

# La teoría de la sostenibilidad social: aplicación en el ámbito de cuidados de larga duración<sup>1</sup>

JORGE GARCÉS FERRER<sup>2</sup>

*Catedrático de Universidad, Director del Instituto Universitario Polibienestar, Universidad de Valencia*

FRANCISCO JOSÉ RÓDENAS RIGLA<sup>3</sup>

*Titular de Universidad, Universidad de Valencia*

**Resumen:** En este artículo se describe la teoría de la sostenibilidad social desarrollada por investigadores del Instituto Universitario Polibienestar de la Universidad de Valencia, y se analiza su aplicación en el ámbito de los cuidados de larga duración, a través de la puesta en marcha de un programa basado en la metodología de gestión de casos. Esta metodología, desde la coordinación multidisciplinar y la toma de decisiones conjunta, permite interconectar los servicios sociales y sanitarios, creando una cartera única de servicios integrados que mostraron su eficacia en el contexto de la Comunidad Valenciana. Los nuevos escenarios diseñados por el equipo de gestión de casos pueden ser testados desde una perspectiva económica, valorando el coste de la aplicación y el ahorro, de forma que se defina la mejora en la eficiencia del sistema. En este artículo se aporta la metodología para calcular este coste, centrando los ejemplos en la derivación de pacientes desde recursos hospitalarios, como los hospitales para pacientes crónicos, las unidades de hospitalización psiquiátrica y las unidades de hospitalización domiciliaria, hacia recursos sociales y sanitarios que permitan la atención del mayor número posible de pacientes en su domicilio. Para implementar los nuevos escenarios de atención, vinculados con la teoría de la sostenibilidad social, es fundamental el papel de la gobernanza, que debe ser capaz para llevar a cabo estos cambios planificados en el medio y largo plazo.

**Palabras clave:** Sostenibilidad social, cuidados de larga duración, eficiencia, gobernanza, gestión de casos.

**Title:** The social sustainability theory: application in the area of long-term care.

**Abstract:** This paper describes the social sustainability theory developed by researchers at the Polibienestar Institute (University of Valencia). Moreover, this paper discusses its application in the area of long-term care through the implementation of a program based on case management methodology. This methodology allows for a linkage of health and social services from a multidisciplinary coordination and joint decision making. The aim of this methodology is to create an integral portfolio of services. These services have shown its effectiveness in the context of the Valencian Community. The new pathways designed by the case management team can be tested from an economic perspective, assessing the applying costs and savings to define an improvement in system efficiency. This paper provides the methodology to estimate the costs by focusing on examples from the referral of patients to hospital resources, such as hospitals for chronic patients, psychiatric hospital units and home hospitalization units, to social and health resources that allow for the attention of as many patients as possible at home. To implement the new care settings, linked to the social sustainability theory, it is essential the role of governance, which must be courageous enough to carry out these changes planned in the mid and long term.

**Keywords:** Social sustainability, long-term care, efficiency, governance, case management.

1. Los estudios que se presentan en este artículo han recibido financiación del Ministerio de Ciencia e Innovación, dentro del Plan Nacional I+D+i (2008-2011), con el proyecto ContinuityCare (Ref: CSO2009-12086), de la Generalitat Valenciana, con el proyecto Prometeo-OpDepTec (Ref: PROMETEO/2010/065), y de la Agencia Valenciana de Salud.

2. Edificio de Institutos de Investigación. Campus de Tarongers. C/Serpis, 29, 2.2 – 46022 Valencia. Teléfono +34 961 625 412 jordi.garces@uv.es

3. Edificio de Institutos de Investigación. Campus de Tarongers. C/Serpis, 29, 2.2 – 46022 Valencia. Teléfono +34 963 828 202 francisco.rodenas@uv.es

## 1. INTRODUCCIÓN

En este artículo se demuestra que existen alternativas más eficientes a los actuales escenarios para la atención a las personas que requieren cuidados de larga duración, si bien es necesaria la puesta en marcha de nuevos modelos y metodologías como las que se plantean en la teoría de la sostenibilidad social. En este sentido, se puede lograr dicha meta mediante la coordinación de las actuaciones sociales y sanitarias con itinerarios personalizados de tratamiento conjuntos.

La metodología utilizada es la gestión de casos que nos permite diseñar itinerarios individuales de atención, con una única cartera de servicios sociales y sanitarios. La gestión de casos se ha identificado como una estrategia eficaz de integración de servicios y de mejora de la atención. Como se ha señalado en proyectos europeos como PROCARE e INTERLINKS (<http://interlinks.euro.centre.org>), y han puesto de relieve autores como Scharlach, Giunta y Mills-Dicks (2001), la gestión de casos tiene como objetivo hacer coincidir la oferta de servicios y la demanda de las personas en situaciones complejas –con deterioro funcional y un alto riesgo de institucionalización–, a través de la construcción de una red de servicios con acceso en tiempo real, que permitan empoderar a los pacientes y sus familiares. La gestión de casos contribuye a evitar la duplicidad de las intervenciones o tratamientos y reducir el uso de servicios de alto coste (Leichsenring, 2003). Por ello, el empleo de la gestión de casos aplicada a los cuidados de larga duración de enfermos crónicos, personas mayores y dependientes se ha extendido considerablemente en las últimas décadas en Europa y en el plano internacional (WHO, 2002; Challis et al 2001; Engel y Engels, 2000).

En este artículo describiremos, en primer lugar, la teoría de la sostenibilidad (Garcés, Carretero y Ródenas, 2011), para posteriormente testar el modelo teórico, y valorar el efecto de la inclusión de criterios de derivación en la mejora de la eficiencia en los sistemas de atención vinculados a los cuidados de larga duración. Para ello se analiza la optimización del uso de recursos hospitalarios para enfermos crónicos (Garcés, Ródenas y Sanjosé, 2004). El control sobre el uso de este tipo de recursos puede ser ejercido por los equipos de gestión de casos, que pueden utilizar los datos clínicos y sociales de los pacientes para llegar a un consenso sobre la conveniencia y oportunidad de la admisión y/o derivación hacia otros recursos (Walsh y Clark, 2002; Smith, Terrisa y Peterson, 2000). Se han utilizado herramientas estandarizadas de evaluación, filtrado, clasificación y planificación de la atención con validez internacional, como el Resident Assessment Instrument (RAI), diseñado por la comunidad científica InterRAI (ver [www.interrai.org](http://www.interrai.org)). Estas herramientas pueden ayudar a operativizar la convergencia de la protección social y sanitaria en España, y tiene un enorme potencial de aplicación (Bernabei, Landi, Onder, Liperoti y Gambassi, 2008).

