



INFORME FINAL PROYECTO AMPHOS:

“CÓMO HACER EFECTIVA LA CONTINUIDAD
ASISTENCIAL MEJORANDO LA EXPERIENCIA
DEL PACIENTE”

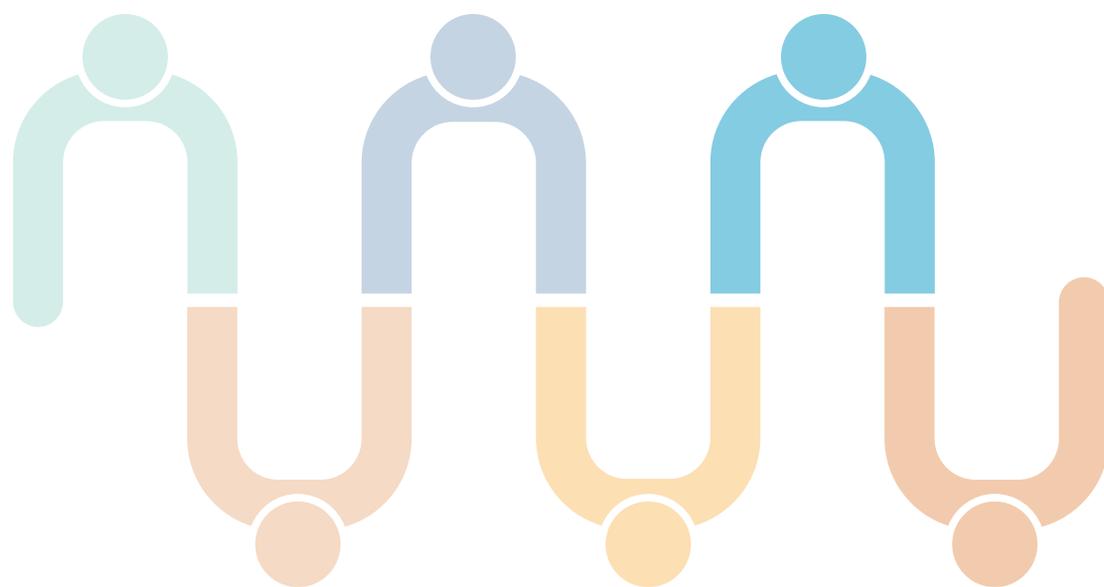


ÍNDICE DE CONTENIDOS

1. INTRODUCCIÓN	3
1.1 Presentación	3
1.2 Antecedentes	4
1.3 Objetivos	6
1.4 Método de trabajo	7
2. PARTICIPANTES	13
2.1 Grupo de validación	13
2.2 Grupo de lanzamiento	14
2.3 Grupo ampliado	14
3. FUNDAMENTOS SOBRE CONTINUIDAD ASISTENCIAL	19
3.1 Introducción	19
3.2 Los tres componentes de la continuidad asistencial	21
3.3 Experiencias internacionales de continuidad asistencial	23
3.4 Experiencias nacionales de continuidad asistencial	31
4. ENCUESTAS	51
4.1 Fase de investigación bibliográfica	51
4.2 Resultados de las encuestas	54
4.3 Resultados de los talleres	61
5. PROPUESTAS DE MEJORA	69
5.1 Soluciones estructurales	71
5.2 Soluciones operativas	76
5.3 Soluciones tecnológicas	83
6. ANEXOS	93
6.1 La visión de las asociaciones	93
6.2 Referencias	95
6.3 Bibliografía	98
6.4 Glosario	101



I. INTRODUCCIÓN



I. INTRODUCCIÓN

I.1 PRESENTACIÓN

Desde 2012, AbbVie impulsa un grupo de trabajo formado por gestores sanitarios, que con la ayuda de una metodología específica, realiza de manera continua un análisis generando propuestas de mejora de los procesos en el ámbito de la gestión sanitaria. **El Proyecto AMPHOS: Análisis y mejora de procesos hospitalarios**, nació con la convicción de que la inversión en la optimización de los recursos, los procesos y la gestión, produce un mayor rendimiento para el sector sanitario.

La presente edición ahonda en un tema de enorme importancia para todos: la continuidad asistencial. En otras palabras, cómo conseguir que la asistencia sanitaria esté tan coordinada e integrada que el paciente la perciba como la perfecta coreografía de un ballet en el que él es el protagonista. Por este motivo, hemos comenzado preguntándoles a ellos qué percepción tienen sobre la atención sanitaria que reciben. Y es que, cuando hablamos de continuidad asistencial, hablamos de percepción, la cual siempre variará en función de la experiencia vivida y las expectativas previas con las que se partía. Si no conocemos bien cómo viven nuestros pacientes la continuidad asistencial, de nada servirán los intentos que hagamos para mejorar dicha atención.

