<sup>122</sup> Constituye el núcleo dialéctico y conceptual del proceso por el cual se promueve que el paciente colidere, de acuerdo con los valores, los deseos y las preferencias que le son propios, los determinantes en cualquier momento evolutivo de los problemas de salud que sufre, sobre todo, cuando estos ocurran en situaciones de pronóstico de vida limitado. Eso requiere de **6 pasos** (figura 31):



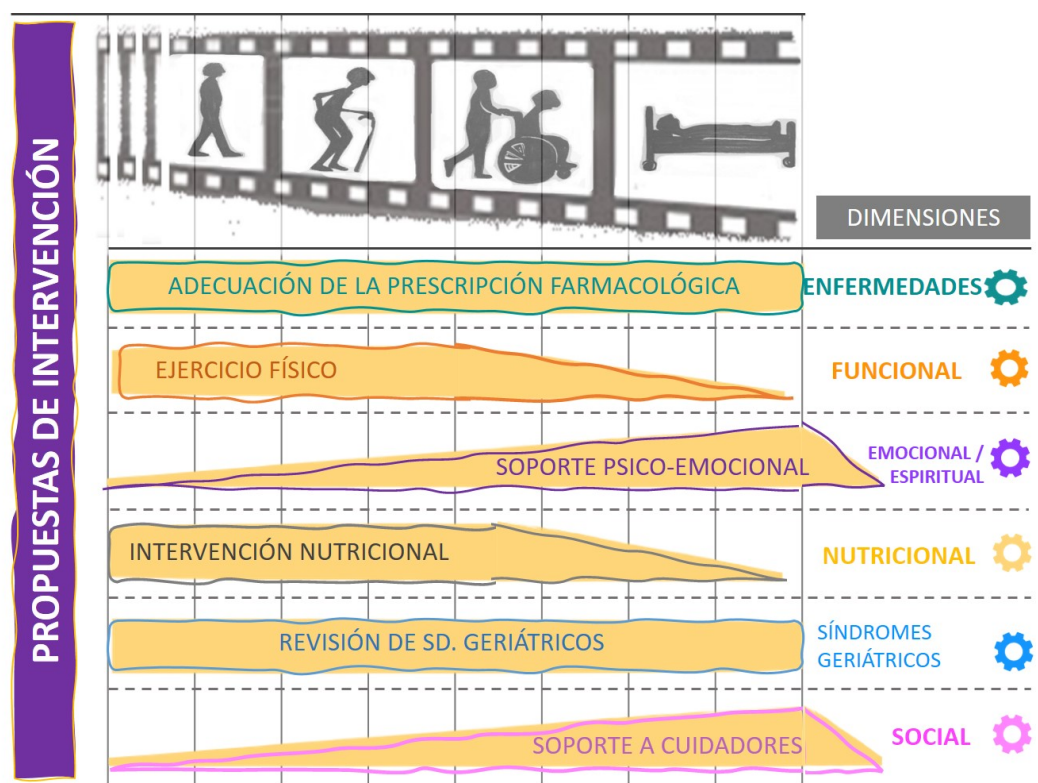
**Figura 31:** Los 6 pasos de la PDA. Fuente: elaboración propia.



Hay un **modelo catalán de PDA** que constituye una propuesta innovadora que arregla el ideario, la praxis y la estrategia de implementación en un ámbito en el cual la estrategia de cronicidad avanzada confluye con las iniciativas de atención centrada en las personas.<sup>189</sup>

### 5.3.2 Propuestas de intervención

Definir el plan de atención implica que, partiendo de la lista de problemas y necesidades de **cada dimensión o área** de valoración (clínica, funcional, emocional, cognitiva, social...), y sobre la base del diagnóstico situacional y los valores y preferencias de la persona, se establezcan **acciones concretas** para dar respuesta. Por ejemplo, una persona con fragilidad inicial, el plan de atención probablemente tendrá que estar más orientado a medidas preventivas (por ejemplo, con predominio de programas de ejercicio físico y mejora nutricional); mientras que, para una persona con perfil de MACA, adquieren más importancia aspectos más orientados al apoyo psicosocial y de apoyo a los cuidadores (figura 32).



**Figura 32:** Representación conceptual de algunas de las intervenciones desde una perspectiva multidimensional, y de su intensidad según el diagnóstico situacional. Fuente: elaboración propia.

De forma genérica, las acciones globales o relacionadas con alguna de las diferentes dimensiones se pueden agrupar en cuatro grandes áreas:

- Intervenciones de **alfabetización, empoderamiento, autocuidado y apoyo**.
- Intervenciones **relacionales y de comunicación** (con la persona y el entorno cuidador).
- Cambios en la **prescripción farmacológica**.
- Cambios en los **servicios** (sanitarios, sociales y comunitarios).



## Alfabetización para la salud y apoyo

La **alfabetización para la salud** está relacionada con los conocimientos de las personas, la motivación y las competencias para acceder a la información sobre salud, y entenderla, evaluarla y aplicarla con la finalidad de llegar a tener una opinión personal verídica y así poder llevar a cabo juicios y tomar decisiones con respecto a la salud y los problemas de la vida diaria hacia esta, la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud, para mantener y promover la calidad de vida a lo largo de esta.<sup>190</sup>

Una persona con un problema de salud necesita un apoyo continuado más allá del profesional de salud de referencia. En este caso, su cuidador más próximo es una pieza clave dentro del proceso.



Actualmente, en Cataluña se están consolidando intervenciones comunitarias de aprendizaje entre iguales, como el *Programa Paciente Experto Catalunya®* y el *Programa Cuidador Experto Catalunya®*, dirigidas a personas con condiciones crónicas y a cuidadores informales, que fomentan el autocuidado, la auto-responsabilidad y el empoderamiento, y que mejoran la alfabetización para la salud y que facilitan la toma de decisiones compartidas. Estos programas, que ya tienen una **larga tradición**, se han estructurado sobre la base de las necesidades de formación y de apoyo identificadas por las personas a quienes van dirigidos y por los profesionales de la salud que participan en ellos.

## Intervenciones relacionales y de comunicación

La **comunicación** proactiva entre los profesionales de la salud y la población resulta esencial para la atención centrada en la persona. Mediante una comunicación y una interacción directa, se promueve que las personas obtengan los conocimientos que faciliten la toma de decisiones sobre su propia salud de manera compartida, donde el individuo tiene un papel central. Hay que señalar el **papel** determinante de los **profesionales de la salud** dentro de este ámbito de actuación. La relación de estos profesionales con las personas atendidas requiere toda una serie de elementos clave dentro del proceso. Entre otros, destacamos la escucha activa, la personalización de la relación, la mirada conjunta con la persona y los familiares o el entorno cuidador y las habilidades comunicativas y relacionales que tienen que tener. Todo eso forma parte de un conjunto de ítems necesarios para conseguir la implicación, la motivación, la capacitación y el afrontamiento de las personas con su enfermedad.

## Adecuación de la prescripción

Aproximadamente el 30% de las personas de más de 65 años toman cinco o más fármacos, tendencia que ha ido aumentando progresivamente a lo largo de los últimos años,<sup>191</sup> y que se concentra en ámbitos específicos —en el caso de las residencias geriátricas supera el 90%. Muy frecuentemente son más los perjuicios que los beneficios derivados de la polimedición, en la que los efectos secundarios de los fármacos y los problemas de cumplimiento de los tratamientos son dos de los principales problemas asociados.<sup>192-194</sup>

En el proceso de elaboración de un plan de atención individualizado, la **revisión** o la **adecuación de la prescripción farmacéutica**, así como **el cumplimiento del tratamiento**, son de las acciones específicas a realizar con una evidencia más contundente.<sup>200-206</sup>



Son múltiples las iniciativas para hacer frente a este problema de salud de primera magnitud (criterios de Beers, criterios STOPP-START, criterios MAI, criterios STOPP- Frail...).

En Cataluña, se han realizado trabajos de consenso específicos para fomentar la adecuación de la prescripción, y destaca el documento *Uso racional de medicamentos. Manejo básico de la medicación en el paciente crónico: conciliación, revisión, desprescripción y cumplimiento*. También se ha desarrollado la metodología de **prescripción centrada en la persona**,<sup>200,201</sup> donde, desde una visión pragmática y centrada en la persona, se hace una propuesta específica de revisión de la medicación, en tres etapas (figura 33):



**Figura 33:** Esquema conceptual de las etapas del modelo de prescripción centrada en la persona. Fuente: elaboración propia.

### 5.3.3 Especificidades para personas con fragilidad inicial, PCC y MACA



#### Personas con **fragilidad inicial** o riesgo de discapacidad

Una vez completado el proceso diagnóstico, hay que facilitar la información del diagnóstico de la situación de fragilidad a la persona y, si procede, a su familia o entorno cuidador, de una manera comprensible. La comunicación del diagnóstico tendrá que ir acompañada de la discusión del **plan de intervención** o el tratamiento con la persona y su familia o entorno cuidador, si procede. El plan de atención a las personas con fragilidad va encaminado a prevenir o retrasar la aparición y la evolución de la fragilidad y de la discapacidad y dependencia asociada, en qué es necesario un **enfoque multidimensional y multicomponente** de las intervenciones que se planteen (ejercicio físico, intervención nutricional, tratamiento y gestión de los problemas de salud y los síndromes geriátricos, etc.).



#### Personas con **cronicidad compleja (PCC)** y **avanzada (MACA)**

Las personas identificadas como PCC o persona con MACA tienen que acordar con los profesionales su plan de atención —*que tiene en el PIIC (etapa 4) una versión abreviada o “destilada” pensada para ser compartida*—, que se revisará periódicamente (a las 8-12 semanas de su elaboración, y, al menos, una vez al año) y se conciliará en cada transición asistencial. A demanda de los profesionales de referencia del equipo de atención primaria (EAP) y de las personas, se recomienda la adecuación del plan terapéutico, especialmente en las transiciones, en las personas a las cuales se priorice y en los nuevos casos identificados como PCC/MACA.



- Fomentar **la autonomía, el empoderamiento y el autocuidado** de las personas tendría que ser una estrategia prioritaria en la atención a las personas mayores y a aquellas con problemas crónicos de salud.<sup>122,180,181</sup>
- La evidencia sobre la **incorporación de PROM y PREM** ha demostrado que mejora la relación entre profesionales y personas, la toma de decisiones compartida y la eficiencia de trabajo.<sup>68,202-204</sup>
- La **toma de decisiones compartida** ha demostrado ser esencial para garantizar que las personas no reciban más tratamiento de lo que desean ni menos tratamiento del que necesitan.<sup>205</sup> La PDA es el ejemplo más paradigmático.<sup>206</sup>
- Cualquier plan de atención individualizado tiene que incluir también la **revisión de la prescripción farmacéutica**, que tiene que ser coherente con los objetivos consensuados.<sup>200-206</sup>
- Es necesario **evaluar o replantear el plan de atención de forma continuada**, en función de la evolución de las necesidades y la situación de la persona, la familia o entorno cuidador.<sup>176</sup>



## ETAPA 4

# Compartición del plan de intervención individualizado compartido (PIIC)



Todas las estrategias dirigidas a las personas con necesidades complejas de atención y necesidades paliativas consideran la **compartición de la información entre profesionales** que las atienden como un **elemento primordial** para generar respuestas asistenciales de calidad óptima y efectiva, en tanto que se ajustan a las necesidades y preferencias de la persona y, si procede, de su entorno familiar.

En este contexto, la creación y publicación en la historia clínica compartida de Cataluña (HCCC) de los **planes de intervención individualizados y compartidos (PIIC)** puede ser un instrumento favorecedor de una mejor atención a las personas con complejidad clínica.

Se propone compartir la información más relevante del plan de atención de los PCC y las personas con MACA:



## Personas con **cronicidad compleja (PCC)** y **avanzada (MACA)**

Una vez se ha realizado el plan de atención, los profesionales tienen que elaborar un PIIC, que será un plan **“destilado” de la información más relevante**. El PIIC es un documento dinámico, que se sustenta en la historia clínica compartida en Cataluña (HCCC), y que recoge los datos sanitarios y sociales más importantes de una persona identificada como PCC o como persona con MACA, y que está depositado en un entorno compartido de información (HCCC).

Representa, sobre todo, una **herramienta de comunicación entre profesionales**, en la cual las personas que mejor conocen a la persona, sintetizan y ofrecen la información más relevante del caso. De esta manera, cuando la persona es atendida por profesionales no referentes, estos pueden disponer, mediante el PIIC, de la información esencial del caso, lo cual favorece que puedan tomar mejores decisiones y más congruentes con las necesidades, los valores y las preferencias de la persona.

El PIIC quiere ayudar a garantizar, pues, la **continuidad asistencial** en contextos las 24 horas del día los siete días de la semana, en las transiciones asistenciales (ingresos hospitalarios y sociosanitarios). El PIIC representa una prolongación virtual, en el tiempo y el espacio, del pacto terapéutico y de los criterios de buena práctica, que, desde una óptica integral, han acordado conjuntamente el equipo asistencial de referencia y las personas identificadas como PCC o como persona con MACA, así como con la familia o el entorno cuidador.



En Cataluña hay un *documento de recomendaciones* y propuesta de buenas prácticas en la redacción del PIIC.<sup>207</sup> Actualmente se está realizando una auditoría cualitativa de los PIIC, como punto de partida de la elaboración de un nuevo modelo de PIIC (3.0), que se consensuará con los profesionales.

# 6. Elementos facilitadores del modelo de atención

Las respuestas asistenciales orientadas al modelo de atención descrito requieren tanto la **implicación de los profesionales** –constituidos como el activo principal del sistema– como el **compromiso de las instituciones y organizaciones** –como garantes de la calidad y la equidad.