Los nuevos escenarios de atención podrían mejorar la eficiencia de todo el sistema mediante la reducción de estancias hospitalarias innecesarias y la derivación de pacientes a otros recursos menos costosos que cubran sus necesidades, al tiempo que ofrecen igual o mejor calidad de vida (Drummond, O'Brien, Stoddart y Torrance, 2001). Con el fin de estimar los beneficios del modelo propuesto, se propone calcular el coste actual de la atención hospitalaria para las personas dependientes. A continuación se elaboran criterios para la derivación de pacientes dependientes a otros servicios, estableciendo itinerarios alternativos. Y por último, se elige uno de los escenarios posibles y se definen los beneficios económicos y el coste de oportunidad derivado de la liberación de camas hospitalarias.

## 2. LA TEORÍA DE LA SOSTENIBILIDAD SOCIAL Y SUS PRINCIPIOS.

En España la necesidad de respuestas que propicien cambios en los escenarios de atención sanitaria no sólo es urgente por la situación de crisis económica actual, sino que se deriva de una serie de problemas que actúan como barreras o sinergias tangibles e intangibles que limitan la viabilidad de los sistemas públicos de protección a medio y largo plazo. Los problemas básicos podrían definirse de la siguiente forma:

- Los sistemas asistenciales se han consolidado en base a un modelo macrohospitalocéntrico y cortocircuitado respecto a sinergias con otros sistemas asistenciales, aunque la asistencia a personas que necesitan cuidados de larga duración es sustancialmente una oferta multiservicio. El resultado es que dos de los sistemas de protección pública, el sistema de servicios sociales y el sistema sanitario, funcionan en paralelo y de forma descoordinada. Con instrumentos de valoración distintos, formación distinta y cultura profesional distinta, lo cual eleva su ineficacia e ineficiencia, repercutiendo negativamente en la calidad de vida de sus usuarios y en los presupuestos de las Administraciones que se ven incapaces de controlar el gasto público en ambos sistemas.
- El funcionamiento del sistema sanitario y el de servicios sociales en paralelo es insostenible, por su ineficacia e ineficiencia. Y su perdurabilidad para futuras generaciones dependerá, entre otras variables, de la capacidad de la gobernanza para reorganizarlos y visibilizarlos sin mermar su calidad y manteniendo la satisfacción de los usuarios. Además de las actuales circunstancias económicas existen razones demográficas, de salud y sociales tales como el progresivo aumento de la población mayor de 65 años, y sobre todo de 85 años y más, el aumento de la discapacidad y la

dependencia, el aumento de las enfermedades crónicas y degenerativas, y la quiebra de la solidaridad “natural” intergeneracional. Todas estas variables van a desplazar la demanda de servicios sociosanitarios desde el ámbito familiar hacia la Administración y el mercado. No obstante este giro de la demanda de servicios choca con dos procesos de naturaleza política y cultural. Política porque el sistema de salud y el sistema de servicios sociales en España están descentralizados a las Comunidades Autónomas, con variantes significativas en cuanto a organización de las prestaciones y la oferta de servicios que en muchas ocasiones lleva a desigualdades interterritoriales, que amenazan la cohesión social del modelo. La aplicación de nuevas normas, como la “Ley de la Dependencia”, no sólo no han reducido esas desigualdades sino que han contribuido a incrementarlas (Garcés, Carretero, Ródenas, Ferrando y Cordero, 2009). En cuanto al proceso cultural, no existe entre la clase media española la conciencia de que es preciso invertir en servicios sociosanitarios para el futuro. Esta situación es especialmente grave si consideramos que en los próximos 15 años habrá en España una jubilación masiva debido a que en 2025 llegarán a los 65 años la mayoría de las personas de la generación del baby boom, no habiendo una oferta lo suficientemente madura y organizada de servicios de cuidados de larga duración como para atender la demanda que, como antes hemos dicho, no tendrá el colchón del apoyo no profesional o familiar.

Nuestra visión es que este problema puede agravarse si, ante la falta de una oferta institucional y de mercado organizada, se desplaza la demanda hacia los servicios sanitarios, que son un derecho subjetivo en España, públicos y gratuitos, haciendo al sistema sanitario más ineficiente, ineficaz e insostenible. Los gobernantes podrían optar en ese futuro, que se está haciendo presente en la actualidad, por recortar prestaciones y servicios del sistema público de salud en detrimento de la cohesión social de las futuras generaciones.

En este contexto, en España necesitamos una nueva organización conjunta de los sistemas sanitario y social que posibilite la sostenibilidad de los sistemas de protección bienestaristas. La sostenibilidad en este ámbito implica el desarrollo de procesos comprensivos y holísticos (Rosen, 2009) en campos técnicos, sociales, sanitarios, ambientales, económicos e institucionales, al mismo tiempo e interdisciplinariamente interconectados tanto

desde una perspectiva individual como colectiva. La eficiencia, la eficacia, la proximidad, la equidad, la tolerancia, la comprensividad, el respeto, la innovación, la complejidad, la inclusión, la prevención son, entre otros, valores que se integran en la sostenibilidad para conseguir el fin de un mayor bienestar y calidad de vida de todos los ciudadanos. La teoría de la sostenibilidad parte de esta definición proponiendo un nuevo modelo sociosanitario desde el que iniciar procesos transicionales que conlleven cambios en la estructura, cultura y práctica de los modelos asistenciales actuales. La teoría plantea la convergencia entre el modelo social y el modelo sanitario de atención a personas que necesitan cuidados de larga duración, para aumentar su bienestar, calidad de vida y muerte digna<sup>4</sup>. A través del Instituto de Investigación Polibienestar esta teoría se encuentra abierta al debate, análisis y reflexión en países europeos con características y procesos similares<sup>5</sup>.

Este nuevo modelo se apoya en tres principios (Garcés, 2000): la sostenibilidad social, la calidad de vida y la corresponsabilidad social.

El *principio de sostenibilidad social* se define como la extensión del principio de bienestar universalista (Gilbert y Terrell, 2004; Fitzpatrick, 1996) en el tiempo, de tal manera que el bienestar sea un derecho, no sólo para los ciudadanos presentes, sino también para todas aquellas personas que nos sucedan en el tiempo y que constituirán la sociedad del futuro.