En esta edición de AMPHOS, los integrantes del proyecto: directivos (gerentes, directores asistenciales, directores médicos y de enfermería), profesionales asistenciales y pacientes, han puesto en común su experiencia y conocimiento para analizar cómo se coordina la asistencia sanitaria y qué debemos cambiar para cumplir con las expectativas de los pacientes en continuidad asistencial. A continuación, han trabajado para construir nuevas soluciones factibles en este ámbito. El valor de esta iniciativa reside, una vez más, en que las soluciones alcanzadas se han realizado desde dentro del sistema y con la participación directa de los pacientes. Estas soluciones, pretenden ser de ayuda a toda aquella institución que se plantee qué más puede hacer para mejorar la continuidad asistencial que actualmente ofrece.

Dos conclusiones han ido surgiendo a lo largo de todo este proyecto entre todos los asistentes:

España cuenta hoy con 17 servicios regionales diferentes de salud que avanzan de forma independiente, adaptando su funcionamiento a la realidad de la población que atienden. Esto puede entenderse como una debilidad o como una enorme riqueza, pero si de verdad queremos que los pacientes se beneficien de esa riqueza, hemos de compartir experiencias entre todos. Solo de esta forma, podremos aprender de los éxitos y de los fracasos.

La segunda conclusión es que, tal y como nos enseña la ciencia, solo podemos aprender de aquello que medimos. Por ello, es imprescindible que todos los esfuerzos que llevamos a cabo para mejorar el sistema cuenten con indicadores de resultado. Solo así, sabremos si estamos invirtiendo el dinero de la mejor forma posible.

Es nuestro deseo que este documento contribuya a reforzar el futuro de nuestro sistema sanitario y permita a las organizaciones que quieran mejorar la continuidad asistencial contar con una guía que les oriente y sirva de referencia para conseguir avanzar hacia un modelo centrado, de verdad, en el paciente.

AMPHOS aspira a contribuir, de forma activa y responsable, a la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y forma parte del compromiso de AbbVie como compañía innovadora y centrada en el paciente.

Antonio Bañares
Director de Relaciones Institucionales de AbbVie

1.2 ANTECEDENTES

El Proyecto AMPHOS ha sido definido para alcanzar tres metas:

- Identificar las posibilidades de mejora en la gestión hospitalaria de recursos materiales, profesionales y organizativos.
- Elaborar propuestas de mejora de la eficacia de la cartera de servicios hospitalarios.
- Difundir las propuestas a la sociedad española para su evaluación y su posible aplicación en los servicios de salud.

En Enero de 2011, bajo el patrocinio de Abbott, se publicó el “Informe Bernat Soria” cuyo objetivo era establecer recomendaciones sobre el papel que debería jugar la industria farmacéutica para garantizar la calidad de Sistema Sanitario Español y contribuir a su sostenibilidad.

El citado Informe pretendía ser el inicio de un camino en el que Abbott, en colaboración con los distintos agentes del Sistema de Salud, se interesa en la mejora de la gestión del mismo. Fue realizado sobre una base de amplia participación, con 30 personas que, procedentes de diferentes colectivos profesionales del sector sanitario y de asociaciones de pacientes, se integraron en grupos de discusión y trabajaron con entera libertad bajo la coordinación del propio Bernat Soria y con la colaboración, en la función de moderadora, de la periodista Olga Viza.

Sus contenidos también recibieron la colaboración activa de otras 6 personalidades significativas de la política, la administración sanitaria y otros sectores, a través de un proceso estructurado de entrevistas, así como la aportación de otros 15 participantes que realizaron funciones de soporte y de apoyo técnico al proceso de elaboración.

El Informe Bernat Soria presenta un diagnóstico del Sistema Nacional de Salud que creemos que conserva su vigencia y, aunque su contenido está permanentemente accesible¹, reflejamos a continuación algunas de sus principales conclusiones.

- Existe un sentimiento general de orgullo por el Sistema Nacional de Salud. Las características más valoradas del mismo son su equidad, solidaridad y universalidad y la calidad de sus profesionales.
- Los estudios sitúan a la sanidad pública española entre las cinco o siete más eficientes de los países más desarrollados.
- A pesar de ello, el Sistema muestra sus claroscuros:
 - La prevención sanitaria es un tema pendiente.
 - Se ha realizado un uso indiscriminado y abusivo de los recursos sanitarios. Han fallado las acciones de educación sanitaria y de formación, tanto sobre los pacientes como sobre los profesionales.
 - Existe variabilidad en las prestaciones y coberturas entre los distintos Sistemas Regionales de Salud (percibida como falta de equidad).
 - La Administración Central es vista como un regulador excesivamente politizado, que establece relaciones con el resto de los stakeholders del Sistema según sus intereses. Falta por tanto cohesión en la acción del SNS.

- El paciente no siempre ha sido protagonista del sistema, especialmente cuando requiere no solo más y mejor información sino participar en las decisiones sobre sus procesos. Al mismo tiempo, el paciente no se ha sentido corresponsable de su estado de salud.
- La regulación del marco laboral lleva a una gran rigidez en los modelos de contratación y dificulta establecer incentivos y penalizaciones en función del desempeño de cada profesional, lo que impide trabajar en nuevas mejoras de la eficiencia.
- Existe un modelo de gestión poco eficiente y sensible a mejoras, que va contra los intereses de los agentes sanitarios y del ciudadano.
- La Industria Farmacéutica tiene mala imagen. Se percibe como un negocio falto de transparencia en sus actividades y en sus relaciones con los diferentes agentes involucrados. Aun a pesar de que el sector farmacéutico trabaja en un marco perfectamente regulado por una estricta normativa, se requiere de él más y mejor información.