En ese sentido, se identifican **seis elementos** –que más allá de la financiación, sistemas de contratación y compra, y la gobernanza– resultan imprescindibles para poder hacer efectivo el modelo de atención, y que se describen brevemente a continuación:

- 6.1 Trabajo en equipo y prácticas colaborativas
- 6.2 Rutas asistenciales y atención a las transiciones
- 6.3 Integración de la atención
- 6.4 Sistemas de información e historia clínica compartida
- 6.5 Evaluación de resultados y redireccionamiento
- 6.6 Formación, investigación e innovación

## 6.1 Trabajo en equipo y prácticas colaborativas



La atención a las personas mayores y a las personas con problemas de salud crónicos —y más especialmente a las personas con cronicidad compleja (PCC) o avance (MACA)— requiere de trabajo interdisciplinario y en equipo, así como promover **prácticas colaborativas** entre diferentes profesionales y equipos.

### 6.1.1 Trabajo en equipo e interdisciplinariedad

La complejidad en la gestión de la persona con problemas de salud crónicos y necesidades complejas de atención (PCC) o necesidades paliativas (MACA) —con respecto a la diversidad y la interacción de diferentes aspectos clínicos, físicos, funcionales, psicológicos y sociales— requiere una serie de conocimientos, habilidades y aptitudes que no suelen estar al alcance de un único profesional.

La participación de los **diferentes profesionales** —tanto del ámbito sanitario como social— en el abordaje de los diferentes aspectos de la atención a este tipo

de personas necesita el desarrollo progresivo de la metodología del trabajo en equipo. Esta manera de trabajar permite una atención global dirigida a ofrecer una atención integral, donde todos los profesionales trabajan para alcanzar un objetivo común para la persona atendida.

### 6.1.2 Prácticas colaborativas y trabajo en red

El **trabajo en red** se basa en el **trabajo conjunto entre diferentes profesionales y equipos para alcanzar un objetivo común**, que, en este caso, es dar respuesta conjunta a todas las necesidades de la persona y su entorno. Así, pues, no tan sólo tienen un papel básico los profesionales referentes de la persona y los de continuidad, sino que también se necesita, en función de la intensidad de intervención, un trabajo en red de los profesionales del hospital, de los centros y las unidades sociosanitarias y de las alternativas a la hospitalización convencional que ofrecen estos centros (hospitalización a domicilio, hospitales de día, EAIA, UFISS, etc.) y de los sociales y del tercer sector del territorio, con los cuales se tendría que compartir la información necesaria para una atención integral correcta.

Este objetivo común requiere prácticas colaborativas entre profesionales y equipos. Un ejemplo paradigmático de prácticas colaborativas es la conferencia de caso.



La metodología de **conferencia de caso** facilita la elaboración colaborativa del plan de atención o PIIC con todos los profesionales que participan de forma significativa en la atención de la persona.<sup>208,209</sup> Teniendo en cuenta la evidencia y las experiencias positivas en nuestro entorno, se propone establecer dinámicas territoriales de conferencias de caso para aquellas situaciones con más complejidad, con el objetivo de compartir la información y llegar a acuerdos con la persona o la familia y el entorno cuidador, necesarios para la elaboración del plan terapéutico de la persona y del PIIC.

A lo largo de estos últimos meses, en Cataluña se ha realizado un trabajo con profesionales de diferentes territorios con experiencia en dinámicas de conferencia de caso para consensuar un *Modelo catalán de conferencia de caso*.



- El **enfoque interdisciplinario** puede mejorar tanto los resultados como los resultados de los procesos de atención, así como la experiencia de atención de la persona y de los profesionales.<sup>21</sup> También puede reducir las estancias hospitalarias y evitar la duplicación de las evaluaciones, lo que conduce a registros holísticos más completos.<sup>211</sup>
- Hay amplia evidencia sobre la **necesidad de consensuar prácticas colaborativas** entre los equipos implicados en la atención a las personas, especialmente para las que tienen necesidades complejas de atención.<sup>227-230</sup>

## 6.2 Rutas asistenciales y atención a las transiciones



Se entiende por **ruta asistencial** (RA) el pacto entre los profesionales y las organizaciones de los diferentes ámbitos asistenciales que operan en un mismo territorio y atienden a una misma población afectada de un problema de salud crónico específico para aplicar los criterios de buena práctica, optimizar los circuitos asistenciales y planificar las respuestas delante de escenarios previsibles.<sup>122</sup>

Un elemento clave de las rutas asistenciales es el de garantizar unas transiciones excelentes —entendiendo por **transición asistencial** el proceso de transferencia de una persona atendida entre ubicaciones, servicios, niveles de atención o ámbitos asistenciales diferentes.<sup>216</sup>

Así, pues, el **objetivo de las RA** es mejorar el continuum asistencial; pero también mejorar la calidad de atención, optimizar recursos, promover la seguridad de las personas y su satisfacción, y mejorar los resultados de salud, disminuyendo la variabilidad en la atención y reduciendo la fragmentación del sistema potenciando la atención integrada. En este sentido las RA son útiles para monitorizar los procesos asistenciales y mantener o mejorar la calidad dentro del concepto de atención centrada en la persona.

Idealmente, cualquier RA tendría que prever:<sup>217</sup>

- Una declaración explícita de los **objetivos y los elementos clave** de la atención, basados en la evidencia, las mejores prácticas y las expectativas de los pacientes y sus familias.
- La facilitación de la **comunicación** entre los miembros del equipo y con las personas y sus familias.
- La **coordinación** del proceso de atención, el establecimiento de las funciones y la secuenciación de las actividades del equipo interdisciplinario, de las personas y de sus familias.
- La **documentación, la monitorización y la evaluación** de la variabilidad y de los resultados de salud.
- La **identificación de los recursos** necesarios.



En Cataluña, y en el contexto del anterior Plan de salud, el PPAC desarrolló el **marco genérico para el diseño de RA** con el objetivo de mejorar la atención a las personas con determinados problemas de salud, por medio de la cooperación entre profesionales, la coordinación entre proveedores, el establecimiento y la optimización de los circuitos asistenciales, y la promoción de la buena práctica, otorgando el recurso más adecuado a la situación evolutiva de cada persona.



Desde entonces se han desarrollado RA para algunos de los procesos con más prevalencia o de más impacto en el sistema de salud. Inicialmente se desarrollaron RA más centradas en enfermedades concretas (*insuficiencia cardiaca, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, diabetes mellitus, demencia o depresión*), y se incorporaron posteriormente RA centradas en condiciones y situaciones (*complejidad*).

Actualmente se está trabajando en el rediseño/actualización de algunas de estas rutas.



- Hay evidencia sobre la **eficiencia** que el desarrollo y la implementación de RA tiene en el proceso de atención a las personas con problemas de salud crónicos.<sup>218</sup>

### 6.3 Integración de la atención

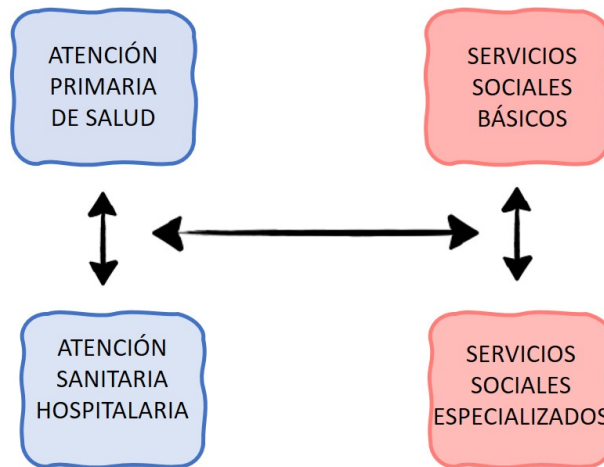


La atención a las personas con problemas crónicos de salud, especialmente las personas con necesidades complejas de atención (PCC) y las personas con necesidades paliativas (MACA), requieren entornos de atención que a menudo superan las capacidades y el alcance del ámbito profesional individual y de las organizaciones mismas.

Aunque la persona pueda tener un profesional o equipo referente, la evolución del proceso mismo implica la intervención a menudo de un conjunto amplio y variable de profesionales y dispositivos que pueden actuar de manera fragmentada y ocasionar un daño y perjuicio en el mismo proceso de atención. Por eso se vuelve imprescindible prever una **visión territorial** con un trabajo previo coordinado por los líderes directivos y clínicos del territorio que planifique un conjunto de respuestas esperadas para diferentes situaciones y un escenario relacional efectivo para que se pueda llevar a cabo un modelo de atención centrada en la persona, con la participación de los profesionales que intervengan en el proceso de atención.



Entendemos por **atención integrada** la atención que unifica la planificación, la gestión clínica y la provisión de los servicios sociales y sanitarios y que garantiza la calidad como modelo de práctica colaborativa con el objetivo de obtener buenos resultados en salud y una utilización adecuada de los servicios, y de mejorar la calidad de vida y la satisfacción del usuario.<sup>122</sup> La atención integrada es uno de los elementos clave en la atención a personas con necesidades complejas y paliativas (PCC y MACA).

Podemos diferenciar la integración vertical, la integración horizontal y la triple integración (figura 34).<sup>219</sup>



**Figura 34:** Integraciones vertical, horizontal y triple integración. Fuente: elaboración propia

	<p>Se entiende por <b>integración vertical</b> el trabajo conjunto y/o la coordinación de servicios entre profesionales y/o organizaciones que ofrecen atención a diferentes niveles de intensidad según la gravedad y la complejidad de las necesidades. Su principal beneficio es asegurar que los servicios se presten en el momento adecuado y en el lugar adecuado, lo más próximo posible al hogar de los pacientes. El reto es asegurar que los pacientes con múltiples condiciones reciban una referencia y gestión adecuada.</p> <p>Esta integración vertical se puede producir en dos ámbitos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Entre la atención primaria y la atención sanitaria hospitalaria, objeto de este documento de bases estratégicas.</li> <li>• Entre los servicios sociales especializados y los servicios sociales básicos.</li> </ul>
--	--

	<p>La <b>integración horizontal o transversal</b> se refiere al trabajo conjunto y/o la coordinación de la atención en todos los servicios que recibe la persona, tanto sean sanitarios como sociales. El beneficio más importante de la integración horizontal es su capacidad de abordar globalmente a la persona. Está en este contexto donde se enmarca el <b>Plan de atención integrada social y sanitaria (PAISS)*</b>.</p> <p><i>*El PAISS tiene como objetivo promover la autonomía personal y facilitar la permanencia en el entorno habitual y la inclusión social de estas personas, para lo cual es necesario de reforzar el valor de la atención integral e integrada en las personas y el valor de la eficiencia y la calidad del modelo de provisión, promoviendo el encaje de los servicios sanitarios y sociales. El desarrollo de modelos de atención integrada en las diferentes redes y dispositivos tiene que facilitar un conocimiento compartido y la utilización óptima de las capacidades, los recursos y los datos de los sistemas de manera que se configuren, progresivamente, como una red interrelacionada e integrada de servicios a los usuarios, sin perjuicio de las competencias de cada departamento propias de su ámbito, sanitario o social.</i></p>
	<p>Hablamos de <b>triple integración</b> cuando se incorporan al mismo tiempo tanto la mirada horizontal como vertical en el modelo de atención. Cuanto mayor y multifactorial sea la situación de complejidad –especialmente para aquellas personas con complejidad social y sanitaria concurrente–, más necesaria ocurrirá esta triple aproximación.</p>

Es importante resaltar, sin embargo, que la **integración horizontal no se puede plantear** como una **sustitución de la integración vertical**. Es más, son dos planteamientos complementarios e interdependientes, en los cuales hay que avanzar de forma sincrónica si se quiere orientar los sistemas a las necesidades de las personas mayores y/o con problemas de salud crónicos.



La evidencia avala que la atención integrada impacta positivamente sobre la satisfacción, la accesibilidad y los resultados percibidos por las personas, en los que los resultados son heterogéneos todavía en relación con la utilización de servicios y costes. La variabilidad entre los diferentes modelos de integración dificulta mucho la evaluación global.<sup>220</sup>

Los **elementos clave** en el desarrollo de las propuestas de atención integrada requieren un conjunto mínimo de elementos críticos, todos ellos sinérgicos entre sí, con efecto multipalanca, que faciliten la implementación efectiva de un modelo de atención centrado en la persona con capacidad de respuesta y proactividad en el proceso de atención, en qué se destaca la necesidad de contar con:<sup>221</sup>

- Una gobernanza territorial que incorpore todas las autoridades competentes en el proceso de atención.
- Un “microsistema local de atención” al territorio, de base comunitaria, con pactos locales recogidos en las RA y con un buen desarrollo de servicios dentro de la comunidad.
- Cada persona tiene que tener un único plan de atención compartido entre todos los agentes que potencialmente puedan intervenir; se tiene que adoptar el principio de “**una persona, un plan.**”
- Modelo de gestión del caso para las personas con necesidades de atención complejas.
- Se tienen que desplegar elementos facilitadores: sistemas de información compartidos, marcos evaluativos comunes, un modelo de financiación que incentive la inteligencia artificial (IA) y que superen las barreras actualmente existentes en los sistemas de pago por líneas.

## 6.4 Sistemas de información e historia clínica compartida



Las **tecnologías de la información y la comunicación** (TIC) son el conjunto de instrumentos utilizados para procesar, transmitir, almacenar, difundir, compartir y generar conocimiento y servicios en formato digital.<sup>122</sup> Las TIC son un elemento clave en la implementación de procesos de atención integrada, que garantizan:

- **En primera instancia**, que todos los profesionales implicados en el proceso de atención tengan acceso a una información mínima de interés común del proceso de atención.