Desde el punto de vista axiológico, el principio de la sostenibilidad social toma el valor de la solidaridad entre generaciones, y se legitima éticamente a través de un amplio y profundo re-análisis de los valores sociales fundamentales de libertad e igualdad. La libertad y la responsabilidad deben pensarse conjuntamente en la medida en que nuestra actual libertad implica la responsabilidad de considerar a nuestros sucesores en nuestras acciones o en las condiciones de vida que proyectamos para el futuro. La igualdad de derechos y obligaciones conlleva que como consecuencia de nuestras acciones los ciudadanos presentes y futuros deben conservar su libertad, de tal forma que sus posibilidades y su capacidad de toma de decisiones no deben verse alteradas (Garcés, Ródenas y Sanjosé, 2003). Así, por ejemplo, la sostenibilidad social implica que es legítimo llevar a cabo cambios en la política sanitaria si los beneficios globales superan a los efectos negativos –relación coste/beneficio–, siempre y cuando haya una redistribución posterior de los beneficios entre toda la población que aumente la equidad, de tal forma que todos los ciudadanos afectados negativamente por la primera fase del cambio puedan alcanzar una situación en la que ninguno de ellos estará peor que antes de comenzar dicho cambio.

4. La teoría se desarrolla con más detalle en el trabajo: Garcés, J. & Ródenas, F.: Sustainable social and health care transitions in advanced welfare states. In Broerse, J. & Grin, J.: *Towards system innovations in health systems: Understanding historical evolution, innovative practices and opportunities for a transition in healthcare*, Part II. Innovating practices: Experiences and lessons. NY, Routledge. (In press)

5. Sobre este tema se podrá consultar en breve el trabajo: Garcés, J.; Hammar, T. & Ródenas, F.: Converging methods to link social and health care systems and informal care – Confronting Nordic and Mediterranean approaches. In Liechsenring, K. & Billing, J.: *Thinking about long-term care*, Palgrave MacMillan. (In press)

El axioma “*calidad de vida*” en este modelo no se limita a establecer un estándar objetivo y digno de vida, sino que también debe ser reinterpretado como un derecho subjetivo. Por un lado, una persona debe ser capaz de mejorar su bienestar subjetivo permaneciendo en su domicilio con su familia el tiempo que sea posible, con un buen grado de apoyo social y emocional, así como con las terapias y la rehabilitación activa necesarias, dirigidas tanto al cliente como al cuidador principal. Por otro lado, debe haber una accesibilidad adecuada, de tal forma que el cliente obtenga el servicio que requiere en el momento, el lugar y en la cantidad que necesita, a un coste razonable, eliminando las posibles barreras físicas, geográficas, organizativas, sociales y culturales (Garcés, Ródenas y Sanjosé, 2003). Poner en práctica este principio implica considerar tres elementos: proximidad, eficacia y eficiencia. La proximidad entendida como una aceptable distancia entre la persona que recibe el servicio y la persona que lo suministra. El modelo de atención que promueve la teoría de la sostenibilidad social debe ser capaz de ofrecer a las personas que requieren cuidados de larga duración los servicios que necesitan en el entorno más próximo, a partir de una evaluación interdisciplinar de cada situación, con un plan de atención personalizado (Challis, 1993; Davies, 1992; Hébert, 2002). La eficacia del modelo se define como el grado en que los clientes mejoran su salud y bienestar, mientras que permanecen en su entorno familiar (OECD, 2005), reorganizando los recursos como la ayuda a domicilio (Carretero, Garcés & Ródenas, 2006), la teleasistencia o la hospitalización a domicilio. Por último, la eficiencia implica una adecuada relación entre el impacto real del servicio y su coste de producción (Docteur, 2001).

Además hemos incluido en el modelo el concepto de muerte digna. Dado que los cambios epidemiológicos y demográficos, y consecuentemente los procesos degenerativos y la fase terminal de la vida tienden a durar más tiempo, existe una creciente necesidad de protocolos de salud bioéticos que trasciendan el ámbito hospitalario. Así como de la legislación necesaria para salvaguardar los derechos individuales en relación con la decisión de la persona sobre cuándo y cómo se muere, estableciendo criterios de calidad y ética para morir con dignidad más allá del ámbito médico corporativo o religioso.

La *co-responsabilidad social* se refiere al grado de participación individual o en grupo en el mantenimiento social y financiero de las estructuras de protección pública. La responsabilidad individual se interpreta aquí como un apoyo activo para financiar el bienestar público a través del pago de parte de los servicios en los sistemas de protección utilizados. Este pago debería depender no sólo de las rentas del trabajo sino del curriculum fiscal y patrimonial del usuario y/o familiares, de modo que otras personas que objetivamente no puede financiar parte de sus necesidades no se vean afectadas en la consecución de sus derechos subjetivos (Garcés, Ródenas y Sanjosé, 2003). Pero asumir este principio no significa

una apuesta por el individualismo y la meritocracia que lleva a un retiro Friedmaniano del Estado. Por el contrario, la corresponsabilidad social significa mantener intacta la estructura de bienestarista del Estado, al tiempo que las personas asumen que son en parte responsables en el mantenimiento del bienestar para las futuras generaciones.

En la actualidad los sistemas de protección social y sanitaria funcionan sobre la base de los principios de solidaridad fiscal en relación, fundamentalmente, con el nivel de ingresos, lo que significa que la carga tributaria recae en gran medida sobre la clase media. Y cuando el Estado se enfrenta a un aumento de la pobreza, o en tiempos de crisis económica como los actuales, tiende a aumentar la presión fiscal sobre esta misma clase social. Pero la clase media se resiste a pagar impuestos cuando reciben pocos servicios de calidad de la Administración, tal y como se describe en la teoría de la cuadratura del círculo del bienestar (George y Miller, 1994; George, Stathopoulos y Garcés, 1999).

Es cierto que la corresponsabilidad social consiste en la provisión de solidaridad individual hacia la sociedad a través de las instituciones del Estado, pero el Estado debe encontrar fórmulas que eviten los problemas de rechazo fiscal y aumenten la co-responsabilidad con la clase media. Una posible vía consistiría en la reducción de impuestos a las personas que han hecho un uso más eficiente de los sistemas de protección social. Se trata de compensar de forma ponderada o equilibrada a los que reducen el gasto en los sistemas de protección públicos, ya que adoptan conductas y prácticas que implican una menor frecuencia en el uso de los servicios (por ejemplo, los sanitarios, que son los más caros) o realizan prácticas o conductas preventivas que reducen los riesgos para su salud.

La aplicación de la teoría de la sostenibilidad pasaría por seguir el modelo promovido por el Instituto de Investigación Polibienestar en la Comunidad Valenciana, donde se han analizado y validado los procesos de conjunción intersistemas, utilizando una metodología interdisciplinar y aplicando la innovación a través de procesos sociotécnicos, es decir, haciendo una intermediación real entre las ciencias sociales y las ciencias técnicas. En este ámbito se han realizado, como se muestra a continuación, pilotajes de estudios utilizando la metodología de gestión de casos, con el fin de unificar criterios y protocolos interprofesionales que viabilicen la organización conjunta de ambos sistemas, creando itinerarios reales de asistencia basados en criterios de máxima eficacia y eficiencia, de tal forma que el bienestar del usuario sea un valor finalista inherente al nuevo sistema.