El Informe Bernat Soria presenta sus conclusiones bajo una premisa básica: No será posible acometer ninguna acción efectiva de manera unilateral. El único camino que puede garantizar y contribuir a la sostenibilidad del sistema sanitario conlleva necesariamente la implicación y el compromiso de los múltiples agentes que en él intervienen.

El Informe Bernat Soria fue un primer paso de Abbott para contribuir al análisis de la situación del sistema sanitario. Con el Proyecto Análisis y Mejora de Procesos Hospitalarios (AMPHOS), se profundiza más en los aspectos más relacionados con la gestión y la eficiencia de dicho sistema y, en especial, con el ámbito hospitalario, identificando propuestas concretas orientadas a la mejora del mismo.

El primer proyecto AMPHOS tuvo lugar en 2012, cuando un grupo de 60 Directores Gerentes de varios hospitales nacionales realizó una revisión de los procesos hospitalarios, con el fin de identificar oportunidades para la mejora de la eficiencia del sistema y la calidad asistencial, que se recogieron en recomendaciones en el Informe AMPHOS 2012.

La continuación del proyecto quiso profundizar en algunas de las oportunidades para la mejora de la gestión hospitalaria identificadas en el informe anterior. Para ello se reunió un grupo más amplio de profesionales, con Gerentes, Directores Médicos y Jefes de Servicio que trabajaron la temática de la gestión clínica como modelo de incorporación de profesionales a la gestión e implantación de una estructura organizativa descentralizada. De este modo, el Informe AMPHOS 2013 avanza en la gestión clínica de manera reflexiva, y el Informe AMPHOS 2014 trabaja en la elaboración de una guía práctica de implantación de Unidades de Gestión Clínica.

El cuarto informe AMPHOS 2015 desarrolló una nueva temática como un elemento clave en la gestión hospitalaria: el desarrollo e implantación de alianzas estratégicas en el sector. Se trabajó para generar conocimiento sobre las alianzas estratégicas y su utilidad para transformar el sistema de salud y para sensibilizar a los diferentes agentes del sistema sobre la necesidad de explorar e implantar alianzas estratégicas con un enfoque hacia la eficiencia, la eficacia y la seguridad en los procesos asistenciales y de soporte, contribuyendo a la sostenibilidad del sistema de salud. De este proyecto se obtuvo una guía práctica de implantación efectiva de alianzas estratégicas en el sector sanitario.

Durante parte del año 2016 y 2017 se llevó a cabo el quinto proyecto AMPHOS, esta vez centrado en uno de los ejes fundamentales de la atención sanitaria: la continuidad asistencial. En esta ocasión, además, no se trataba de analizar cómo se lleva a cabo la asistencia sanitaria en este momento y qué debe mejorarse desde dentro del sistema, sino que se partió de la base de que son la percepción y la experiencia del paciente lo que realmente importa, y por tanto debemos comenzar por entender y aprender cómo son esa percepción y qué vive el paciente y su entorno cuando se acercan al sistema sanitario. Una vez aprehendido el concepto, debemos buscar soluciones, pero otra vez con el paciente a nuestro lado, haciéndolo protagonista de los cambios a realizar. Este informe es el resumen de todo este proyecto.

1.3 OBJETIVOS

El Proyecto AMPHOS, protagonizado plenamente por las gerencias y, a través de ellas por las direcciones de los hospitales, persigue como objetivo general canalizar las opiniones de éstas sobre las oportunidades de mejora de los procesos hospitalarios y sobre las medidas a tomar para hacerlas efectivas. Dentro de ese gran objetivo general se han fijado tres metas:

1. Detección y localización de las posibilidades de mejora en la gestión de medios materiales, profesionales y organización (entendida en su más amplia acepción).
2. Elaboración de propuestas a aplicar con objetivos de mejora de la efectividad y eficiencia sin menoscabo de la calidad de los servicios.
3. Transferencia de ideas y propuestas a la sociedad española para su análisis y evaluación y la consideración de su posible aplicación en los servicios de salud.