- **En segunda instancia**, que todos los profesionales implicados puedan disponer de un entorno tecnológico que permita llevar a cabo un trabajo colaborativo a la hora de hacer la valoración integral conjunta, el plan de atención integral, el seguimiento periódico y la retasación, así como la introducción de funcionalidades más avanzadas de apoyo en el proceso de atención a las personas.



Actualmente, Cataluña dispone de una **historia clínica compartida (HCCC)** que contiene datos, información y valoraciones clínicas sobre la situación y la evolución de una persona a lo largo de su proceso asistencial, y que sigue a un modelo de gestión descentralizada que permite a los profesionales sanitarios acceder a toda la información actualizada y relevante de las personas, independientemente del ámbito asistencial o de la ubicación geográfica.

La HCCC ofrece la **trazabilidad** del paso de las personas por el sistema sanitario, permite incorporar servicios relacionados con la atención proactiva requerida por algunos pacientes (alertas, avisos, comunicación entre ámbitos asistenciales, organizaciones y profesionales) y promueve la continuidad de la atención sanitaria.

Delante de este escenario, se hace imprescindible el **desarrollo de funcionalidades** que den apoyo en el proceso de atención a las personas mayores y en situación de complejidad. Actualmente, todos los desarrollos de TIC que se están llevando a cabo implican acciones colaborativas entre funcionalidades:

- Utilización intensiva de **Mi Salud** por parte de poblaciones objeto del modelo de atención, también los cuidadores en personas en situación de complejidad o en atención domiciliaria (demencias, etc.).
- Desarrollo de soluciones de TIC que permitan crear un único plan de atención para las personas que requieran práctica colaborativa en un modelo de atención integrada, tanto desde la vertiente sanitaria como de la social.
- Incorporación de soluciones propias del proyecto **iS3** con respecto a mensajería segura en entornos de práctica colaborativa: transiciones seguras y proactivas, comunicación de situaciones de alerta entre ámbitos de atención (informe posterior a la atención en unidades de cuidados intensivos o el Sistema de Emergencias Médicas, etc.), interconsultas en entornos seguros entre atención primaria y atención especializada.

En Cataluña, una de las funcionalidades más utilizada ha sido la generación y la compartición de la identificación de situación de complejidad y PIIC.



Hay gran evidencia que los modelos de atención a las personas con problemas crónicos de salud, cronicidad compleja o avanzada se benefician del **desarrollo e incorporación de TIC**. Algunos ejemplos paradigmáticos son los de Kaiser Permanente y el de Veterans Health Administration.<sup>222</sup>

## 6.5 Evaluación de resultados y redireccionamiento



En los procesos de modelización de la atención integrada son necesarios **marcos evaluativos de base poblacional** que sean **comunes y transversales** para las organizaciones y los profesionales que trabajan en diferentes ámbitos de atención. Esta evaluación de resultados requiere un trabajo conjunto de todas las partes con el objetivo de disponer de un **cuadro de mandos único**. La **elección de los indicadores** se tiene que basar en los principios de objetividad, validez, sensibilidad, especificidad y consenso.

Ya sea a partir de informes o bien por medio de un paquete común y congruente de indicadores, la información obtenida tiene que permitir **monitorizar** el modelo de atención, **informar** con transparencia de los resultados obtenidos, contribuir a la identificación de márgenes de **mejora** de la atención y sugerir a los políticos, los gestores y los planificadores sanitarios nuevas iniciativas para la compra y la provisión de servicios, **redireccionando**, si procede, el enfoque de los sistemas de salud.

Así, pues, el **objetivo de la evaluación** de resultados es hacer el seguimiento de las políticas de salud establecidas desde una perspectiva integral, del cumplimiento de los objetivos y los acuerdos establecidos, con la finalidad última de avanzar en la mejora de la calidad de la atención ofrecida a las personas con enfermedades crónicas, necesidades complejas y paliativas.

Esta tiene que ser una evaluación necesariamente compartida entre los diferentes actores, con un enfoque de **finalidad cuádruple** (*cuádruple AIM*):<sup>1</sup>

- **Mejorar los resultados de salud y bienestar de la población.** Eso incluye indicadores de impacto en morbilidad, el control de algunas enfermedades crónicas y resultados esperados de buena atención y de mejora de la calidad de vida en diferentes momentos evolutivos de las personas atendidas.
- **Mejorar la eficiencia y garantizar la sostenibilidad del sistema sanitario,**

mediante la adecuación del coste de la atención y la utilización de los servicios —especialmente, las hospitalizaciones no programadas— de la población atendida.

- **Mejorar la experiencia de atención de las personas** y sus familias.
- **Mejorar la experiencia de los profesionales** en la prestación de la atención.

Así, pues, más allá de los resultados clásicos de proceso o estructura, la tendencia como sistema de salud tendría que focalizarse en los objetivos individuales de las personas (o “*resultados que importan a las personas*”), ya sea en relación con los **resultados de salud** (indicadores PROM o medida de resultados declarados por el paciente) o **los resultados de experiencia de atención** (indicadores PREM o medida de experiencias declaradas por el paciente)<sup>68</sup> (tabla 6). Para que sean útiles, es necesario que estas medidas:

- Sean **significativas** tanto para las personas como para su entorno cuidador, como para los profesionales.
- **No sean difíciles de obtener** ni condicionen duplicidades.
- Sean fácilmente **interpretables** y contextualizables.
- Ayuden a dar apoyo al **trabajo colaborativo**.

Estas son medidas que van más allá del concepto de *satisfacción*, y se convierten en un elemento clave por evaluar si la atención recibida ha estado realmente “centrada en la persona”. De manera general —y más específicamente en las personas con problemas de salud crónicos—, las personas tienden a priorizar el mantenimiento de su independencia, de su rol social, la disminución de la carga de tratamiento y el control sobre su vida<sup>68</sup> (tabla 9).

¿Qué evalúan?	PROM	PREM
	Captan la percepción de salud de las personas.	Captan la experiencia de atención de las personas en relación con el sistema de salud y los cuidados recibidos.
Ejemplos	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Síntomas</li> <li>▪ Necesidades no cubiertas</li> <li>▪ Calidad de vida</li> <li>▪ Independencia funcional</li> <li>▪ Autopercepción del estado de salud</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Tiempo de espera</li> <li>▪ Accesibilidad</li> <li>▪ Participación en la toma de decisiones</li> <li>▪ Conocimiento del plan de cuidados y las rutas</li> <li>▪ Apoyo en la gestión de los problemas de salud crónicos</li> </ul>



En Cataluña se han realizado **varias iniciativas de evaluación** de las políticas orientadas a mejorar la atención de las personas mayores y con problemas de salud crónicos. Aunque estas iniciativas muestran todavía un largo camino por recorrer, las más destacadas serían:

- La *Central de Resultados* del sistema sanitario integral de utilización pública de Cataluña tiene la misión de medir, evaluar y difundir los resultados alcanzados, tanto en el ámbito de la asistencia sanitaria como por parte de los diferentes centros (hospitales, equipos de atención primaria, centros sociosanitarios, centros de salud mental y adicciones, centros de investigación e institutos de investigación sanitaria) del sistema sanitario público.<sup>223</sup>
- La **evaluación de los programas de cronicidad** plantea un reto para identificar los que presentan mejores resultados alcanzados teniendo en cuenta la perspectiva de profesionales, pacientes y cuidadores. En el marco del Plan de salud de Cataluña (2011-2015), el **AQuAS** desarrolló una *evaluación de los modelos organizativos o experiencias de atención sanitaria a la cronicidad* más coordinadas e integradas en Cataluña mediante el desarrollo de indicadores y su implementación para evaluar estos modelos.<sup>224</sup>
- En este mismo sentido, el **PPAC** elaboró una serie de trabajos para dar a conocer los resultados del programa:
  - *Valoración cualitativa del proceso de identificación y atención a los pacientes con necesidades complejas y enfermedad avanzada a la atención primaria.*<sup>225</sup>
  - *Resultados de la evaluación del Programa de prevención y atención en la cronicidad.*<sup>226</sup>
  - *Hitos 2011-2014 del Programa de prevención y atención a la cronicidad de Catalunya.*<sup>227</sup>



- Hay múltiples evidencias de la necesidad de **marcos evaluativos con visión integral e integrada**; en este sentido destacan los modelos *Triple Aim* y *NHS Outcome Frameworks* del modelo sanitario inglés,<sup>228,229</sup> o indicadores de las organizaciones integradas americanas y denominadas *accountable care organizations* (ACO).<sup>124,230</sup>



## 6.6 Formación, investigación e innovación

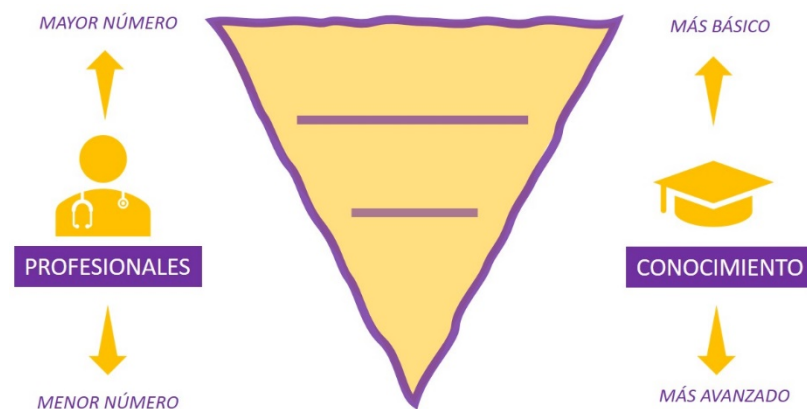
### 6.6.1 Formación y transferencia de conocimiento



La formación es esencial para afrontar con la **máxima competencia profesional** los problemas de salud relacionados con el envejecimiento y la cronicidad. Si bien es evidente la alta capacitación de los profesionales de Cataluña en la atención a estas personas, la formación continuada es una herramienta imprescindible en la búsqueda de la excelencia asistencial.

Esta formación tendría que hacer énfasis en algunas **especificidades**:

- **Interdisciplinariedad**, promoviendo acciones formativas conjuntas entre diferentes profesionales asistenciales.
- **Enfoque pragmático y competencial**: es decir, una formación muy dirigida a dar herramientas útiles a los profesionales para su día a día asistencial, con marcos conceptuales específicos y enfocada al incremento de las competencias de los profesionales.
- **Visión multidimensional** de la atención a las personas, que trascienda el abordaje centrado en la enfermedad.
- **Vocación integrativa**, haciendo un énfasis especial en los elementos de interacción entre los diferentes ámbitos y niveles asistenciales.
- **Enfoque reflexivo**, donde, partiendo del análisis de situaciones concretas, incorpore el debate constructivo con los profesionales.
- **Amplitud y profundidad**: con capacidad para adaptar los contenidos a los niveles de amplitud de difusión del conocimiento y profundidad de conocimiento que requieran los objetivos formativos de cada propuesta docente (figura 35):



**Figura 35.** Resumen conceptual de las propuestas formativas. Fuente: elaboración propia.



En Cataluña hay una larga **tradición de formación en cronicidad**, promovida desde diferentes ámbitos (tanto públicos como privados), dirigida a la ciudadanía y también a los profesionales, de todos los ámbitos asistenciales y disciplinas. Esta formación incluye desde programas de alfabetización y empoderamiento de la ciudadanía hasta la formación superior o universitaria, pasando por la formación especializada y los cursos en línea abiertos y masivos (MOOC).

## 6.6.2 Investigación e innovación



La **investigación** y la **innovación**, y su integración en la práctica asistencial, favorecen que haya más calidad de servicios de salud y más implementación, y más rápida, de los avances científicos en la prevención, el diagnóstico y el tratamiento de los problemas de salud crónicos, así como unos cuidados más éticos y eficientes para las personas.

Cataluña tiene una gran **tradición en investigación e innovación** en envejecimiento y cronicidad, ya sea en entornos eminentemente asistenciales o en ámbitos más académicos (universidades, institutos de investigación, grupos de investigación...), así como en las instituciones y las agencias oficiales (AQuAS, Dirección General de Investigación e Innovación en Salud, etc.).

Hay **que fomentar la investigación y la innovación** en todos los ámbitos relacionados con las personas mayores y la cronicidad: envejecimiento saludable, prevención de discapacidad, atención a las personas con problemas de salud crónicos, complejidad y final de vida. Eso incluye desde la investigación cualitativa centrada en los valores, las preferencias y las necesidades de las personas y sus cuidadores hasta los estudios descriptivos ecológicos/epidemiológicos, los estudios de intervención y la innovación en los modelos de atención —desde una perspectiva de finalidad cuádruple—,<sup>1</sup> dispositivos asistenciales y atención integrada.