Evidentemente no es una tarea fácil implementar este modelo de actuación compactada intersistemas. Barreras como el corporativismo, el desconocimiento mutuo entre sistemas, la escasa tradición de la población española para invertir en cuidados de larga duración que prevengan la dependencia en etapas finales

de sus vidas, la debilidad de los gobernantes a la hora de tomar decisiones que pueden afectar y condicionar sus resultados electorales, y la falta de valoración que el mercado y los gobernantes tienen del conocimiento y la investigación social, constituyen limitaciones que tendrán que ser seriamente analizadas para una transición exitosa hacia el modelo sociosanitario sostenible.

### 3. APLICACIÓN DE LA TEORÍA DE LA SOSTENIBILIDAD SOCIAL A TRAVÉS DE LA METODOLOGÍA DE GESTIÓN DE CASOS

Para comprobar la viabilidad de la teoría de la sostenibilidad social en 2004, con la participación del Instituto Polibienestar, se puso en marcha un programa de gestión de los casos en la Comunidad Valenciana (Ródenas, Garcés, Carretero y Megía, 2008). El objetivo era evaluar el efecto de la teoría aplicada en un contexto experimental de atención primaria, con la posibilidad de gestionar una cartera única de recursos. Los autores desarrollaron un proyecto piloto en dos centros de atención primaria de la ciudad de Burjassot, ubicados en el Departamento de Salud 6 de la Comunidad Valenciana. En el estudio participaron servicios sanitarios y sociales, públicos y privados, concretamente los siguientes:

- Recursos sanitarios: centros de atención primaria, y especializada de Burjassot, una unidad de hospitalización a domicilio (en el hospital público Arnau de Vilanova, en Valencia), una unidad de cuidados paliativos en el Hospital de Crónicos Dr. Moliner (Valencia), una Unidad de Salud Mental Pública en Valencia, el servicio de ambulancias (como servicio de transporte sanitario adaptado), y prestaciones complementarias no farmacéuticas.
- Recursos sociales: dos plazas de larga estancia en la residencia pública de mayores "Velluters" (que se encuentra en Valencia), diez plazas de estancias temporales en la misma residencia, seis plazas en el Centro de Día para mayores en Burjassot, teleasistencia, ayudas técnicas y eliminación de barreras arquitectónicas.

El trabajo directo con los 152 pacientes mayores de 65 años que participaron en el pilotaje lo realizó un equipo multidisciplinar, integrado por una médico, una enfermera y una trabajadora social. Todos los protocolos del estudio fueron autorizados por el correspondiente comité de ética sanitario. Los pacientes, potencialmente elegibles para ser incluidos en el estudio, eran detectados en primer lugar por alguno de los/as médicos, enfermeras/os y/o trabajadora social de los centros de atención primaria de Burjassot y, en segundo lugar, eran derivados al equipo de gestión de casos. En este paso, el equipo de gestión de los casos

tomaba la decisión de incluir o no el caso, en función de la puntuación obtenida en los indicadores de salud y sociales incluidos en el protocolo de derivación.

El equipo de gestión de casos en su actividad se encargó de informar a la médico / enfermera/o / trabajadora social que previamente derivó al paciente, así como al paciente y al cuidador principal sobre el programa de atención, que incluía una propuesta de itinerario asistencial que requería el acuerdo previo de todas las partes. Tras el acuerdo del plan de atención integral con el paciente y el cuidador principal, los recursos se activaban y se iniciaba la intervención. El equipo de gestión se encargaba del seguimiento del proceso y se convirtió en el referente para el paciente y el cuidador, en todos los pasos administrativos. El procedimiento duró un período comprendido entre seis y nueve meses, dependiendo de los casos.

Globalmente, los resultados muestran que la fragmentación y la discontinuidad son factores constantes en los sistemas de asistencia sanitaria y social, aunque haya modelos de integración (Gallud, Guirao-Goris, Ruiz y Muñoz, 2004; Kodner y Spreeuwenberg, 2002; Gröne y García Barbero, 2002) y herramientas de gestión (Terraza, Vargas y Vázquez, 2006; Colin-Thome y Belfield, 2004) adecuadas para hacer frente a los cambios necesarios para mejorar el sistema. El programa de Burjassot mostró la capacidad de la metodología de gestión de casos para afrontar la complejidad que requiere la atención a pacientes crónicos y dependientes. Por ello en la actualidad el sistema de salud valenciano ha puesto en marcha un modelo de gestión de casos, que si bien es unipersonal centrado en los profesionales de enfermería, recoge los principios básicos desarrollados en el modelo de Burjassot. Con el actual modelo valenciano de gestión de casos se han creado dos nuevas figuras profesionales, las enfermeras de gestión y de continuidad, que aplican la metodología de gestión de casos desde los servicios de atención primaria de salud y desde los hospitales de agudos, respectivamente, conectando ambos niveles asistenciales entre ellos y los recursos sociales.

La metodología de gestión de casos y las herramientas de valoración multidimensional como el RAI, que pueden estar integradas en los sistemas de información sanitarios y sociales, son la base para diseñar nuevos itinerarios asistenciales que permitan mejorar la eficiencia de la atención social y sanitaria de las personas que requieren cuidados de larga duración. En la actualidad existen instrumentos de valoración RAI para cualquier entorno de cuidados, desde el ámbito domiciliario y comunitario (interRAI HC - Home Care; interRAI CHA - Community Health Assessment; interRAI CA - Contact Assessment; interRAI CMH - Community Mental Health) al hospitalario o residencial (interRAI AC - Acute Care; interRAI PAC - Post-Acute Care; interRAI PC - Palliative Care; interRAI LTCF - Long Term Care Facility; interRAI MH - Mental Health; interRAI ESP - Emergency Screener for

Psychiatry). Estos instrumentos comparten una importante cantidad de datos (*core elements*), están diseñados para la valoración en cualquier entorno y para promover la transferencia de información en las derivaciones entre ellos. Los ítems comunes tienen idénticas definiciones, ventanas de observación y escalas de puntuación. Esto aporta importantes ventajas: 1) los datos pueden ser transferidos de uno a otro instrumento cuando los pacientes cambian de lugar terapéutico, 2) la formación del personal se simplifica; 3) y el lenguaje de valoración es común en diferentes entornos.