Para el proyecto AMPHOS de Continuidad Asistencial, se ha contado no solo con las gerencias y direcciones de los hospitales, sino con los profesionales sanitarios, tanto médicos como de enfermería, de ambos niveles asistenciales y, por supuesto, con los pacientes, a los que se les ha dado la voz durante todo el proyecto. Los objetivos específicos de este proyecto AMPHOS han sido:

1. Profundizar desde el punto de vista del paciente, en aquellos aspectos, quejas o debilidades identificadas en nuestro sistema sanitario dentro del ámbito de la continuidad asistencial.
2. Identificación de las líneas estratégicas de trabajo para obtener una mejor valoración de la “experiencia” del paciente como usuario del sistema nacional de salud.
3. Identificación de las acciones e intervenciones que, a corto, medio y largo plazo y en el ámbito de la continuidad asistencial, podrían llevarse a cabo para garantizar la mejora de la percepción asistencial por parte del paciente.
4. Identificación de aquellos agentes potencialmente responsables por capacidad, autoridad y competencia que puedan implementar, proponer y llevar a cabo las mejoras identificadas.
5. Elaboración de un documento que contenga las conclusiones obtenidas fruto del diálogo mantenido con los diferentes grupos de trabajo, que permita hacer una propuesta realista de los cambios a llevar a cabo.
6. Difusión de los resultados a nivel nacional y de CCAA, con la posibilidad de desarrollar diferentes jornadas de trabajo autonómicas.

1.4 MÉTODOS DE TRABAJO

Las bases de partida para el diseño de la metodología de trabajo del Proyecto AMPHOS han sido tres:

1. Obtener la participación de un grupo lo suficientemente grande de profesionales directivos (gerentes, directores médicos, de enfermería y asistenciales), profesionales asistenciales (médicos y enfermeras tanto de primaria como de hospitalaria) y pacientes que, procedentes de distintos territorios y trabajando en centros de distintas dimensiones y características funcionales y con distintos modelos de gestión, permitieran disponer de una amplia gama de opiniones y, por tanto, de una variabilidad de las aportaciones técnicas que contribuyesen a la riqueza al proceso.
2. Los subgrupos de trabajo deberán ser pluridisciplinarios, para que no falte ninguna información importante a la hora de identificar problemas y planear soluciones.
3. Los trabajos se desarrollarán en un marco que permita la expresión de las opiniones personales con absoluta libertad e independencia.
4. Las propuestas resultantes (ideas, acciones y requerimientos para llevarlas a la práctica) deberán ser resultado del consenso del conjunto de los participantes.

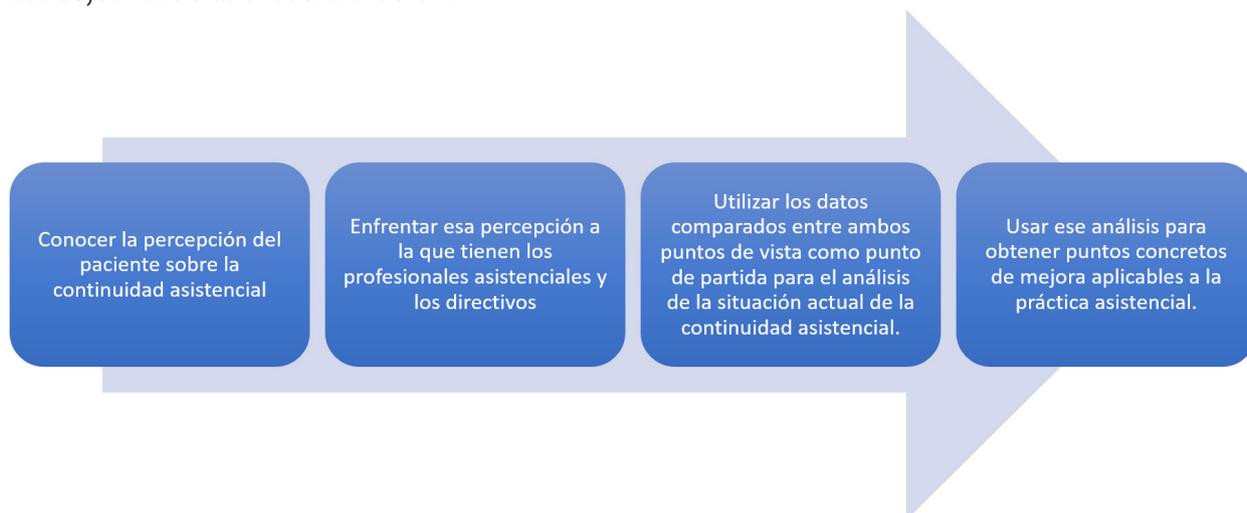
Para conseguir los objetivos marcados, el proyecto se ha desarrollado a través de una serie de fases:

1. Fase de investigación y recopilación de información y experiencias publicadas sobre continuidad asistencial, tanto en España como en el resto de Europa, EEUU, Canadá, Australia, y Nueva Zelanda.
2. Puesta en común con los grupos de validación y lanzamiento de los principales problemas o barreras que tiene actualmente el sistema sanitario para mejorar en continuidad asistencial.
3. Realización de encuestas
 - A pacientes en todo el territorio nacional sobre continuidad asistencial.
 - A profesionales directivos en todo el territorio nacional sobre los mismos ítems de continuidad asistencial.
 - A profesionales asistenciales en todo el territorio nacional sobre los mismos ítems de continuidad asistencial.
4. Identificación de los “gaps” encontrados entre la percepción del paciente y la del sistema.
5. Talleres de trabajo con todos los grupos para encontrar soluciones a esos “gaps” identificados.