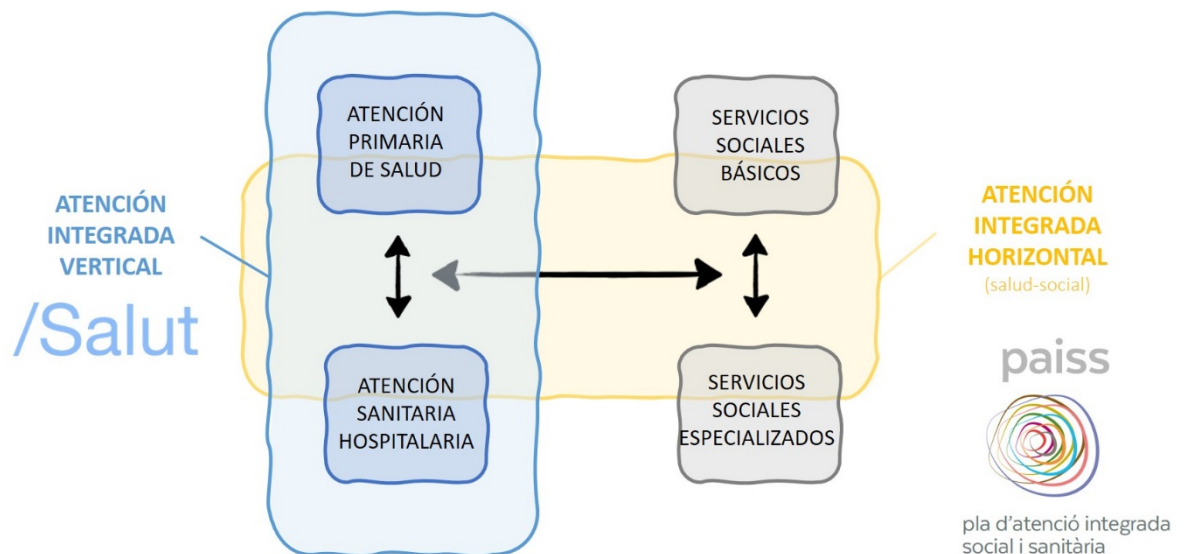
Se aboga para **incorporar a las personas** en el codiseño de los proyectos de investigación e innovación, con el objetivo de reorientar la investigación hacia los ámbitos que puedan ser de más interés e impacto a la sociedad. También hay que enfatizar la **importancia específica del rol de la mujer** en la atención a la cronicidad, tanto como persona que requerirá los cuidados adecuados como también como persona que asume el rol de cuidadora en muchas ocasiones.

Finalmente, dar respuesta al modelo de atención que se plantea en este documento requiere de entornos de **innovación organizativa**, con la combinación de un conjunto mínimo crítico de acciones generadoras de impacto en diferentes dimensiones de salud poblacional, adecuación en la utilización de servicios y buena experiencia de atención en el entorno cuidador. Es necesario, pues, fomentar una metodología de innovación, y crear una comunidad de buena práctica que facilite e intensifique este aprendizaje organizativo compartido, con el objetivo de facilitar o acelerar la escalabilidad de los proyectos y los modelos de atención.

# 7. Próximos pasos

Cataluña opta a convertirse en un país referente de buenas prácticas en la atención integral e integrada en las personas con fragilidad, cronicidad compleja y avanzada. Para alcanzarlo, contamos con una **sociedad** madura, unos **profesionales** extraordinariamente competentes y comprometidos, y ahora también con un **modelo de atención** sólido y pragmático y con **herramientas** de apoyo. Pero la implementación efectiva de cualquier modelo requiere de objetivos específicos y acciones concretas.

En este sentido, y desde una perspectiva de **integración horizontal** de la atención se empieza a trabajar en el desarrollo de 9 líneas estratégicas en el marco del PAISS, que ya dan algunas respuestas explícitas a los retos de la atención en este grupo de personas. De la misma manera, a lo largo de los próximos meses también habrá que seguir articulando la planificación estratégica desde una perspectiva de **integración vertical** (figura 36).



**Figura 36.** Estrategias de atención integrada en Cataluña.

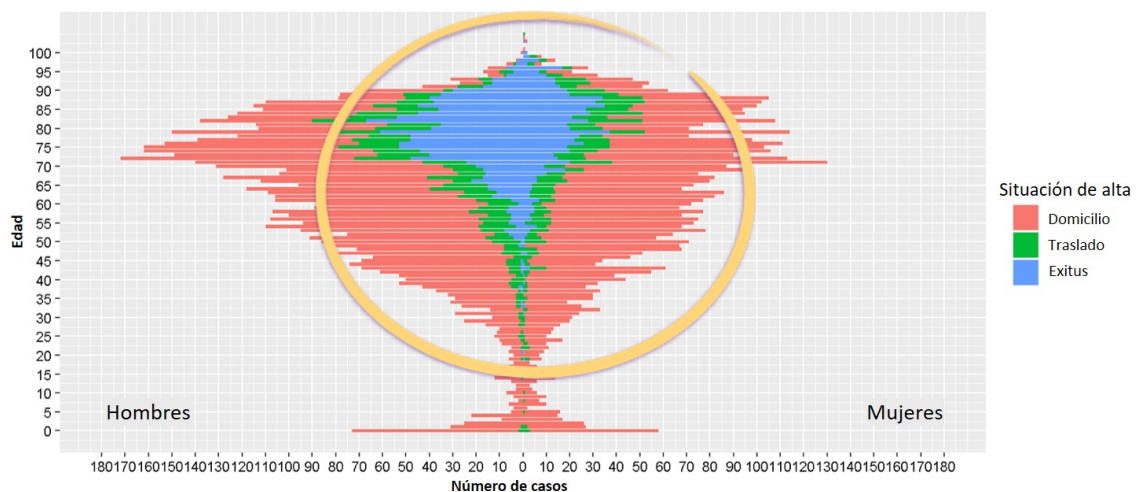
Fuente: elaboración propia.

Finalmente, este documento de bases conceptuales y de modelo de atención tiene como primer objetivo ayudar a generar una mirada común y un relato y herramientas compartidas -tanto entre los profesionales como con las organizaciones. Sin embargo, habrá que seguir trabajando a fin de que esta dinámica inspiradora acabe ejerciendo de auténtica **palanca de cambio** hacia un sistema auténticamente centrado en las personas.

## 8. Apéndice: implicaciones del modelo en contexto de la pandemia de COVID-19

### Características de las personas afectadas por COVID-19

La actual pandemia provocada por el coronavirus SARS-CoV-2 (causante de la enfermedad COVID-19) ha **afectado a especialmente a las personas de más edad y aquellas con cronicidad compleja y avanzada** (figura 40). Mientras que la mayoría de las personas con COVID-19 desarrollan una enfermedad leve o no complicada, los datos iniciales reportan que aproximadamente el 14% del total de personas desarrolla una enfermedad grave que requiere hospitalización y el 5% requiere ingreso en una unidad de cuidados intensivos<sup>231</sup> (figura 37).



**Figura 37.** Distribución por edad y sexo de los casos sospechosos de COVID-19 del 1.03.2020 en el 16.04.2020. Fuente: MUSSCAT.

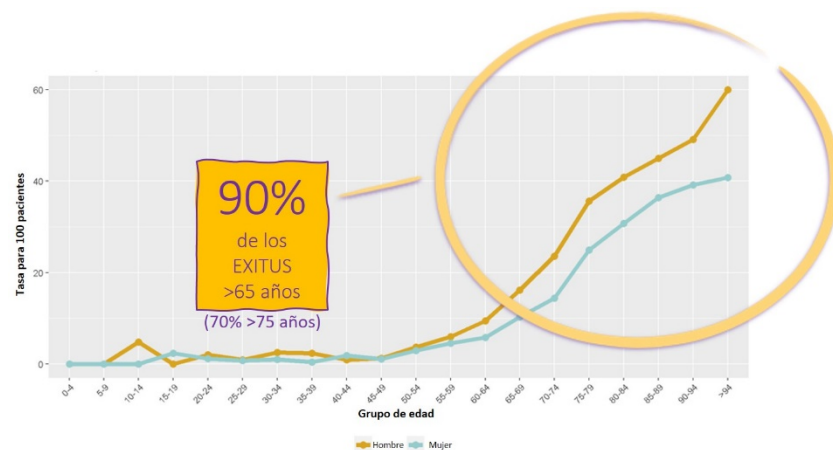
## Necesidad de toma de decisiones individualizada: el caso de las unidades de cuidados intensivos (UCI)

Así, por ejemplo, el incremento de necesidades de atención intensiva y la limitación de recursos ha puesto sobre la mesa el **debate clínico y ético** sobre la asignación de recursos y priorización de personas. Con el fin de dar respuesta, en un documento de consenso publicado recientemente se desarrollaron una serie de recomendaciones, especialmente en 3 ámbitos: 1) relacionadas con la organización, disponibilidad de recursos y alternativas; 2) relacionadas con las características y la situación global de la persona y 3) relacionadas con la ética de las decisiones.<sup>232</sup>

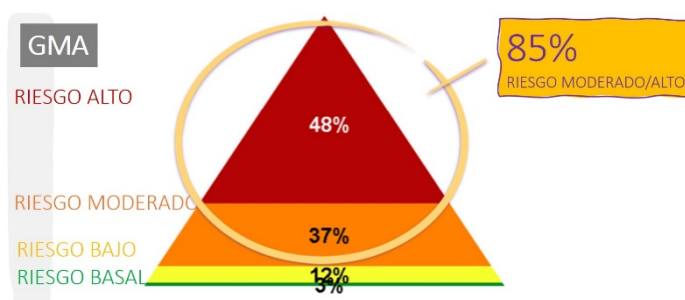
En todas ellas, se hacía énfasis especial en la necesidad de estratificación, de realizar un buen diagnóstico situacional/valoración multidimensional, individualización de los planes de atención—idealmente de forma anticipada—, y con la disponibilidad de información compartida por parte de los profesionales que las atendían. Es decir: de **la necesidad de un modelo de atención individualizado**—como el desarrollado en este documento.

## Repercusiones de la COVID-19

Se estima que el 90% de las muertes por COVID-19 se han dado en personas de más de 65 años<sup>233</sup> (figura 38), y que el 85% de las cuales tenían un GMA de riesgo moderado o alto (figura 39). Al menos la mitad del total de estas defunciones se ha producido en las residencias geriátricas.<sup>234,235</sup>



**Figura 38.** Mortalidad según edad y sexo de los casos de COVID-19 hospitalizados, del 1.03.2020 al 29.04.2020. Fuente: MUSSCAT.



**Figura 39.** Mortalidad según GMA de los casos de COVID-19 hospitalizados, del 1.03.2020 al 29.04.2020. Fuente: MUSSCAT.

Efectivamente, en el caso específico de las **residencias geriátricas**, el perfil de persona residente es el de una mujer (en un 72% de los casos, respecto de un 28% de hombres), de edad avanzada (con una media de 87 años), con gran multimorbilidad (con predominio de demencia: 46%), con gran complejidad (51% de personas con una morbilidad ajustada (GMA) de alto riesgo), y que probablemente está en situación de final de vida (54% de personas NECPAL positivas).<sup>145,236</sup> En este entorno, donde la mortalidad anual habitual es próxima al 20%,<sup>236</sup> la infección por SARS-COV-2 ha presentado una alta letalidad: al menos, una de cada cuatro personas infectadas en este ámbito murió (muy por encima de la tasa de letalidad en población general, que es de 4%).<sup>234</sup> Aunque no existen datos definitivos, el porcentaje de defunciones en residencias geriátricas en relación con el total de muertos podría situarse entre el 35%, si sólo se toman en consideración los casos confirmados por PCR, y hasta el 70%, si se incluyen aquellos casos con clínica sugestiva).<sup>237</sup>

Pero más allá de la crudeza de las cifras de mortalidad, es necesario también tomar en consideración **otras repercusiones**, tanto físicas como sociales y emocionales que esta crisis ha provocado.<sup>238</sup> La soledad, el miedo y la dificultad para la toma de decisiones compartidas o la imposibilidad de acompañar al familiar en el momento de su muerte han generado un importante impacto, que puede resultar tanto o más catastrófico que la propia enfermedad.<sup>239-242</sup> En el caso de los profesionales, al impacto emocional derivado de la crudeza de algunas de las situaciones vividas, es necesario añadir el riesgo vital propio derivado de la falta de equipos de protección individual (EPI), especialmente en las primeras fases.<sup>243,244</sup>

También en el ámbito residencial se ha vuelto necesario desarrollar consensos de recomendaciones con el objetivo de dar apoyo, desde una mirada ética y clínica, al proceso de toma de decisiones, especialmente en situaciones de más complejidad. También en este contexto de pandemia, los modelos de atención individualizados son la clave para garantizar tanto la buena praxis como los garantes de una atención auténticamente centrada en la persona.

## Aprendizajes y modelo de atención

Una vez superado (en menor o mayor grado) el primer embate de esta pandemia, nos enfrentamos a un segundo reto tanto o más difícil: ser capaces de hacer los aprendizajes que esta situación nos brinda.

Desde una **mirada individualizada**, una de las grandes lecciones que habría que aprender es la necesidad de disponer de un modelo de atención individualizado como lo que se ha desarrollado en este documento, que incluya la identificación de las personas –especialmente aquellas con cronicidad avanzada–, la valoración multidimensional, el consenso de un plan de atención individualizado y unificado –que incluya la planificación de decisiones anticipadas–, así como la compartición de este plan con otros proveedores que puedan intervenir en la atención de la persona en algún momento de la crisis.

Desde una **mirada poblacional/sistémica**, la aplicación de un modelo de atención individualizado tendría que facilitar la planificación de la respuesta a futuras crisis sobre la base de la definición específica de los circuitos, criterios de derivación y gestión de flujos de personas, así como la evaluación de la atención recibida.