Las herramientas RAI permiten recoger información sobre funciones físicas, cognitivas y emocionales, diagnósticos clínicos, así como información sobre un extenso conjunto de síntomas, signos, síndromes y tratamientos administrados. Estas variables utilizadas por los equipos de gestión de casos van a facilitar:

- La evaluación clínica individual mediante los *Clinical Assessment Protocols (CAPs)*, muy útil para el desarrollo del plan de cuidados y la implementación del mismo.
- Disponer de diversas escalas específicas para explorar determinadas áreas en personas que requieren cuidados de larga duración: *Activities of Daily Living Hierarchy Scale* o *ADL Hierarchy Scale*; *Changes in Health, End-stage disease and Signs and Symptoms scale (CHESS Scale)*; *Cognitive Performance Scale (CPS)*; *Depression Rating Scale (DRS)*; *IADL Involvement Scale*; *Index of Social Engagement*; *Escala de dolor (Pain Scale)*.
- Disponer de Sistemas de Clasificación de Pacientes desarrollados a partir de subconjuntos de datos, siendo el más conocido el *Resource Utilization Groups (RUGs)*. Este sistema se puede utilizar tanto para la financiación, gestión y planificación de los cuidados, como para la comparación entre centros, el ajuste de riesgos en las comparaciones de eficiencia y calidad, o como instrumento de planificación de plantillas.
- Disponer de algoritmos de cribado para situar a los pacientes en el lugar terapéutico más adecuado entre diversas opciones, siendo muy útiles para la toma de decisiones sobre la asignación de recursos y la definición de itinerarios asistenciales. Entre ellos tienen especial interés el MI Choice.
- Y disponer de indicadores de calidad de los centros y servicios, como el *CHSRA Quality Indicators/Quality Measures (CHSRA QI/QMs)* (ver [http://www.chsra.wisc.edu/chsra/qi/quality\\_indicators.htm](http://www.chsra.wisc.edu/chsra/qi/quality_indicators.htm)) o el Nursing Home Quality Initiative (NCQI) (<http://www.cms.hhs.gov/NursingHomeQualityInits/>).

En resumen, estas herramientas ofrecen una evaluación más detallada de las necesidades del paciente lo que permite mejorar la planificación de la atención, y en conjunto mejorar su calidad

(Beswick, Rees, Dieppe, Ayis, Gooberman-Hill, Horwood y Ebrahim, 2008; McCusker y Verdon, 2006, Stuck, Siu, Wieland, Adams y Rubenstein, 1993; Rubenstein, Stuck, Siu y Wieland, 1991). Pero la mejora de la calidad y de la eficiencia también requiere optimizar parámetros como los siguientes:

- a) La adecuación de los recursos y servicios a las necesidades específicas de cada persona dependiente o enfermo crónico (Brown, Tucker y Domokos, 2003), dado que es posible definir el perfil de salud y cuidados personales de cada servicio y establecer cuál de ellos, o que combinación, debe atender a cada paciente con el fin de maximizar su calidad de vida. Por ejemplo, casi una cuarta parte (24,6%) de los pacientes ingresados en hospitales de larga estancia con enfermedades crónicas presentan perfiles similares a los pacientes atendidos en residencias, unidades de hospitalización a domicilio y servicios de atención domiciliaria, lo que implica que tal vez podrían ser atendidos a través de una combinación estos servicios (Garcés, Ródenas y Sanjosé, 2006).
- b) El aumento de la posibilidad que tiene la población en su conjunto de utilizar los recursos, a través de una adecuada gestión de los servicios con la implantación de nuevos itinerarios asistenciales (Kane, Chen, Finch, Blewett, Burns y Moskowitz, 2000).

A continuación presentaremos la forma en que estos parámetros se pueden aplicar a contextos concretos.

#### 4. VALORACIÓN CUANTITATIVA DE LA PROPUESTA DE APLICACIÓN DE NUEVOS ESCENARIOS ASISTENCIALES

En este apartado se analiza la aplicabilidad y el coste económico de las estrategias vinculadas con la creación de nuevos itinerarios asistenciales, desarrollados por los equipos de gestión de casos en la atención a personas mayores dependientes o enfermos crónicos. El análisis se centra en las instalaciones hospitalarias, dado que son los recursos más costosos. En concreto, los centros hospitalarios que participaron en el estudio empírico que se describe son: los hospitales para pacientes con enfermedades crónicas (HC); las unidades médicas de corta estancia (UMCE), que se encuentran en los hospitales para enfermos agudos, estas unidades permiten identificar, valorar y estabilizar a los pacientes con un perfil sociosanitario (ancianos frágiles, enfermos crónicos, enfermos terminales, etc.) a través del diagnóstico y los instrumentos terapéuticos adecuados, gestionando su asignación al mejor lugar terapéutico; y las unidades de hospitalización psiquiátrica (UHP), dirigidas a proporcionar un tratamiento intensivo en un régimen de atención continuada en los hospitales de agudos.

La hipótesis de trabajo considerada fue que “el estudio de las necesidades y posibilidades sociales y sanitarias de cada paciente puede liberar recursos hospitalarios, para ello debe realizarse una derivación de algunos pacientes a otros servicios de calidad que proporcionen una atención adecuada a sus necesidades en su propio hogar y entorno comunitario”. Así entre los pacientes ingresados en las unidades hospitalarias específicas consideradas –HC, UMCE y UHP– nos encontraremos con personas con un perfil adecuado para la derivación, dada su situación clínica, y que podrían contar con un cuidador suficiente si la carga asociada con la atención fuese aliviada en gran medida a través de servicios profesionales.

El escenario de atención que estamos proponiendo conlleva, como alternativa, el uso de recursos domiciliarios y comunitarios cuando el perfil del paciente lo permita, aunque si fuese necesario también podrían utilizarse recursos residenciales (con atención sanitaria de diversa intensidad). En concreto, los recursos que vamos a considerar son los siguientes: Servicio de atención a domicilio (SAD), residencias, hospital de día (HD), unidades de hospitalización a domicilio (UHD) –que proporcionan desde los hospitales de agudos servicios especializados de salud en el domicilio del paciente, tras el período de estabilización en el hospital–, atención primaria de salud (AP) –médicos/as, enfermeras/os y trabajadores/as sociales– y las unidades de salud mental (USM).

Hay cuatro factores básicos a considerar para determinar si las personas dependientes o pacientes crónicos pueden o no ser atendidos en otros recursos fuera de los hospitales (o en el caso de estar ingresados, ser derivados tras la estabilización pertinente): a) la complejidad clínica, b) el grado de dependencia para la realización de las actividades de la vida diaria (AVD), que determina el grado de apoyo social que requiere el paciente, c) la disponibilidad de un cuidador suficiente para atender sus necesidades; d) la edad –ya que la normativa actualmente pone límites de edad para poder beneficiarse de determinados recursos sociales, como ocurre con las residencias para mayores (Garcés, Ródenas y Sanjosé, 2007).