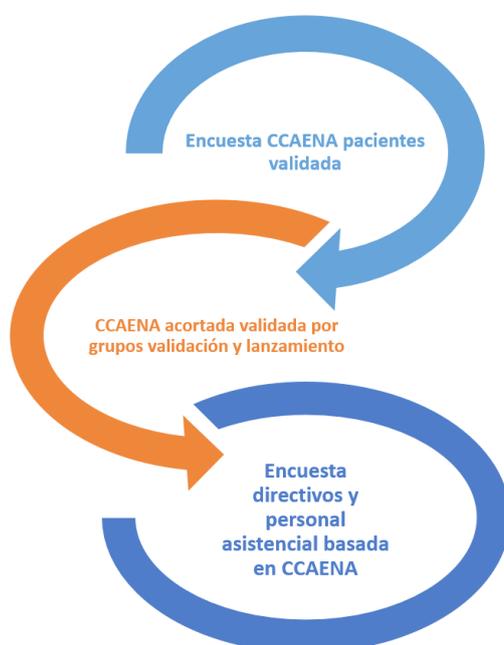


ENCUESTAS

Dado que el proyecto se basaba en la percepción del paciente sobre su experiencia en cuanto a la continuidad asistencial, se comenzó realizando encuestas para poder conocer cómo era esa percepción. Los objetivos de las encuestas fueron:



Dado que se trata de hacer un trabajo científico, es imprescindible medir, y para ello se buscó una herramienta de medición validada. La única encuesta validada en lengua española sobre percepción de la continuidad asistencial dirigida a pacientes es la encuesta CCAENA.



Se le mostró al grupo de validación y de lanzamiento la encuesta CCAENA para su valoración. Por la longitud y complejidad de ésta, se decidió abreviarla en algunos puntos que no iban a ser objeto de estudio en este caso. Una vez realizado este proceso se volvió a someter a revisión y validación por estos dos grupos.



Posteriormente, tomando como base la encuesta CCAENA adaptada, se formularon dos encuestas sobre los mismos ítems presentes en la CCAENA dirigidas a directivos y a profesionales asistenciales. Ambos formularios fueron validados por los grupos de validación y lanzamiento. Todas las encuestas, tanto de pacientes como de profesionales, eran anónimas, y tan solo se recogía como dato identificativo la CCAA en la que se realizaba la encuesta y la categoría profesional (médico, enfermera, residente) en el caso de los profesionales asistenciales.

Todas las encuestas se prepararon para poder ser contestadas online tanto desde ordenadores como desde dispositivos móviles, a fin de facilitar al máximo su cumplimentación. En el caso de las encuestas a pacientes fueron también preparadas en formato papel para poder ser realizadas de forma presencial.

Los principales ítems analizados en las encuestas suponían una ruta por el proceso asistencial habitual de un paciente, teniendo sub-formularios según la ruta asistencial que recorriera (primaria-hospitalización, primaria-consulta externa especialista, primaria-urgencias, y sus inversas).



Además, se hizo hincapié en las diferentes rutas asistenciales que siguen los pacientes crónicos complejos, ya que este tipo de pacientes es el que más sufre la falta de continuidad asistencial y, a la vez, el que más se puede beneficiar de su mejora.

TALLERES DE TRABAJO

En el diseño de este programa AMPHOS, se han realizado tres jornadas de talleres.

- Taller I. Continuidad asistencial desde el punto de vista de la comunicación y la relación.
- Taller II. Continuidad Asistencial desde el punto de vista de la gestión, la organización y los procesos
- Taller III. Continuidad Asistencial orientada al paciente crónico complejo.

Cada participante en los talleres disponía de dos metodologías diferentes para participar: Think Creative y Focus Group. Ambas metodologías perseguían, a través del debate participativo y desde la puesta en común de expertos en distintas áreas asistenciales y de forma activa, poder alcanzar propuestas de abajo a arriba, al servicio de la mejora de los problemas asistenciales analizados.