# 9. Bibliografia

1. Bodenheimer T, Sinsky C. From triple to Quadruple Aim: Care of the patient requires care of the provider. *Ann Fam Med* 2014;12(6):573–6.
2. Busse R, Blümel M, Scheller-Kreinsen D, Zentner A. Tackling chronic disease in Europe: Strategies, interventions and challenges [Internet]. Copenhagen: 2010 [consulta l'1 de setembre de 2016]. Disponible a: [http://www.euro.who.int/data/assets/pdf\\_file/0008/96632/E93736.pdf](http://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0008/96632/E93736.pdf)
3. United Nations Department of Economic and Social Affairs (DESA). Population Prospects for the Twenty-First Century: The 2010 United Nations Projections. *Popul Dev Rev* 2011;37(June):407–11.
4. United Nations D of E and SAPD, United Nations, Department of Economic and Social Affairs PD. World Population Ageing 2013 [Internet]. New York: 2013 [consulta el 20 de juny de 2009]. Disponible a: <http://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/ageing/WorldPopulationAgeing2013.pdf>
5. Gómez-Batiste X, Martínez-Muñoz M, Blay C, Amblàs J, Vila L CX, Gómez-Batiste X, Martínez-Muñoz M, et al. Prevalence and characteristics of patients with advanced chronic conditions in need of palliative care in the general population: a cross-sectional study. *Palliat Med* [Internet]. 2014;28(4):302-11. Disponible a: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24403380>
6. Bodenheimer T, Berry-millett R, Francisco S. Care management of patients with complex health care needs. *Synth Proj Res Synth Rep* 2009;19:1–39.
7. Manchester J, Schwabish JA. The Long-Term Budget Outlook in the United States and the Role of Health Care Entitlements. *Natl Tax J* [Internet]. 2010;63(2):285-305. Disponible a: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=ecn&AN=1112956&site=ehost-live&scope=site>
8. Butler RN. Ageism: A Foreword. *J Soc Issues* 1980; 36(2):22. Disponible a: <https://doi.org/10.1111/j.1540-4560.1980.tb02018.x>
9. Chopik WJ, Giasson HL. Age Differences in Explicit and Implicit Age Attitudes Across the Life Span. *Gerontologist*. 2017;57(suppl\_2):S169-S177.
10. Kite ME, Johnson BT. Attitudes toward older and younger adults: a meta-analysis. *Psychol Aging*. 1988;3(3):233-244.
11. World Health Organization. Health 2020, the European policy framework for health and wellbeing [Internet]. Copenhagen: 2012. Disponible a: <http://www.euro.who.int/en/health-topics/health-policy/health-2020-the-european-policy-for-health-and-well-being>
12. World Health Organization. World report on ageing and health. 2016. Disponible a: <http://www.who.int/ageing/events/world-report-2015-launch/en/>
13. World Health Organization. WHO global strategy on integrated people-centred health services 2016-2026; 2015. Disponible a: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/180984/1/WHO\\_HIS\\_SDS\\_2015.20\\_eng.pdf?ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/180984/1/WHO_HIS_SDS_2015.20_eng.pdf?ua=1)
14. Briggs AM, Valentijn PP, Thiyagarajan JA, Araujo de Carvalho I. Elements of integrated care approaches for older people: a review of reviews. *BMJ Open* [Internet] 2018;8(4):e021194.

- Disponible a: <http://bmjopen.bmj.com/lookup/doi/10.1136/bmjopen-2017-021194>
15. Ham C. Lessons from experience: Making integrated care happen at scale and pace. 2013;(March). Disponible a: <https://www.kingsfund.org.uk/publications/making-integrated-care-happen-scale-and-pace>
  16. Nolte E, Pitchforth E. What is the evidence on the economic impacts of integrated care? WHO Reg Off Eur Eur Obs Heal Syst Policies. 2014;1-55. Disponible a: [https://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_fit-is-the-evidence-on-the-economic-impacts-of-integrated-care.pdf](https://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_fit-is-the-evidence-on-the-economic-impacts-of-integrated-care.pdf)
  17. Ovretveit J. Does clinical coordination improve quality and save money? Heal Found. 2011. Disponible a: <https://www.health.org.uk/publications/does-clinical-coordination-improve-quality-and-save-money>
  18. McDonald KM, Sundaram V, Bravata DM, et al. Closing the Quality Gap: A Critical Analysis of Quality Improvement Strategies (Vol. 7: Care Coordination). Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (US); 2007 Jun. (Technical Reviews, No. 9.7.)
  19. World Health Organization. Framework on integrated, people-centred health services [Internet]. 2016. Disponible a: [http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/WHA69/A69\\_39-en.pdf?ua=1&ua=1](http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA69/A69_39-en.pdf?ua=1&ua=1)
  20. Briggs CJ, Capdegelle P, Garner P. Strategies for integrating primary health services in middle- and low-income countries: effects on performance, costs and patient outcomes. *Cochrane Database Syst Rev*. 2001;(4):CD003318.
  21. World Health Organization. WHO Global Strategy on People-centred and Integrated Health Services: Interim Report. 2015. Disponible a: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/155002>
  22. World Health Organization. People-centred and integrated health services: an overview of evidence. 2015. Disponible a: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/155004>
  23. González Mestre A, Piqué Sánchez JL, Vila Rull A, et al. L'atenció centrada en la persona en el model d'atenció integrada social i sanitària de Catalunya. 2016. Disponible a: [https://xarxanet.org/sites/default/files/gene\\_atencio\\_centrada\\_en\\_la\\_persona\\_gener\\_2016.pdf](https://xarxanet.org/sites/default/files/gene_atencio_centrada_en_la_persona_gener_2016.pdf)
  24. WHO. Framework on integrated people-centred health services. Report by the Secretariat. World Health Organization. Sixty-ninth World Health Assembly. WHA69.39. Sixty-Ninth World Heal Assem 2016;(April):1-12. Disponible a: [https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/WHA69/A69\\_39-en.pdf?ua=1](https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA69/A69_39-en.pdf?ua=1)
  25. Picker Institute. The Eight Principles of Patient-Centered Care. Eight Princ. Patient-Centered Care. 2015. Disponible a: <https://www.oneviewhealthcare.com/the-eight-principles-of-patient-centered-care/>
  26. Generalitat de Catalunya. TERM CAT. Diccionari de serveis socials. 2010. Disponible a: [http://www.termcat.cat/es/Diccionaris\\_En\\_Linia/118/Fitxes/català/G/](http://www.termcat.cat/es/Diccionaris_En_Linia/118/Fitxes/català/G/)
  27. PIAISS. L'atenció centrada en la persona en el model d'atenció integrada social i sanitària de Catalunya. 2016. Disponible a: [http://presidencia.gencat.cat/web/.content/departament/plans\\_sectorials\\_i\\_interdepartamentals/PIAISS/PIAISS\\_atencio\\_centrada\\_en\\_la\\_persona\\_201601.pdf](http://presidencia.gencat.cat/web/.content/departament/plans_sectorials_i_interdepartamentals/PIAISS/PIAISS_atencio_centrada_en_la_persona_201601.pdf)
  28. Institut Català de la Salut. Carta de drets i deures de la ciutadania en relació amb la salut i l'atenció sanitària. General Catalunya Dep Salut 2015. Disponible a: <http://ics.gencat.cat/ca/lics/responsabilitat-social-corporativa/drets-i-deures/>
  29. Salvà A, Rivero S, Roqué M. Evolución del proceso de envejecimiento de la población española y análisis de sus determinantes. 2007.

30. Omran AR. The epidemiologic transition. A theory of the epidemiology of population change. *Bull World Health Organ* 1971;49(4):509–38.
31. Frenk J, Bobadilla JL, Stern C, Frejka T, Lozano R. Elements for a theory of the health transition. *Health Transit Rev.* 1991;1(1):21–38.
32. Kirk D. Demographic transition theory. *Popul Stud (NY)* 1996;50(1996):361–87.
33. Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad. Estrategia para el abordaje de la cronicidad en el sistema nacional de salud. Madrid: 2012. Disponible a: [https://www.mscbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/ESTRATEGIA\\_ABORDAJE\\_CRONICIDAD.pdf](https://www.mscbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/ESTRATEGIA_ABORDAJE_CRONICIDAD.pdf)
34. Catalunya I d'Estadística de. Projeccions de població 2013-2051: principals resultats. Barcelona: 2014. Disponible a: [http://idescat.cat/p/pp\\_2013\\_2051pr.pdf](http://idescat.cat/p/pp_2013_2051pr.pdf)
35. Idescat. Estructura per sexe i edat. Catalunya. Sèrie temporal. Banc d'estadístiques de municipis i comarques. 2020. Disponible a: <https://www.idescat.cat/pub/?id=aec&n=253>
36. Departament de Salut; Generalitat de Catalunya. Enquesta de salut de Catalunya 2015. Informe dels principals resultats. Barcelona: 2015. Disponible a: [http://salutweb.gencat.cat/web/.content/home/el\\_departament/estadistiques\\_sanitaries/enquestes/esca\\_2015.pdf](http://salutweb.gencat.cat/web/.content/home/el_departament/estadistiques_sanitaries/enquestes/esca_2015.pdf)
37. Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad. Encuesta Nacional de Salud 2006. Madrid: 2006. Disponible a: <http://www.msssi.gob.es/gl/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuesta2006.htm>
38. Instituto Nacional de Estadística. Encuesta Europea de Salud en España. Nota Prensa 2014. Disponible a: [https://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica\\_C&cid=1254736176784&menu=resultados&idp=1254735573175#!-tabs-1254736194728](https://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736176784&menu=resultados&idp=1254735573175#!-tabs-1254736194728)
39. Divo MJ, Martinez CH, Mannino DM. Ageing and the epidemiology of multimorbidity. *Eur Respir J* 2014;44(4):1055–68.
40. Strong K, Mathers C, Leeder S, Beaglehole R. Preventing chronic diseases: How many lives can we save? *Lancet* 2005;366(9496):1578–82.
41. World Health Organization. Enfermedades crónicas. Ginebra: 2015. Disponible a: [http://www.who.int/topics/chronic\\_diseases/es/](http://www.who.int/topics/chronic_diseases/es/)
42. Departament de Salut; Generalitat de Catalunya. Pla de Salut de Catalunya 2011-2015. Barcelona: 2012. Disponible a: [http://salutweb.gencat.cat/web/.content/home/destaquem/documents/plasalut\\_vfinal.pdf](http://salutweb.gencat.cat/web/.content/home/destaquem/documents/plasalut_vfinal.pdf)
43. Glynn LG, Valderas JM, Healy P, et al. The prevalence of multimorbidity in primary care and its effect on health care utilization and cost. *Fam Pract* 2011;28(5):516–23.
44. Barlow J, Singh D, Bayer S, Curry R. A systematic review of the benefits of home telecare for frail elderly people and those with long-term conditions. *J Telemed Telecare.* 2007;13(4):172–9.
45. Carson SS, Bach PB. The epidemiology and costs of chronic critical illness. *Crit. Care Clin.* 2002;18(3):461–76.
46. Leadley RM, Armstrong N, Lee YC, Allen A, Kleijnen J. Chronic Diseases in the European Union: The Prevalence and Health Cost Implications of Chronic Pain. *J Pain Palliat Care Pharmacother.* 2012;26(4):310–25.
47. Vogeli C, Shields AE, Lee TA, et al. Multiple chronic conditions: Prevalence, health consequences, and implications for quality, care management, and costs. In: *Journal of General Internal Medicine.* 2007. p. 391–5.

48. EH W. Meeting the needs of chronically ill people. *BMJ* 2001;323(7319):945–6.
49. Hoffman C, Rice D, Sung HY. Persons with chronic conditions. Their prevalence and costs. *Jama* 1996;276(18):1473–9.
50. Ministerio de Sanidad y Política Social. Unidad de Pacientes Pluripatológicos Estándares y Recomendaciones. Minist Sanid y Política Soc. 2009;11. Disponible a: [http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/EyR\\_UPP.pdf](http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/EyR_UPP.pdf)
51. Amblàs Novellas J, Panicot JE, Pueyo CB, et al. Topics and considerations on reducing hospital admission: from evidence to practice. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2013;48(6):290–6.
52. Tinetti ME, Fried TR, Boyd CM. Designing Health Care for the Most Common Chronic Condition — Multimorbidity. *JAMA* 2012;307(23):2493–4.
53. Bengoa R, Nuño Solinís R. Curar y cuidar. Innovación en la gestión de enfermedades crónicas: una guía práctica para avanzar. Barcelona: Elsevier Masson; 2008. Disponible a: [http://www.doyma.es/libros/ctl\\_servlet?f=1008&pid=9788445819494](http://www.doyma.es/libros/ctl_servlet?f=1008&pid=9788445819494)
54. Institute of Medicine (US) Committee on Quality of Health Care in America. *Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century*. Washington (DC): National Academies Press (US); 2001.
55. Institute of Medicine (US) Committee on Quality of Health Care in America, Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS, eds. *To Err is Human: Building a Safer Health System*. Washington (DC): National Academies Press (US); 2000.
56. Abizanda Soler P, Gómez-Pavón J, Martín Lesende I, Baztán Cortés JJ. Frailty detection and prevention: a new challenge in elderly for dependence prevention. *Med Clin (Barc)*. 2010;135(15):713–9.
57. Amblàs-Novellas J, Casas S, Catalan RM, et al. Innovando en la toma de decisiones compartida con pacientes hospitalizados: descripción y evaluación de una herramienta de registro de nivel de intensidad terapéutica. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 2016;51(3):154–8.
58. Amblàs-Novellas J, Espauella J, Rexach L et al. Frailty, severity, progression and shared decision-making: A pragmatic framework for the challenge of clinical complexity at the end of life. *Eur Geriatr Med*. 2015;6(2):189–194.
59. Hughes JS, Averill RF, Eisenhandler J, et al. Clinical Risk Groups (CRGs): a classification system for risk-adjusted capitation-based payment and health care management. *Med Care* 2004;42(1):81–90.
60. Adams EK, Bronstein JM, Raskind-Hood C. Adjusted clinical groups: predictive accuracy for Medicaid enrollees in three states. *Health Care Financ Rev* 2002;24(1):43–61.
61. Rosen AK, Loveland SA, Anderson JJ, Hankin CS, Breckenridge JN, Berlowitz DR. Diagnostic cost groups (DCGs) and concurrent utilization among patients with substance abuse disorders. *Health Serv Res*. 2002;37(4):1079–103.
62. Adie E, Baird D, Buchanan S, Guthrie C, Kendrick S. SPARRA: Scottish Patients At Risk of Readmission and Admission. Edinburgh: 2006. Disponible a: [http://www.isdscotlandarchive.scot.nhs.uk/isd/files//SPARRA\\_Report.pdf](http://www.isdscotlandarchive.scot.nhs.uk/isd/files//SPARRA_Report.pdf)
63. Barnett AG, van der Pols JC, Dobson AJ. Regression to the mean: What it is and how to deal with it. *Int J Epidemiol*. 2005;34(1):215–20.
64. Freund T, Mahler C, Erler A, et al. Identification of patients likely to benefit from care management programs. *Am J Manag Care* 2011;17(5):345–52.
65. Feachem RG a, Sekhri NK, White KL. Getting more for their dollar: a comparison of the NHS with California's Kaiser Permanente. *BMJ*. 2002;324(7330):135–41.
66. Voices N. Principles for Integrated Care. 2012;13(January):12. Disponible a: <http://www>.