Por ejemplo, la complejidad clínica que está vinculada con el requerimiento de determinados procedimientos (como la nutrición enteral o parenteral, la respiración asistida, la quimioterapia o radioterapia, o las curas complejas) y el nivel de vigilancia que implican, determina el recurso sanitario alternativo que puede cubrir las necesidades del paciente, siempre y cuando éste no esté sufriendo una fase aguda de la enfermedad. Los recursos alternativos de atención médica para los hospitales en caso de complejidad clínica alta, media y baja son respectivamente las UHD, HD y AP –con centro de día (CD) o unidades de salud mental (USM) cuando sea necesario–.

Teniendo en cuenta los cuatro factores mencionados, en el modelo se asumen determinados criterios de derivación. Los pa-

cientes debían ser trasladados desde un hospital hacia otros recursos después de haber sido debidamente estabilizado, a menos que estuviesen en una fase aguda de la enfermedad. Por ejemplo, nuestros criterios contemplan que los pacientes atendidos en unidades médicas de corta estancia (UMCE) podían ser derivados a hospitales para pacientes crónicos (HC) después de ser estabilizados. En otros casos los pacientes pueden ser asignados, por ejemplo desde un equipo de atención primaria, directamente a diferentes recursos. La nueva propuesta modifica la duración media de la estancia en los hospitales, ya que un número significativo de pacientes puede ser derivado a otros recursos después de ser diagnosticado, definido el tratamiento y estabilizado.

En algunos casos era necesario que el cuidador no trabajase fuera del hogar (Carretero, Garcés & Ródenas, 2010), ya que el paciente requería un cuidado permanente debido a su enfermedad (pacientes psiquiátricos), su complejidad clínica (pacientes atendidos por unidades de hospitalización domiciliaria) o su gran dependencia. En el caso de los pacientes dependientes que necesitaban transporte adaptado para el traslado hasta el hospital de día o el centro de día, había que añadir un servicio diario de este tipo.

En total se definieron 33 posibles paquetes de servicios (Garcés, Ródenas y Sanjosé, 2007). Por ejemplo, si el paciente se encontraba en una unidad médica de corta estancia (UMCE), con una dependencia alta para las AVD y una complejidad clínica elevada, pero contaba con un cuidador adecuado y no tenía patologías psiquiátricas, tras su valoración y estabilización podría ser incluido en un itinerario que integrase servicios de atención personal y doméstica de alta intensidad en su casa, junto con el apoyo temporal de una unidad de hospitalización domiciliaria.

Una vez definidos los nuevos itinerarios, el último paso fue calcular el coste real de la atención en los hospitales para pacientes crónicos (HC) y unidades hospitalarias consideradas (UMCE y UHP), así como el ahorro que suponía aplicar dichos itinerarios. La hipótesis asumida fue que en cada unidad hospitalaria las personas independientes o con un grado bajo de dependencia producen un menor número de estancias, mientras que las personas con alta dependencia, en promedio, producen un gran número de estancias (no necesariamente en una relación directamente proporcional). El procedimiento seguido fue el siguiente:

1. Calcular el número de estancias  $N_k$  de cada persona  $k$  a lo largo del año.
2. Ordenar de menor a mayor las estancias totales acumuladas por cada persona, para obtener una serie ordenada de pares  $(k, N_k)$ , de mayor a menor  $N_k$ .
3. De todas las personas con el mayor número de estancias, seleccionar el número correspondiente al porcentaje de dependientes severos,  $d_k$ , dada por la distribución de la dependencia,  $P(D_k)$ , de estudios de campo previos.

4. Sumar todas las estancias  $N_k$  correspondientes a estas personas. En este punto tenemos el total de estancias correspondientes a los pacientes de alta dependencia.
5. Repetir esta operación con los otros niveles de dependencia hasta completar el total de pacientes y de estancias. Ahora sabemos  $N$  (dj) para cada nivel de dependencia, dj.
6. Multiplicar los valores obtenidos por el coste de la estancia,  $C_e$  –del hospital– para obtener el coste total  $C$  (dj). El coste por estancia incluye la noche de estancia del paciente en un hospital, considerando los gastos de hostelería, cuidados personales (tanto de personal facultativo, como de otro personal sanitario y no sanitario) y farmacia.

El coste de la utilización de los recursos que integran los escenarios alternativos de atención propuestos se calcularon a partir de los precios públicos, y de los acordados entre la Administración y las entidades que gestionan cada uno de los servicios.

Desde el punto de vista cuantitativo, la atención o la derivación a domicilio a través de la asignación de recursos como la hospitalización a domicilio, centro de día, atención primaria de salud u hospital de día, o la derivación a residencias con cuidados sanitarios, representa una reducción del coste por día en comparación con la estancia en centros hospitalarios para pacientes crónicos, unidades medicas de corta estancia o unidades de hospitalización psiquiátrica.

La nueva propuesta implica que el equipo de profesionales de atención primaria, utilizando la metodología de gestión de casos, puede asignar directamente los recursos domiciliarios o comunitarios, así como decidir la intensidad del cuidado. También puede influir en la decisión sobre la admisión de pacientes en recursos hospitalarios. Dentro de los hospitales, otros equipos deben realizar el seguimiento del estado de los pacientes ingresados, para decidir si es conveniente y oportuno derivar a los pacientes hacia otros recursos (en la Comunidad Valencia, la enfermera de continuidad puede asumir esta tarea en colaboración con otros profesionales). Por ejemplo, en uno de los itinerarios se propone que desde las unidades médicas de corta estancia los pacientes estabilizados sean derivados a otros recursos que ofrecen convalecencia, rehabilitación o cuentan con servicios de larga estancia, sin que se produzca una pérdida en la calidad de la atención. En el caso de los hospitales para pacientes crónicos y las unidades de hospitalización psiquiátrica algunos pacientes también se podrían derivar, tras un período de tratamiento en estos centros, hacia sus domicilios o hacia centros residenciales, con adecuados servicios sanitarios y sociales.

El coste total del escenario actual para un total de 13.473 pacientes dependientes es de 32.722.993,30€, con el nuevo escenario se alcanzaría un ahorro de 8.318.097,92€. Este ahorro supone atender a 2.210 personas dependientes más al año, es decir, un

16,4% más de pacientes atendidos sin ningún coste adicional. El escenario alternativo considera un promedio de estancias fijo en cada uno de los recursos hospitalarios. Por ejemplo, la estancia media en los hospitales de crónicos es de 26,7 días, el nuevo escenario plantea una reducción hasta alcanzar una media de 15 días. El promedio fijado, con criterios profesionales, supera las medias para los pacientes con dependencia baja o independientes, de forma que el nuevo escenario de derivación no les afecta; y, por supuesto, no afecta a los pacientes no estabilizados, cuya derivación nunca fue considerada. Por lo tanto, desde un punto de vista estadístico la propuesta sólo afectaría a los pacientes con niveles medios o altos de dependencia para las AVD, cuyo estado de salud no es grave o está estabilizado. Por supuesto, hay un límite teórico vinculado a la posible reducción de la estancia media que sería muy importante estimar, y que sólo se puede hacer desde la gestión de los recursos sociosanitarios.