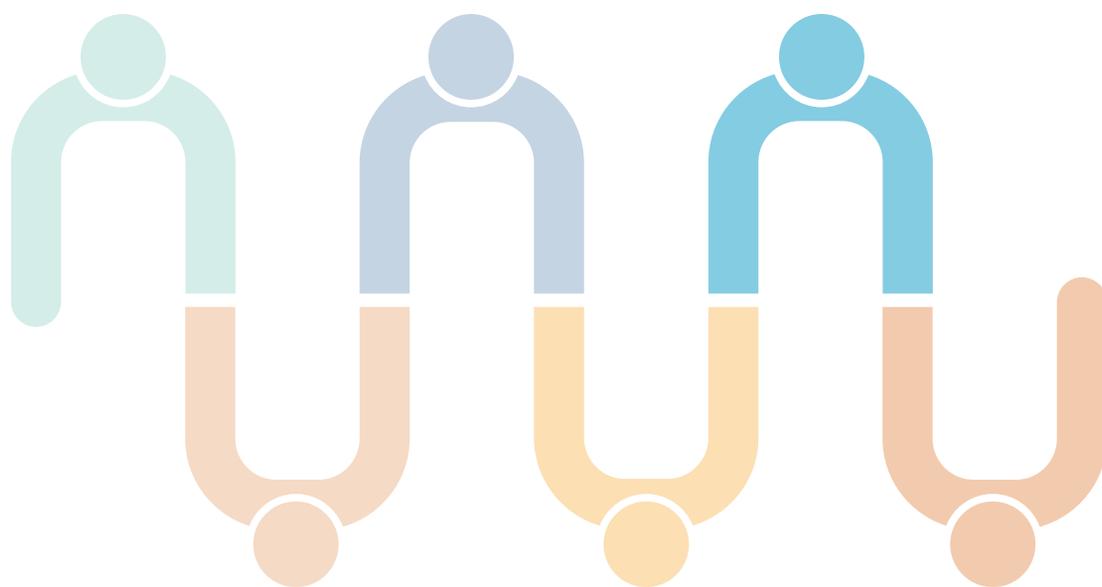
FOCUS GROUP

Focus Group o grupo focal es una técnica de investigación cualitativa, que procura la recolección de datos mediante una entrevista grupal semi-estructurada, que gira alrededor de una temática propuesta por el investigador. El propósito principal del grupo focal es hacer que surjan actitudes, sentimientos, creencias, experiencias y reacciones en los participantes. Además, comparados con la entrevista individual, los grupos focales permiten obtener una multiplicidad de miradas y procesos emocionales dentro del contexto del grupo.

THINK CREATIVE

El Design Thinking^{2,3} o Pensamiento de Diseño es una metodología para la resolución de problemas aplicable a cualquier ámbito que requiera un enfoque creativo. Si bien el nombre puede provocar confusión, no se trata tanto de una cuestión de diseño sino de adoptar algunas de las dinámicas creativas que se emplean en esta disciplina: una invitación a pensar como diseñadores. La metodología persigue estimular la cooperación y la creatividad rompiendo con ideas preconcebidas con el fin de generar opciones innovadoras para abordar problemas o mejorar situaciones. Entronca en este sentido con la idea de desaprender (unlearning), un esfuerzo cada vez más acuciante en nuestra sociedad que requiere distanciarse de los modelos ya asumidos para analizarlos, desmontarlos cuando sea preciso y reconstruirlos de nuevas maneras. El Design Thinking^{4,5} centra sus esfuerzos en empatizar con los usuarios, en generar ideas creativas y en confrontarlas continuamente con el usuario a través del prototipo como instrumento de aprendizaje, pensamiento y referencia para la evaluación de las soluciones. Se concibe como un proceso iterativo en acercamiento progresivo a una solución mejor. Para ello se debe cambiar la concepción del trabajo como algo cerrado con una entrega final y definitiva para cambiarla por un proceso de gestión de la incertidumbre y del fracaso.

2. PARTICIPANTES



2. PARTICIPANTES

El proyecto contó con tres niveles de participación:

1. Grupo de validación: formado por representantes de todos los ámbitos implicados en la continuidad asistencial, tanto a nivel ministerial como de consejerías y hospitales. Sus funciones fueron asesorar a la consultora responsable del trabajo sobre la idoneidad de las acciones y propuestas para alcanzar los objetivos marcados en el proyecto.
2. Grupo de lanzamiento: formado por 12 gerentes de grandes hospitales. Sus funciones eran aportar la visión del sistema, validar las encuestas a realizar y ayudar a su distribución para que fueran representativas de la realidad de nuestro sistema sanitario, validar las conclusiones obtenidas y aportar su visión en los talleres de trabajo.
3. Grupo ampliado: formado por directivos, personal asistencial y pacientes. Participarán en las encuestas, los talleres y construirán junto con el grupo de lanzamiento y de validación, las posibles soluciones o mejoras en el ámbito de la continuidad asistencial.



2.1 GRUPO DE VALIDACIÓN

Nombre	Cargo*	Entidad
Javier Dodero de Solano	Director Corporativo de Continuidad Asistencial.	Grupo hospitalario Quironsalud, Hospitales Públicos Madrid
Mercedes Carreras Viñas	Directora Escola de Saude.	Consejería de Sanidade. Xunta de Galicia
Tomás Castillo Arenal	Presidente	Plataforma de Organizaciones de Pacientes
Lourdes Martínez Muñoz	Gerente de Cuidados. Dirección General de Coordinación de Asistencia Sanitaria.	Servicio Madrileño de Salud de la Comunidad de Madrid
Paloma Casado Duráñez	Subdirectora General de Calidad y Cohesión	Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad
Mercedes Alfaro Latorre	Directora del Instituto de Información Sanitaria	Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad
Ángel Gil de Miguel	Catedrático de Medicina Preventiva y Salud Pública. Vicerrector de Relaciones Institucionales	Universidad Rey Juan Carlos

*Se citan los cargos en vigor al inicio del proyecto AMPHOS (Junio 2016)