- [nationalvoices.org.uk/sites/www.nationalvoices.org.uk/files/principles\\_for\\_integrated\\_care\\_20111021.pdf](http://nationalvoices.org.uk/sites/www.nationalvoices.org.uk/files/principles_for_integrated_care_20111021.pdf)
67. National Voices. A Narrative for Coordinated Care. NHS Engl Publ Gatew Ref Number 00076. 2013;1–12. Disponible a: <http://www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2013/05/nv-narrative-cc.pdf>
  68. Coulter A. Measuring what matters to patients. *BMJ*. 2017;356:j816. Published 2017 Feb 20. doi:10.1136/bmj.j816
  69. World Health Organization. Thirty-year retrospective of Catalan health planning. 2020. Disponible a: <http://www.euro.who.int/en/health-topics/Health-systems/health-systems-filing/publications/2020/thirty-year-retrospective-of-catalan-health-planning-2020>
  70. Tinetti ME, Fried T. The end of the disease era. *Am J Med*. 2004;116(3):179–85. Disponible a: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0002934303006661>
  71. Le Reste JY, Nabbe P, Rivet C, et al. The European general practice research network presents the translations of its comprehensive definition of multimorbidity in family medicine in ten European languages. *PLoS One*. 2015;10(1):e0115796. Published 2015 Jan 21.
  72. Vetrano DL, Palmer K, Marengoni A, et al. Frailty and Multimorbidity: A Systematic Review and Meta-analysis. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 2019;74(5):659–666.
  73. Kingston A. Projections of multi-morbidity in the older population in England to 2035: estimates from the Population Ageing and Care Simulation (PACSim) model. *Age Ageing* 2018;(April):1–7.
  74. Yarnall AJ, Sayer AA, Clegg A, Rockwood K, Parker S, Hindle JV. New horizons in multimorbidity in older adults. *Age Ageing*. 2017;46(6):882–888.
  75. Cesari M, Marzetti E, Thiem U, et al. The geriatric management of frailty as paradigm of “The end of the disease era.” *Eur J Intern Med*. 2016;3–6.
  76. Salisbury C. Multimorbidity: redesigning health care for people who use it. *Lancet*. 2012;380(9836):7–9.
  77. Barnett K, Mercer SW, Norbury M, Watt G, Wyke S, Guthrie B. Epidemiology of multimorbidity and implications for health care, research, and medical education: a cross-sectional study. *Lancet*. 2012;380(9836):37–43.
  78. Syddall H, Roberts HC, Evandrou M, et al. Prevalence and correlates of frailty among community-dwelling older men and women: Findings from the Hertfordshire Cohort Study. *Age Ageing*. 2009;39(2):197–203.
  79. Hoogendijk EO, van der Horst HE, Deeg DJH, et al. The identification of frail older adults in primary care: comparing the accuracy of five simple instruments. *Age Ageing*. 2013;42(2):262–5.
  80. Francisco J. García-García, Ana Alfaró Acha. Fragilidad: de la epidemiología a la clínica. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 2015;45(5):250–1.
  81. Andradas Aragonés E, Labrador Cañadas MV, Lizarbe Alonso V, Molina Olivas M. Documento de consenso sobre prevención de fragilidad y caídas en la persona mayor. Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención en el SNS. 2014. Disponible a: [https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/Estrategia/docs/FragilidadCaidas\\_personamayor.pdf](https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/Estrategia/docs/FragilidadCaidas_personamayor.pdf)
  82. Rockwood K, Andrew M, Mitnitski A. A comparison of two approaches to measuring frailty in elderly people. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 2007;62(7):738–43.
  83. Reports BM. Operationalizing a Frailty Index from a Standardized Comprehensive Geriatric Assessment. 2004;1929–33.

84. Sternberg SA, Schwartz AW, Karunanathan S, et al. The Identification of Frailty: A Systematic Literature Review. *J Am Geriatr Soc* 2011;59:2129–38.
85. Rodríguez-Mañas L, Féart C, Mann G, et al. Searching for an operational definition of frailty: A delphi method based consensus statement. the frailty operative definition-consensus conference project. *Journals Gerontol- Ser A Biol Sci Med Sci.* 2013;68(1):62–7.
86. Romera-Liebana L, Orfila F, Segura JM, et al. Effects of a Primary Care-Based Multifactorial Intervention on Physical and Cognitive Function in Frail, Elderly Individuals: A Randomized Controlled Trial. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci.* 2018;73(12):1688-1674.
87. Inzitari M, Pérez LM, Enfedaque MB, et al. Integrated primary and geriatric care for frail older adults in the community: Implementation of a complex intervention into real life. *Eur J Intern Med.* 2018;56:57-63.
88. Tarazona-Santabalbina FJ, Gómez-Cabrera MC, Pérez-Ros P, et al. A Multicomponent Exercise Intervention that Reverses Frailty and Improves Cognition, Emotion, and Social Networking in the Community-Dwelling Frail Elderly: A Randomized Clinical Trial. *J Am Med Dir Assoc.* 2016;17(5):426-433.
89. Fried LP, Tangen CM, Walston J, Newman AB, Hirsch C, Gottdiener J et al, Fried LP, Tangen CM, Walston J et al. Frailty in older adults: evidence for a phenotype. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci.* 2001;56(3):M146–56.
90. Hoogendijk EO, Afilalo J, Ensrud KE, Kowal P, Onder G, Fried LP. Frailty: implications for clinical practice and public health. *Lancet.* 2019;394(10206):1365-1375
91. Kim MJ, Yabushita N, Kim MK, Nemoto M, Seino S, Tanaka K. Mobility performance tests for discriminating high risk of frailty in community-dwelling older women. *Arch Gerontol Geriatr* 2010;51:192–8.
92. Dent E, Kowal P, Hoogendijk EO. Frailty measurement in research and clinical practice: A review. *Eur J Intern Med.* 2016;31:3-10.
93. Morley JE, Malmstrom TK, Miller DK. A simple frailty questionnaire (FRAIL) predicts outcomes in middle aged african americans. *J Nutr Heal Aging* 2012;16(7):601–8.
94. Romero-ortuno R, Walsh CD, Lawlor BA, Kenny RA. A Frailty Instrument for primary care: findings from the Survey of Health , Ageing and Retirement in Europe ( SHARE ). *BMC Geriatr* 2010;10(57):1–12.
95. Vellas B, Balardy L, Gillette-Guyonnet S, et al. Looking for Frailty in Community-Dwelling Older Persons: The Gérontopôle Frailty Screening Tool (GFST). *J Nutr Health Aging* 2013;17:629–31.
96. Clegg, A., Bates, C., Young, J., Teale, E., Parry J. Development and validation of an electronic frailty index using existing primary care health record data. *Age Ageing* 2014;0:ii19.
97. British Geriatrics Society. Fit for Frailty. Part 1. 2014. Disponible a: [http://www.bgs.org.uk/campaigns/fff/fff2\\_full.pdf](http://www.bgs.org.uk/campaigns/fff/fff2_full.pdf)
98. Kempen JAL Van. Diagnosis of Frailty after a Comprehensive Geriatric Assessment: Differences between Family Physicians and Geriatricians Background : To compare the outcomes of Comprehensive Geriatric Assessments by family physicians. 2015;28(2).
99. Moorhouse P, Rockwood K, Morley JE, et al. Frailty Consensus: A Call to Action. *J Am Med Dir Assoc.* 2013;14(6):392–7.
100. Hamaker ME, Jonker JM, de Rooij SE, Vos AG, Smorenburg CH, van Munster BC. Frailty screening methods for predicting outcome of a comprehensive geriatric assessment in elderly patients with cancer: a systematic review. *Lancet Oncol.* 2012;13(10):e437-44.
101. Fougère B, Morley JE, Little MO, De Souto Barreto P, Cesari M, Vellas B. Interventions Against Disability in Frail Older Adults: Lessons Learned from Clinical Trials. *J Nutr Health*

- Aging*. 2018;22(6):676-688.
102. Martínez-Velilla N, Casas-Herrero A, Zambom-Ferraresi F, et al. Effect of Exercise Intervention on Functional Decline in Very Elderly Patients During Acute Hospitalization: A Randomized Clinical Trial [published correction appears in *JAMA Intern Med*. 2019 Jan 1;179(1):127]. *JAMA Intern Med*. 2019;179(1):28-36.
  103. Stuck AE, Iliffe S. Comprehensive geriatric assessment for older adults. *BMJ*. 2011;343:d6799.
  104. Amblàs-Novellas J, Martori J, Molist Brunet N, Oller R, Gomez-Batiste X, Espauella J. Índice Frágil-VIG: diseño y evaluación de un Índice de Fragilidad basado en la Valoración Integral Geriátrica. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 2016;52(3):119-23.
  105. Amblàs-Novellas J, Martori JC, Espauella J, et al. Frail-VIG index: A concise frailty evaluation tool for rapid geriatric assessment. *BMC Geriatr* 2018;18(1).
  106. Marchiori GF, Tavares DMDS. Changes in frailty conditions and phenotype components in elderly after hospitalization. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2017;25:e2905. Published 2017 Jul 10
  107. Cesari M, Araujo de Carvalho I, Amuthavalli Thiyagarajan J, et al. Evidence for the Domains Supporting the Construct of Intrinsic Capacity. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 2018;73(12):1653-1660.
  108. Limón E, Blay C, Burdoy E. A propòsit del CAAPS sobre fragilitat i cronicitat complexa: algunes lliçons apreses. *But At Prim Cat* 2017;35:32. Disponible a: [http://gestorweb.camfic.cat/uploads/ITEM\\_8552\\_ART\\_742.pdf](http://gestorweb.camfic.cat/uploads/ITEM_8552_ART_742.pdf)
  109. Cesari M, Prince M, Thiyagarajan JA, et al. Frailty: An Emerging Public Health Priority. *J Am Med Dir Assoc*. 2016;1-5.
  110. Dent E, Martin FC, Bergman H, Woo J, Romero-Ortuno R, Walston JD. Management of frailty: opportunities, challenges, and future directions. *Lancet*. 2019;394(10206):1376-1386.
  111. Amblàs-Novellas J, Espauella-Panicot J, Inzitari M, Rexach L, Fontecha B, Romero-Ortuno R. The challenge of clinical complexity in the 21st century: Could frailty indexes be the answer? *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2017;52(3):159-166.
  112. Clegg A, Young J, Iliffe S, Rikkert MO, Rockwood K. Frailty in elderly people. *Lancet* 2013;381(9868):752-62.
  113. Kuipers, P., Kendall, E., Ehrlich, C., et al. Complexity and Health care: health practitioner workforce services, roles, skills and training, to respond to patients with complex needs. 2011. Disponible a: <http://www.health.qld.gov.au/ahwac/docs/cet/complexcarefull1.pdf>
  114. Nardi R, Scanelli G, Corrao S, Iori I, Mathieu G, Cataldi Amatrian R. Co-morbidity does not reflect complexity in internal medicine patients. *Eur. J. Intern. Med*. 2007;18(5):359-68.
  115. Gask L, Klinkman M, Fortes S, Dowrick C. Capturing complexity: the case for a new classification system for mental disorders in primary care. *Eur Psychiatry*. 2008;23(7):469-76.
  116. Valderas JM, Starfield B, Sibbald B, Salisbury C, Roland M. Defining comorbidity: Implications for understanding health and health services. *Ann. Fam. Med*. 2009;7(4):357-63.
  117. Safford MM, Allison JJ, Kiefe CI. Patient complexity: More than comorbidity. The vector model of complexity. In: *Journal of General Internal Medicine*. 2007. p. 382-90.
  118. Cook DA, Beckman TJ, Thomas KG, Thompson WG. Introducing resident doctors to complexity in ambulatory medicine. *Med Educ* 2008;42(8):838-48.
  119. Conklin J. Wicked Problems & Social Complexity. In: *Dialog Mapping: Building Shared Un-*