## 5. CONCLUSIÓN

La crisis económica actual requiere respuestas políticas que aumenten la eficiencia de los recursos de bienestar públicos, pero también un aumento en la responsabilidad de los usuarios que los utilizan, cómo plantea el principio de corresponsabilidad de la teoría de la sostenibilidad social. Para implementar el modelo descrito en este artículo es fundamental el papel de la gobernanza, que debe ser valiente para llevar a cabo estos cambios planificados en el medio y largo plazo. Para ello la gobernanza necesita escenarios de predicción del consumo de estos recursos y la validación de nuevos itinerarios (Grimaldo, Ródenas, Lozano, Carretero, Orduña, Garcés, Duato, & Fatas 2011), como los planteados en este artículo. En este sentido, en diciembre de 2011 el Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad publicó el Libro Blanco de la Coordinación Sociosanitaria en España, donde se realizan propuestas para mejorar la conexión entre el sistema sanitario y social. Este tipo de documentos pueden servir como marco para el desarrollo de servicios de alta calidad de atención a personas que requieren cuidados de larga duración, si son capaces de establecer estrategias concretas o recomendar modelos como el desarrollado por el Instituto Polibienestar. La política social en el ámbito de los cuidados de larga duración deberá asegurar que el mayor número posible de personas puedan vivir en sus domicilios (tal y como establece el principio de calidad, vinculado con la proximidad, del modelo de sostenibilidad social), atendidos con carteras de servicios sociosanitarios que apoyen a los cuidadores y a los pacientes, y los incluyan desde el principio en el diseño de los itinerarios asistenciales.

En el texto nos hemos centrado en el modo de generar mayores oportunidades de utilización de los recursos hospitalarios con una contención de los costes. Para poder ofrecer un escenario

asistencial alternativo ha sido necesario construir criterios para determinar en qué circunstancias sanitarias y sociales un paciente podría ser atendido en otros recursos, sin pérdida o con aumento de su calidad de vida. La aplicación de estos criterios a la población dependiente de la Comunidad Valenciana que utiliza recursos hospitalarios (hospitales para pacientes crónicos, unidades médicas de corta estancia y unidades de hospitalización psiquiátrica), muestra que es posible extender la asistencia pública de los mismos sin aumentar los costes totales. El porcentaje de personas dependientes extra, atendidas anualmente en los recursos hospitalarios estudiados, puede situarse por encima del 16%.

El modelo propuesto en este artículo nos sitúa en nuevos escenarios asistenciales y nos permite compararnos con países como Finlandia, donde se han puesto en marcha proyectos como el PALKOmodel (Hammar, Rissanen & Perälä, 2009; Hammar, Perälä & Rissanen, 2007), sobre integración de cuidados en el domicilio, utilizando la metodología de gestión de casos con equipos interdisciplinares en los que participaban enfermeras/os, médicos/as, trabajadores/as sociales, pacientes y familiares (cuidadores no profesionales), al igual que ocurre en el proyecto de gestión de casos presentado. En el proyecto valenciano la intervención permite definir no solo criterios para la integración de cuidados, que deben incluir la transmisión de la información en tiempo real (a través de las nuevas tecnologías y del uso de herramientas de valoración informatizadas), sino también las estrategias de cooperación a través de diferentes organizaciones y estructuras administrativas con responsabilidades en la prestación de servicios en el domicilio de los pacientes (Carretero, Garcés, Ródenas & Sanjosé, 2009; Garcés, Carretero, Ródenas & Sanjosé, 2008).

La implementación de nuevos escenarios, como los propuestos, implica esfuerzos en la organización de la asistencia, en el control y el seguimiento de los pacientes que requieren cuidados de larga duración, así como en la disponibilidad de recursos domiciliarios y comunitarios suficientes para atender las necesidades de los mismos. En el contexto económico actual es importante atender la reorganización de los sistemas sanitario y social, ante la necesidad de continuar con el desarrollo de los derechos y las obligaciones de las personas dependientes y de sus cuidadores, vinculadas con la "Ley de la Dependencia", no sólo para proteger a las personas más frágiles sino también para contribuir a la sostenibilidad financiera de los sistemas de protección.