2.2 GRUPO DE LANZAMIENTO

Nombre	Cargo*	Hospital
Francesc Iglesias García	Adjunto a Gerencia	Hospital Universitari Vall d'Hebron
M ^a Dolores Acón Royo	Gerente	Hospital Universitario Son Espases
Álvaro Bonet Plá	Gerente	Hospital Clínico Universitario de Valencia
Juan Antonio Marqués Espí	Gerente	Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca
Manuel Bayona García	Gerente	Hospital Virgen de las Nieves y Clínico
Antonio Castro Torres	SubGerente	Hospital Universitario Virgen del Rocío
José Manuel Ladrón de Guevara Portugal	Gerente	OSI Donostialdea
Luis Verde Remeseiro	Gerente	Hospital Clínico Universitario de Santiago
Ricardo Herranz Quintana	Gerente	Hospital Universitario Puerta de Hierro
Diego Becerra García	Gerente	Hospital Virgen de la Salud
Cristina Granados Ulecia	Gerente	Complejo Asistencial Universitario de Salamanca
Jesús Sanz Villorejo	Presidente	ANDE
Joaquín Estévez Lucas	Presidente	SEDISA

*Se citan los cargos en vigor al inicio del proyecto AMPHOS (Junio 2016)

2.3 GRUPO AMPLIADO

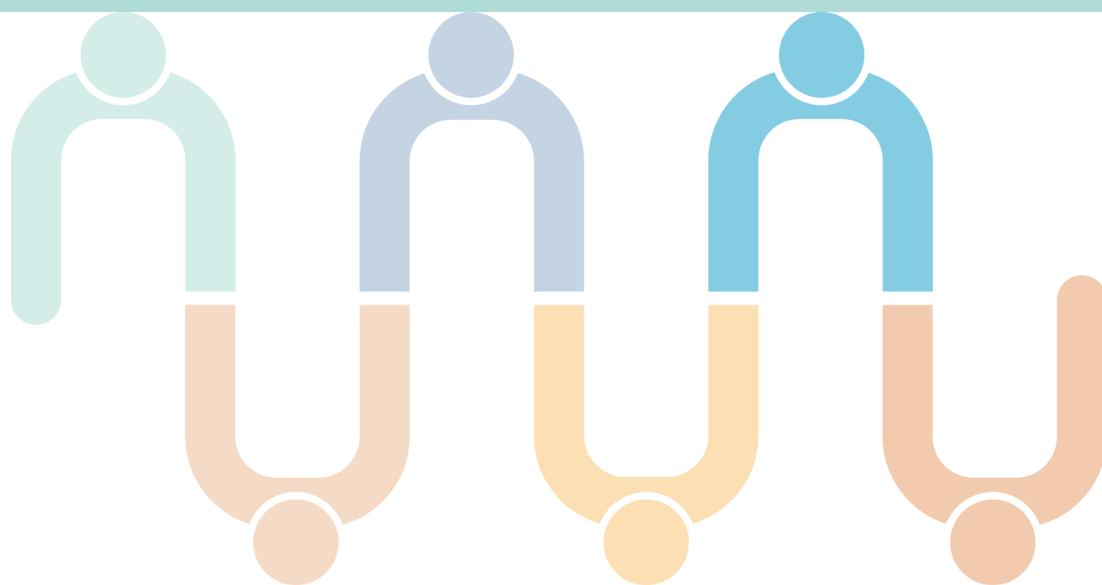
Nombre	Cargo*	Hospital
Pere Vallribera Rodríguez	Gerente	Hospital Sant Joan de Deu
Cristina Carod Pérez	Directora Ejecutiva	Consorci Hospitalari Parc Tauli
Yolanda Montenegro Prieto	DM	Hospital Universitario Son Espases
Olga Pané Mena	Gerente	Hospital del Mar
Javier Palau	Gerente	Hospital Universitario de La Ribera
Mónica Almiñana Rique	Gerente	Hospital Universitario y Politécnico de La Fe
Rosario López Estudillo	SubDM	Hospital Universitario Dr. Peset
Enrique Ortega González	Gerente	Hospital General Universitario de Valencia
Dantes Tórtola Graner	DM Atención Primaria	Hospital Universitario Dr. Peset
Pedro Rollán Pérez	DM	Hospital de Manises
Luis Mena Esquivias	DM	Hospital General Universitario de Alicante
Jaume Sastre Barceló	DM	Hospital General Universitario de Elche
Isabel González Álvarez	Gerente	Hosp. Universitario San Juan de Alicante
Rosa M ^a Louis Cereceda	Gerente	Hospital Marina Baixa
Concha Amador Prous	DM	Hospital Marina Baixa
Ángel Baeza Alcaraz	Gerente	Hospital General Universitario Morales Meseguer
José Francisco Sedes Romero	Gerente	Hospital General Universitario Santa Lucía
Emiliano Nuevo Lara	Gerente	Hospital Carlos Haya
Reyes Álvarez-Ossorio	DM	Complejo Hospitalario Torrecárdenas
María Teresa Porcel López	DM	Hospital Infanta Cristina
José Manuel Galiana Auchel	Subdirección Médica	Hospital Universitario Virgen Macarena
Antonio Llergo Muñoz	DM	Hospital Universitario Reina Sofía