- derstanding. 2005. p. 20. ISBN-13: 978-0470017685
120. Rittel HWJ, Webber MM. Dilemmas in a general theory of planning. *Policy Sci* 1973;4(2):155–69.
  121. Blay C, Limón E. Bases per a un model català d'atenció a les persones amb necessitats complexes: conceptualització i introducció als elements operatius. Barcelona: 2016. Disponible a. <https://scientiasalut.gencat.cat/handle/11351/3305>
  122. Centre de terminologia de la llengua catalana (Termcat). Terminologia de la cronicitat. 2013. Disponible a. <https://www.termcat.cat/ca/diccionaris-en-linia/160>
  123. Monterde D, Vela E, Clèries M; grupo colaborativo GMA. Los grupos de morbilidad ajustados: nuevo agrupador de morbilidad poblacional de utilidad en el ámbito de la atención primaria [Adjusted morbidity groups: A new multiple morbidity measurement of use in Primary Care]. *Aten Primaria*. 2016;48(10):674-682.
  124. Hong CS, Siegel AL, Ferris TG. Caring for high-need, high-cost patients: what makes for a successful care management program? *Issue Brief (Commonw Fund)*. 2014;19:1-19.
  125. McNamara B, Rosenwax LK, Holman CDJ. A Method for Defining and Estimating the Palliative Care Population. *J Pain Symptom Manage* 2006;32:5–12.
  126. Stjernswärd J, Foley KM, Ferris FD. The Public Health Strategy for Palliative Care. *J Pain Symptom Manage* 2007;33:486–93.
  127. Webster R, Lacey J, Quine S. Palliative care: a public health priority in developing countries. *J Public Health Policy* 2007;28:28–39.
  128. Gómez-Batiste X, Martínez-Muñoz M, Blay C, Espinosa J, Contel JC, Ledesma A. Identifying needs and improving palliative care of chronically ill patients: a community-oriented, population-based, public-health approach. *Curr Opin Support Palliat Care* 2012;6:371–8.
  129. Ritchie CS, Zulman DM. Research priorities in geriatric palliative care: multimorbidity. *J Palliat Med [Internet]* 2013;16:843–7.
  130. Ela S, Espinosa J, Martínez-Muñoz M, et al. The WHO collaborating centre for public health palliative care programs: an innovative approach of palliative care development. *J Palliat Med*. 2014;17:385–92.
  131. McIlfratrick S, Noble H, McCorry NK, et al. Exploring public awareness and perceptions of palliative care: a qualitative study. *Palliat Med*. 2014;28:273–80.
  132. Beider S. An ethical argument for integrated palliative care. *Evidence-based Complement. Altern. Med*. 2005;2:227–31.
  133. Boyd K, Murray SSA. Recognising and managing key transitions in end of life care. *BMJ* 2010;341:c4863.
  134. Gomez-Batiste X, Martinez-Munoz M, Blay C, et al. Identifying patients with chronic conditions in need of palliative care in the general population: development of the NECPAL tool and preliminary prevalence rates in Catalonia. *BMJ Support Palliat Care*. 2013;3(3):300–8.
  135. Thoonsen B, Vissers K, Verhagen S, et al. Training general practitioners in early identification and anticipatory palliative care planning: a randomized controlled trial. *BMC Fam Pract*. 2015;16:126.
  136. Temel JS, Greer JA, Muzikansky A, et al. Early palliative care for patients with metastatic non-small-cell lung cancer. *N Engl J Med*. 2010;363(8):733–42.
  137. Parikh R, Kirch R, Parikh RB, Kirch RA, Smith TJ TJ. Early specialty palliative care—translating data in oncology into practice. *New Engl J Med J Med* 2013;369(24):2347–51.
  138. Howie L, Peppercorn J. Early palliative care in cancer treatment: rationale, evidence and clinical implications. *Ther Adv Med Oncol*. 2013;5(6):318–23.



139. Amblàs-Novellas J, Murray SA, Espauella J, et al. Identifying patients with advanced chronic conditions for a progressive palliative care approach: a cross-sectional study of indicators related to end-of-life trajectories. *BMJ Open* 2016;6:e012340.
140. Murray SA, Kendall M, Mitchell G, Moine S, Amblàs-Novellas J, Boyd K. Palliative care from diagnosis to death. *BMJ* 2017;356.
141. The GSF Prognostic Indicator Guidance. 2011. Disponible a: <http://www.goldstandards-framework.org.uk/cd-content/uploads/files/General Files/Prognostic Indicator Guidance October 2011.pdf>
142. Boyd K, Murray S. Supportive and Palliative Care Indicators Tool (SPICT). 2011. Disponible a: [http://www.spict.org.uk/pluginfile.php/26/mod\\_page/content/48/SPICT\\_June2013%28watermarked%29.pdf](http://www.spict.org.uk/pluginfile.php/26/mod_page/content/48/SPICT_June2013%28watermarked%29.pdf)
143. Thoosen B, Engels Y, van Rijswijk E, et al. Early identification of palliative care patients in general practice: development of RADboud indicators for Palliative Care Needs (RADPAC). *Br J Gen Pract J R Coll Gen Pract* 2012;62(602):e625-631.
144. Gómez-Batiste X, Martínez-Muñoz M, Blay C, Amblàs J, Vila L, Costa X. Identificación de personas con enfermedades crónicas avanzadas y necesidad de atención paliativa en servicios sanitarios y sociales: elaboración del instrumento NECPAL CCOMS-ICO©. *Med Clin (Barc)* 2013;140(6):241–5.
145. Gómez-Batiste X, Martínez-Muñoz M, Blay C, et al. Prevalence and characteristics of patients with advanced chronic conditions in need of palliative care in the general population: A cross-sectional study. *Palliat Med* 2014;28(4):302–11.
146. Kimbell B, Murray SA, Macpherson S BK. Embracing inherent uncertainty in advanced illness. *BMJ Br Med J* 2016;354:i3802.
147. Esteban-Pórez M, Grau IC, Castells Trilla G, et al. Complejidad asistencial en la atención al final de la vida: criterios y niveles de intervención en atención comunitaria de salud. *Med Paliativa*. 2015;22(2):69–80.
148. Busquet i Duran X. L'Hexàgon de la Complexitat (HexCom). Intercambios, papeles psicoanàlisi / Intercanvis, Pap psicoanàlisi 2017;(38):86–106.
149. Esteban-Pérez M, Martínez Serrano T, Boira Senlí RM, Castells Trilla G, Nadal Ventura S, Fernández-Ballart J. Concordancia entre la complejidad observada desde diferentes niveles asistenciales en pacientes crónicos complejos, con enfermedad avanzada o al final de la vida mediante un modelo de abordaje de la complejidad. *Med Paliativa* 2018; 25(4):236-244
150. Kelley AS, Meier DE. Palliative Care — A Shifting Paradigm. *N Engl J Med* 2010;363(8):781–2.
151. Thoosen B, Groot M, Engels Y, et al. Early identification of and proactive palliative care for patients in general practice, incentive and methods of a randomized controlled trial. *BMC Fam Pract*. 2011;12(1):123.
152. Bélanger E, Rodríguez C, Groleau D. Shared decision-making in palliative care: a systematic mixed studies review using narrative synthesis. *Palliat Med* 2011;25(3):242–61.
153. Murray SA, Kendall M, Mitchell G, Moine S, Amblàs-Novellas J, Boyd K. Palliative care from diagnosis to death. *BMJ*. 2017;356.
154. Amblàs-Novellas J, Espauella J, Rexach L et al, et al. Frailty, severity, progression and shared decision-making: A pragmatic framework for the challenge of clinical complexity at the end of life. *Eur Geriatr Med* 2015;6(2):189–194.
155. Santos-Eggimann B, Sirven N. Screening for frailty: Older populations and older individuals. *Public Health Rev* 2016;37(1):1–16.

156. Castell Alcalá MV, Melgar Borrego AB, Julián Viñals R, de Hoyos Alonso MC. Consideraciones sobre los estudios de prevalencia de fragilidad en el mayor en España [Comments on studies on the prevalence of frailty in the elderly in Spain]. *Aten Primaria*. 2012;44(5):295-296.
157. Pritchard JM, Kennedy CC, Karampatos S, et al. Measuring frailty in clinical practice: a comparison of physical frailty assessment methods in a geriatric out-patient clinic. *BMC Geriatr*. 2017;17(1):264. Published 2017 Nov 13.
158. Das LT, Abramson EL, Kaushal R. High-Need, High-Cost Patients Offer Solutions for Improving Their Care and Reducing Costs. *NEJM Catal*. 2019. Disponible a: <https://catalyst.nejm.org/high-need-high-cost-patients-solutions/>.
159. Blumenthal D, Chernof B, Fulmer T, Lumpkin J, Selberg J. Caring for High-Need, High-Cost Patients- An Urgent Priority. *N Engl J Med*. 2016;375(10):909-911.
160. Wammes JJG, Van Der Wees PJ, Tanke MAC, Westert GP, Jeurissen PPT. Systematic review of high-cost patients' characteristics and healthcare utilisation. *BMJ Open* 2018;8(9).
161. Blay C, Burdoy E, Limón E. Monografies CAAPS: Abordatge del pacient amb fragilitat i cronicitat complexa. Barcelona: Societat Catalana de Medicina Familiar i Comunitària; 2015.
162. Morley MB JE, Little DO MO, Berg-Weger M. Rapid Geriatric Assessment: A Tool for Primary Care Physicians. *J Am Med Dir Assoc*. 2016;18(3):195-9.
163. Overcash JA, Beckstead J, Extermann M, Cobb S. The abbreviated comprehensive geriatric assessment (aCGA): A retrospective analysis. *Crit Rev Oncol Hematol* 2005;54(2):129-36.
164. Aliberti MJR, Covinsky KE, Apolinario D, et al. A 10-min Targeted Geriatric Assessment Predicts Mortality in Fast-Paced Acute Care Settings: A Prospective Cohort Study. *J Nutr Heal Aging* 2019;23(3):286-90.
165. Hutchinson AM, Milke DL, Maisey S, et al. The Resident Assessment Instrument-Minimum Data Set 2. *Psychiatr Nurses Assoc* 2012;18(2 SRC-GoogleScholar FG-0):1472-6963.
166. Soubeyran P, Bellera C, Goyard J, et al. Screening for vulnerability in older cancer patients: the ONCODAGE Prospective Multicenter Cohort Study. *PLoS One*. 2014;9(12):e115060. Published 2014 Dec 11.
167. Torres-Arreola L del P, Vladislavovna Doubova S, Reyes-Morales H, et al. Estudio de las necesidades de salud en atención primaria mediante el diagnóstico de salud de la familia. *Atención Primaria*. 2006;38(7):381-6.
168. Henderson V. Principios basicos de los cuidados de enfermeria. 1961. Disponible a: <http://biblioteca.hsjdbcn.org/V%20Henderson.pdf>
169. Guzzetta CE, Dossey BM. Nursing diagnosis: framework, process, and problems. *Heart Lung*. 1983;12(3):281-291.
170. Zalenski RJ, Raspa R. Maslow's hierarchy of needs: a framework for achieving human potential in hospice. *J Palliat Med* 2006;9:1120-7.
171. Maté-Méndez J, González-Barboteo J, Calsina-Berna A, et al. The Institut Català d'Oncologia model of palliative care: An integrated and comprehensive framework to address the essential needs of patients with advanced cancer. *J Palliat Care*. 2013;29:237-43.
172. Puchalski CM. Spirituality and the care of patients at the end-of-life: an essential component of care. *Omega (Westport)*. 2007;56(1):33-46.
173. McCaffrey G, McConnell S. Compassion: a critical review of peer-reviewed nursing literature. *J Clin Nurs*. 2015;24(19-20):3006-3015.
174. Lothian K, Philp I. Maintaining the dignity and autonomy of older people in the healthcare setting. *BMJ*. 2001;322(7287):668-670.

175. Holt J. A Systematic Review of the Congruence Between People's Needs and Nurses' Interventions for Supporting Hope. *Online J Knowl Synth Nurs*. 2001;8:1. Published 2001 Jan 30.
176. Rodríguez-Mañas L, Walston JD. Frailty, what are we talking about? Implications for the daily clinical practice. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2017;52(4):179-181.
177. Boehmer KR, Moain A, Dabrh A, et al. Does the chronic care model meet the emerging needs of people living with multimorbidity ? A systematic review and thematic synthesis. 2018;(Ccm):1-17.
178. Cornwell J. The care of frail older people with complex needs: time for a revolution. London: 2012. Disponible a: <http://www.kingsfund.org.uk/publications/care-frail-older-people-complex-needs-time-revolution>
179. Fontecha-Gómez BJ, Amblàs-Novellas J, Betancor-Santana É, et al. Protocolo territorial de adecuación de la intensidad terapéutica. Área Metropolitana Sur de Barcelona. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2018;53(4):217-222.
180. Boletín Oficial del Estado. LEY 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia. Boletín Of del Estado 2006;(299):44142-56.
181. Pulvirenti M, McMillan J, Lawn S. Empowerment, patient centred care and self-management. *Health Expect*. 2014;17(3):303-310.
182. Godolphin W. Shared decision-making. *Healthc Q* 2009;12 Spec No:e186-90.
183. Towle a, Godolphin W. Framework for teaching and learning informed shared decision making. *BMJ* 1999;319:766-71.
184. David B. Reuben, M.D., and Mary E. Tinetti MD. Goal-Oriented Patient Care — An Alternative Health Outcomes Paradigm. *N Engl J Med* 2012;366:777-9.
185. Stacey D, Bennett CL, Barry MJ, et al. Decision aids for people facing health treatment or screening decisions. *Cochrane database Syst Rev*. 2011;CD001431. Disponible a: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21975733>
186. Wennberg JE, O'Connor AM, Collins ED, Weinstein JN. Extending the P4P agenda, part 1: how Medicare can improve patient decision making and reduce unnecessary care. *Health Aff (Millwood)*. 2007;26:1564-74.
187. Coulter A, Entwistle VA, Eccles A, Ryan S, Shepperd S, Perera R. Personalised care planning for adults with chronic or long-term health conditions. *Cochrane Database Syst Rev*. 2015;2015(3):CD010523. Published 2015 Mar 3.
188. Bernabeo E, Holmboe ES. Patients, providers, and systems need to acquire a specific set of competencies to achieve truly patient-centered care. *Health Aff (Millwood)*. 2013;32(2):250-8.
189. Lasmarías C, Loncán P, Vila L, Blay C. Model català de planificació de decisions anticipades. 2015. Disponible a: [https://salutweb.gencat.cat/web/.content/ambits-actuacio/Linies-dactuacio/Estrategies-de-salut/Cronicitat/Documentacio-cronicitat/arxiu/model\\_pda\\_definitiu\\_v7.pdf](https://salutweb.gencat.cat/web/.content/ambits-actuacio/Linies-dactuacio/Estrategies-de-salut/Cronicitat/Documentacio-cronicitat/arxiu/model_pda_definitiu_v7.pdf)
190. Sørensen K, Van den Broucke S, Fullam J, et al. Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health*. 2012;12:80. Published 2012 Jan 25.
191. Payne RA. The epidemiology of polypharmacy. *Clin Med (Lond)*. 2016;16(5):465-469. doi:10.7861/clinmedicine.16-5-465
192. Shah BM, Hajjar ER. Polypharmacy, adverse drug reactions, and geriatric syndromes. *Clin Geriatr Med*. 2012;28(2):173-86.