## BIBLIOGRAFIA

- Bernabei, R., Landi, F., Onder, G., Liperoti, R. y Gambassi, G. (2008). Second and third generation assessment instruments: the birth of standardization in geriatric care, *Journal Gerontol A Biol Sc Med Sci*, 63, 308-13.
- Beswick, A.D., Rees, K., Dieppe, P., Ayis, S., Gooberman-Hill, R., Horwood, J., Ebrahim, S. (2008). Complex interventions to improve physical function and maintain independent living in elderly people: a systematic review and metaanalysis. *Lancet*. 371, 725-35.
- Brown, L., Tucker, C. y Domokos, T. (2003). Evaluating the impact of integrated health and social care teams on older people living in the Community. *Health Soc Care Comm*, 11(2), 85-94.
- Carretero, S.; Garcés, J. & Ródenas, F. (2006): Evaluation of the home help service and its impact on the informal caregiver's burden of dependent elders, *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 22, 738-749.
- Carretero, S.; Garcés, J. & Ródenas, F. (2010): How to get the Future of the Mental Health of the Families in Charge of their Elders. In Montez, D.: *Psychiatric Research Trends: Dreams and Geriatric Psychiatry*, NY, Nova Publisher.
- Carretero, S.; Garcés, J.; Ródenas, F. & Sanjosé, V. (2009): The informal caregiver's burden of dependent people: Theory and empirical review. *Archives of Gerontology and Geriatrics*; 49, 74-79.
- Challis, D. (1993). Programas alternativos en las prestaciones a la tercera edad: prestaciones domiciliarias y gestión individualizada por casos. En L. Moreno (comp.) *Intercambio social y desarrollo del bienestar*. Madrid: Consejo Superior de Investigaciones Científicas.
- Challis, D., Darton, R., Hughes, J., Stewart, K., y Weiner, K (2001). Intensive care-management at home: an alternative to institutional care?, *Age Ageing*, 30, 409-413
- Colin-Thomé, D. y Belfield, G. (2004). *Improving Chronic Disease Management*. (<http://www.dh.gov.uk/assetRoot/04/07/52/13/04075213.pdf>)
- Davies, B. (1994) . Improving the case management process. En OCDE (Ed), *Caring for frail elderly people. New Directions in Care*, OECD, Social Policy Studies n° 14, Paris
- Docteur, E. (2001). Measuring the Quality of Care in Different Setting. *Health Care Finan Rev*; 22 (3), 59-70.
- Drummond, M., O'Brien, B., Stoddart, G. y Torrance, G. (2001). Methods for the economic evaluation of health care programmes. Oxford: Oxford University Press.
- Engel, H. y Engels, D. (2000). *Case management in various national elderly assistance systems*. Germany: Kohlhammer
- Fitzpatrick, T. (1996). Postmodernism, Welfare and Radical Politics. *Journal of Social Policy*, 25, 303-320.
- Gallud, J., Guirao-Goris, J. A., Ruiz Hontangas, A. y Muñoz León, M. (2004). *Plan para la Mejora de Atención Domiciliaria de la Comunidad Valenciana 2004-2007*. Valencia: Generalitat Valenciana. Conselleria de Sanitat.
- Garcés, J. (2000). *La nueva sostenibilidad social*. Barcelona: Ariel
- Garcés, J., Ródenas, F. y Sanjosé, V. (2003). Towards a New Welfare State: The Social Sustainability Principle and Health Care Strategies. *Health Policy* 65, 201-215.
- Garcés, J., Ródenas, F. y Sanjosé, V. (2004). Care needs among the dependent population in Spain: an empirical approach. *Health Soc Care Comm*, 12, 6, 466-474.
- Garcés, J., Ródenas, F. y Sanjosé, V. (2006). Suitability of the health and social care resources for persons requiring long-term care in Spain: an empirical approach. *Health Policy*, 76, 121-130.
- Garcés, J., Ródenas, F. y Sanjosé, V. (2007). El futuro de la atención a la dependencia: Sostenibilidad y Prospectiva. *Sociedad y Utopía, Revista de Ciencias Sociales*, 30, 323-343.
- Garcés, J.; Carretero, S. y Ródenas, F. (2011): *Readings of the social sustainability theory*, Valencia, Tirant lo Blanch.
- Garcés, J.; Carretero, S.; Ródenas, F. & Sanjosé, V. (2008): Variables related to the informal caregivers' burden of dependent senior citizens in Spain. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 48, 372-379.
- Garcés, J.; Carretero, S., Ródenas, F., Ferrando, M. and Cordero, L. (2009): "Developing and ensuring quality in LTC. National Report Spain", in INTERLINKS project ([http://interlinks.euro-centre.org/sites/default/files/WPH\\_ES\\_finals.pdf](http://interlinks.euro-centre.org/sites/default/files/WPH_ES_finals.pdf))
- George, V. y Miller, S. (ed.) (1994). *Social policy towards 2000: Squaring the welfare circle*. London: Routledge.
- George, V., Stathopoulos, P. y Garcés, J. (1999). Squaring the welfare circle and government ideology: Greece and Spain in the 1990's, *Internacional Social Security Review*, 52 (4), 47-67.
- Gilbert, N. y Terrell, P. (2004). *Dimensions of social welfare policy* (6th ed). Boston, MA.: Allyn & Bacon.
- Grimaldo, F.; Ródenas, F.; Lozano, M.; Carretero, S.; Orduña, J.M.; Garcés, J.; Duato, J. & Fatas, E. (2011): Design of and ICT tool for decision making in social and health policies. In Miranda I. & Cunha M.: *Handbook of Research on ICTs for Healthcare and Social Services: Developments and Applications*, Hershey (USA), IGI Global.
- Gröne, O. y García-Barbero, M. (2002). *Trends in Integrated Care—Reflections on Conceptual Issues*. Copenhagen: World Health Organization.
- Hammar T, Perälä M-L, Rissanen P (2007) The effects of integrated home care and discharge practice on functional ability and health-related quality of life: a cluster-randomised trial among home care patients. *International Journal of Integrated Care* 27: 1568–1156.

- Hammar T, Rissanen, P, Perälä M-L (2009) The cost-effectiveness of integrated home care and discharge practice for home care clients. *Health Policy*, Vol. 92: 10-20
- Hébert, R. (2002). *Integrated Service Delivery For Frail Elderly People. The Canadian Experience*. Valencia Forum Spain, April 14.
- Kane, R.L., Chen, Q., Finch, M., Blewett, L., Burns R, y Moskowitz, M. (2000). The optimal outcomes of post-hospital care under Medicare. *Health Serv Res*, 35, (3), 615-61.
- Kodner, D.L. y Spreeuwenberg, C. (2002). Integrated care: meaning, logic, applications, and implications – a discussion paper. *Int J Integr Care* [serial on the internet] Available at: [www.ijic.org](http://www.ijic.org).
- Leichsenring, K. (2003). *Providing integrated health and social care for older persons – A European overview*. Viena: European Centre for Social Welfare Policy and Research.
- McCusker, J. y Verdon, J. (2006). Do geriatric interventions reduce emergency department visits? A systematic review. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci.*, 61, 53-62.
- OECD (2005). *The OECD Health Project: Long – term care for older people*. Paris: OECD.
- Ródenas, F., Garcés, J., Carretero, S. y Megía M. J. (2008). Case management method applied to older adults in the primary care centres in Burjassot (Valencian Region, Spain). *European Journal of Ageing*, 5, 57–66.
- Rosen, M.A. (2009). Editorial Sustainability: A Crucial Quest for Humanity- Welcome to a New Open Access Journal for a Growing Multidisciplinary Community. *Sustainability*, 1, 1-4
- Rubenstein, L.Z., Stuck, A.E., Siu, A.L., Wieland, D. (1991). Impacts of geriatric evaluation and management programs on defined outcomes: overview of the evidence. *J Am Geriatr Soc*. 39.
- Scharlach, A.E., Giunta, N.Y. y Mills-Dick, K. (2001). *Case management in long-term care integration: an overview of current programs and evaluations*. Berkely: Center for the Advanced Study of Aging Services, University of California.
- Smith, V.K., Terrisca y Peterson, K.A. (2000). *Exemplary practices in primary care case management*. Center for health care strategies, Inc, The Robert Wood Johnson Foundation s. US
- Stuck, A. E., Siu, A. L., Wieland, G. D., Adams, J. y Rubenstein, L. Z. (1993). Comprehensive geriatric assessment: a meta-analysis of controlled trials. *Lancet*, 342, 1032-6.
- Terraza Núñez R., Vargas Lorenzo, I. y Vázquez Navarrete M. (2006). La coordinación entre niveles asistenciales: una sistematización de sus instrumentos y medidas. *Gac Sanit*, 20, 6, 485-95.
- Walsh, E. G., Clark, W. D. (2002). Managed Care and Dually Eligible Beneficiaries: Challenges in Coordination. *Health Care Financ Rev* 24, 1, 63-82.
- WHO (2002). *Lessons for Long-Term Care Policy. The Cross-Cluster Initiative on Long-Term Care, WHO/NMH/CCLI02.1*. Geneva: World Health Organization.