193. Pasina L, Brucato a L, Falcone C et al. Medication non-adherence among elderly patients newly discharged and receiving polypharmacy. *Drugs Aging* 2014;31(4):283–9.
194. Sevilla-Sanchez D, Molist-Brunet N, Amblàs-Novellas J, Roura-Poch P, Espauella-Panicot J, Codina-Jané C. Adverse drug events in patients with advanced chronic conditions who have a prognosis of limited life expectancy at hospital admission. *Eur J Clin Pharmacol* 2017;73(1).
195. Duerden M, Avery T, Payne R (2013). Polypharmacy and medicines optimisation. Making it safe and sound: The King's Fund. Disponible a: [https://www.kingsfund.org.uk/sites/default/files/field/field\\_publication\\_file/polypharmacy-and-medicines-optimisation-kingsfund-nov13.pdf](https://www.kingsfund.org.uk/sites/default/files/field/field_publication_file/polypharmacy-and-medicines-optimisation-kingsfund-nov13.pdf)
196. Garfinkel D, Mangin D. Feasibility study of a systematic approach for discontinuation of multiple medications in older adults: addressing polypharmacy. *Arch Intern Med* 2010;170:1648–54.
197. Gokula M, Holmes HM. Tools to reduce polypharmacy. *Clin Geriatr Med*. 2012;28(2):323–41.
198. van der Cammen TJM, Rajkumar C, Onder G, Sterke CS, Petrovic M. Drug cessation in complex older adults: time for action. *Age Ageing* 2014;43(1):20–5.
199. Hubbard RE, O'Mahony MS, Woodhouse KW. Medication prescribing in frail older people. *Eur J Clin Pharmacol*. 2013;69(3):319–26.
200. Espauella-Panicot J, Molist-Brunet N, Sevilla-Sánchez D, et al. Patient-centred prescription model to improve adequate prescription and therapeutic adherence in patients with multiple disorders. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 2017;52(5).
201. Molist Brunet N, Espauella Panicot J, Sevilla-Sánchez D, et al. A patient-centered prescription model assessing the appropriateness of chronic drug therapy in older patients at the end of life. *Eur Geriatr Med* 2015;3–7.
202. Worthen, Vaughn E., Lambert, Michael J., (2007), Outcome oriented supervision: Advantages of adding systematic client tracking to supportive consultations. *Counselling and Psychotherapy Research*, 7
203. Elwyn G, Laitner S, Coulter A, Walker E, Watson P, Thomson R. Implementing shared decision making in the NHS. *BMJ* 2010;341:c5146.
204. Rotenstein LS, Huckman RS, Wagle NW. Making Patients and Doctors Happier — The Potential of Patient-Reported Outcomes. *N Engl J Med*. 2017;377(14):1309–12.
205. Coulter A, Collins A. Making decision-making a reality: No decision about me, without me. *Kings Fund* 2011;1–56.
206. Lasmarías Martínez C, Delgado Girón S, Rietjens JAC, et al. Definición y recomendaciones para la planificación de decisiones anticipadas: Un consenso internacional apoyado por la European Association for Palliative Care (EAPC). *Med Paliativa* 2019;26(3):236-249
207. Albanell N, Amil P, Arisa JR et al. Bones pràctiques en atenció compartida: recomanacions per a una gestió òptima dels PIIC.2015. Disponible a: [https://salutweb.gencat.cat/web/.content/ambits-actuacio/Linies-dactuacio/Estrategies-de-salut/Cronicitat/Documentacio-cronicitat/arxiu/bon\\_prac\\_atenc\\_compartida\\_v\\_4\\_16.pdf](https://salutweb.gencat.cat/web/.content/ambits-actuacio/Linies-dactuacio/Estrategies-de-salut/Cronicitat/Documentacio-cronicitat/arxiu/bon_prac_atenc_compartida_v_4_16.pdf)
208. Huntley AL, Thomas R, Mann M, et al. Is case management effective in reducing the risk of unplanned hospital admissions for older people? A systematic review and meta-analysis. *Fam Pract*. 2013;30(3):266–75.
209. Mitchell GK, Del Mar CB, O'Rourke PK, Clavarino AM. Do case conferences between general practitioners and specialist palliative care services improve quality of life? A randomised controlled trial (ISRCTN 52269003). *Palliat Med*. 2008;22(8):904-912.

210. Fewster-Thuente L, Velsor-Friedrich B. Interdisciplinary collaboration for healthcare professionals. *Nurs Adm Q*. 2008;32(1):40-48.
211. Zwarenstein M, Goldman J, Reeves S. Interprofessional collaboration: effects of practice-based interventions on professional practice and healthcare outcomes. *Cochrane Database Syst Rev*. 2009;(3):CD000072. Published 2009 Jul 8.
212. Hardin L, Kilian A, Spykerman K. Competing health care systems and complex patients: An inter-professional collaboration to improve outcomes and reduce health care costs. *J Interprofessional Educ Pract*. 2017;7:5–10.
213. van Dongen JJ, Lenzen SA, van Bokhoven MA, Daniëls R, van der Weijden T, Beurskens A. Interprofessional collaboration regarding patients' care plans in primary care: a focus group study into influential factors. *BMC Fam Pract*. 2016;17:58. Published 2016 May 28.
214. King MA, Roberts MS. Multidisciplinary case conference reviews: improving outcomes for nursing home residents, carers and health professionals. *Pharm World Sci*. 2001;23(2):41-45.
215. To THM, Tait P, Morgan DD, et al. Case conferencing for palliative care patients- a survey of South Australian general practitioners. *Aust J Prim Health*. 2017;23(5):458-463.
216. Contel JC. Integrated care and the challenge of chronic illness. La atención integrada y el reto de la cronicidad. *Enferm Clin*. 2018;28(1):1-4.
217. De Bleser L, Depreitere R, De Waele K, Vanhaecht K, Vlayen J, Sermeus W. Defining pathways. *J Nurs Manag*. 2006;14(7):553-563.
218. Hwang U, Shah MN, Han JH, Carpenter CR, Siu AL, Adams JG. Transforming emergency care for older adults. *Health Aff (Millwood)*. 2013;32(12):2116-2121.
219. Thomas P, Meads G, Moustafa A, Nazareth I, Stange KC, Hess GD. Combined horizontal and vertical integration of care: A goal of practice-based commissioning. *Qual Prim Care* 2008;16(6):425–32.
220. Baxter S, Johnson M, Chambers D, Sutton A, Goyder E, Booth A. The effects of integrated care: A systematic review of UK and international evidence. *BMC Health Serv Res* 2018;18(1):1–13.
221. Ham C. The ten characteristics of the high-performing chronic care system. *Health Econ Policy Law*. 2010;5(Pt 1):71-90.
222. Fihn SD, Francis J, Clancy C, et al. Insights from advanced analytics at the veterans health administration. *Health Aff* 2014;33(7):1203–11.
223. Observatori del Sistema de Salut de Catalunya. Central de Resultats. 2019. Disponible a: [http://observatorisalut.gencat.cat/ca/central\\_de\\_resultats/](http://observatorisalut.gencat.cat/ca/central_de_resultats/)
224. AQuAS. Avaluació d'estratègies d'atenció a la cronicitat. 2015. Disponible a: <http://aquas.gencat.cat/ca/ambits/avaluacio-tecnologies-qualitat/qualitat-serveis/avaluacio-estrategies-atencio-cronicitat/>
225. Blay C, Martínez-Muñoz M, Schiaffino A, Costa X, Ledesma A. Avaluació qualitativa del procés d'identificació i atenció als pacients amb necessitats complexes i malaltia avançada a l'atenció primària. Període 2011-2014. 2018. Disponible a: <http://salutweb.gencat.cat/web/.content/ambits-actuacio/Linies-dactuacio/Estrategies-de-salut/Cronicitat/Documentacio-cronicitat/arxius/Avaluacio.pdf>
226. Blay C, Martínez-Muñoz M, Schiaffino A, Costa X, Ledesma A. Resultats de l'avaluació del Programa de prevenció i atenció a la cronicitat Tres anys de funcionament (2011-2014).. 2018. Disponible a: <http://salutweb.gencat.cat/web/.content/ambits-actuacio/Linies-dactuacio/Estrategies-de-salut/Cronicitat/Documentacio-cronicitat/arxius/Resultats.pdf>

227. Blay C, Cabezas C, Contel JC, et al. El Programa de prevenció i atenció a la cronicitat de Catalunya. Fites 2011-2014. 2018. Disponible a: [http://salutweb.gencat.cat/web/.content/\\_ambits-actuacio/Linies-dactuacio/Estrategies-de-salut/Cronicitat/Documentacio-cronicitat/arxiu/Programa.pdf](http://salutweb.gencat.cat/web/.content/_ambits-actuacio/Linies-dactuacio/Estrategies-de-salut/Cronicitat/Documentacio-cronicitat/arxiu/Programa.pdf)
228. Raleigh V, Bardsley M, Smith P, et al. Integrated care and support Pioneers: Indicators for measuring the quality of integrated care. 2014. Disponible a: <http://www.piru.ac.uk/assets/files/IC and support Pioneers-Indicators.pdf>
229. NHS. NHS Outcomes Framework Indicators. 2018. Disponible a: <https://digital.nhs.uk/data-and-information/publications/clinical-indicators/nhs-outcomes-framework/current>
230. Burns LR, Pauly MV. Accountable care organizations: back to the future? *LDI Issue Brief*. 2012;18(2):1-4.
231. Wu Z, McGoogan JM. Characteristics of and Important Lessons From the Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Outbreak in China: Summary of a Report of 72 314 Cases From the Chinese Center for Disease Control and Prevention [published online ahead of print, 2020 Feb 24]. *JAMA*. 2020;10.1001/jama.2020.2648.
232. Rubio O, Estella A, Cabre L, et al. Recomendaciones éticas para la toma de decisiones difíciles en las unidades de cuidados intensivos ante la situación excepcional de crisis por la pandemia por COVID-19: revisión rápida y consenso de expertos. *Med Intensiva*. 2020;S0210-5691(20)30110-8. d
233. Ministerio de Sanidad C de C de A y ES. Actualización no 101. Enfermedad por el coronavirus (COVID-19). 2020. Disponible a: [https://www.mscbs.gob.es/en/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov-China/documentos/Actualizacion\\_101\\_COVID-19.pdf](https://www.mscbs.gob.es/en/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov-China/documentos/Actualizacion_101_COVID-19.pdf)
234. Comas-Herrera A, Zalakain J. Mortality associated with COVID-19 outbreaks in care homes : early international evidence. 2020. Disponible a: <https://ltccovid.org/2020/04/12/mortality-associated-with-covid-19-outbreaks-in-care-homes-early-international-evidence/>
235. Lau-Ng R, Caruso LB, Perls TT. COVID-19 deaths in long term care facilities- a critical piece of the pandemic puzzle. *J Am Geriatr Soc*. 2020
236. Amblàs-Novellas J, Santa Eugènia SJ, Vela E, Clèries M, Contel JC. What Lies Beneath: Clinical and Resource-use Characteristics of Institutionalized Older People. A Retrospective, Population-based Cohort Study in Catalonia. *BMC Geriatr*. 2020;1–17.
237. Zalakaín J, Davey V. The COVID-19 on users of Long-Term Care services in Spain. 2020;(May):1–39.
238. Simard J, Volicer L. Loneliness and Isolation in Long-term Care and the COVID-19 Pandemic [published online ahead of print, 2020 May 8]. *J Am Med Dir Assoc*. 2020;S1525-8610(20)30373-X.
239. Aronson L. Age, Complexity, and Crisis- A Prescription for Progress in Pandemic [published online ahead of print, 2020 Apr 7]. *N Engl J Med*. 2020;10.1056/NEJMp2006115.
240. Thompson AK, Faith K, Gibson JL, Upshur REG. Pandemic influenza preparedness: An ethical framework to guide decision-making. *BMC Med Ethics* 2006;7.
241. Galea S, Merchant RM, Lurie N. The Mental Health Consequences of COVID-19 and Physical Distancing: The Need for Prevention and Early Intervention. *JAMA Intern Med*. 2020;180(6):817–818.
242. Pfefferbaum B, North CS. Mental Health and the Covid-19 Pandemic [published online ahead of print, 2020 Apr 13]. *N Engl J Med*. 2020;10.1056/NEJMp2008017.

243. Lai J, Ma S, Wang Y, et al. Factors Associated With Mental Health Outcomes Among Health Care Workers Exposed to Coronavirus Disease 2019. *JAMA Netw open* 2020;3(3):e203976.
244. Iacobucci G. Covid-19: Lack of PPE in care homes is risking spread of virus, leaders warn. *BMJ*. 2020;368(March):m1280.