Nombre	Cargo*	Entidad
Carmen Martín	Responsable del Servicio Atención Ciudadana y Participación Comunitaria	Hospital Universitario Virgen del Rocío
Javier Apezteguia Urroz	Subdirector Asistencia Integrada	Servicio Navarro de Salud
Manuel Ollero Baturone	Director de la Unidad Clínica de Medicina Interna (UCAMI) Director "Plan Andaluz de Atención Integrada al Paciente con Enfermedades Crónicas"	Hospital Universitario Virgen del Rocío
Isabel Gutiérrez Cía	Directora medica	Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa
Jon Guajardo Remacha	Gerente	OSI Barrualde Galdakao
Joseba Julen Ballestero Zarraga	Gerente	OSI Barrualde Sestao
Antonio Merino Díaz de Cerio	Gerente	Complejo Hospitalario de Navarra
José Manuel Aldamiz-Echevarría Iraurgi	Gerente	Hospital Universitario Miguel Servet
Miren Amaia Ruiz Echevarría	DM	OSI Bilbao Basurto
María Holanda Rodríguez Vázquez	Dtra. Procesos sin ingreso urgen.	Complejo Hospitalario Universitario de Vigo
Rafael Sánchez Fernández	Subdir. procesos asistenciales	Hospital Universitario Lucus Augusti
María Codesido López	Gerente	Hospital General Universitario Gregorio Marañón
Modoaldo Garrido Martín	Gerente	Hospital Universitario Fundación Alcorcón
José Francisco Soto Bonel	Gerente	Hospital Clínico San Carlos
Julio Mayol Martínez	Director Médico	Hospital Clínico San Carlos
Rosa Bermejo Pareja	Gerente	Hospital Universitario Infanta Sofía
Eduardo de Bonis Redondo	Gerente	Hospital Universitario de Canarias
José Miguel Sánchez Hernández	Gerente	Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín
José Gilberto Peñate González	Director Médico	Hospital Universitario de Canarias
Pedro Miguel Rodríguez Suárez	Director Médico	Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín
Víctor Naranjo Sintés	Gerente	Hospital Universitario Insular de Gran Canaria
Juan Carlos Martín González	Director Médico	Hospital Universitario Insular de Gran Canaria
Carlos Mur de Víu Bernad	Gerente	Hospital Universitario de Fuenlabrada
Ana Chacón García	Directora Continuidad Asistencial	Hospital Universitario de Fuenlabrada
Félix Bravo Sanz	Gerente	Hospital Universitario Príncipe de Asturias
Carmen Martínez de Pancorbo González	Gerente	Hospital Universitario 12 de Octubre
Domingo del Cacho Malo	Gerente	Hospital Universitario Severo Ochoa

Nombre	Cargo*	Hospital
Alberto Jara Sánchez	Gerente	Hospital General Universitario de Ciudad Real
Rodolfo Antuña Pelegrí	Gerente	Hospital Universitario La Princesa
Miguel Ángel Ortiz de Valdivielso	Gerente	Hospital Universitario de Burgos
Carmen Rodríguez Pajares	Director Médico	Hospital Universitario de Burgo
Juan Luis Burón Llamazares	Gerente	Complejo Asistencial Universitario de León
José Miguel García Vela	Director Médico	Hospital Universitario Río Hortega
Francisco Javier Montes Villameriel	Gerente	Asistencia Sanitaria de Zamora
Alfonso Montero Moreno	Gerente	Hospital Universitario Río Hortega
M ^a Paz de la Torre	Director Médico	Hospital Clínico Universitario de Valladolid
José Manuel Vicente Lozano	Gerente	Complejo Asistencial de Segovia
Carmen Pantoja Zarza	Gerente	Hospital Universitario Infanta Leonor
M ^a Luisa Palacio Romero	Dra. Continuidad Asistencial	Hospital Universitario Ramón y Cajal
José M ^a Muñoz y Ramón	Director Médico	Hospital Universitario La Paz
Jorge Matías Guiu	Jefe de Servicio	Hospital Clínico San Carlos
Francisco Javier Grandas Pérez	Jefe de Servicio	Hospital General Universitario Gregorio Marañón
José Luis Díez Gil	Jefe de Servicio	Hospital General Universitario Gregorio Marañón
Joan Miquel Nolla	Jefe de Servicio	Hospital Bellvitge
Enrique Raya Álvarez	Jefe de Servicio	Hospital Universitario San Cecilio
José Manuel Benítez del Castillo	Jefe de Servicio	Hospital Clínico San Carlos
Agustín Albillos Martínez	Jefe de servicio	Hospital Universitario Ramón y Cajal
Elvira Poves Martínez	Jefe de Servicio	Hospital Universitario Príncipe de Asturias
Javier Martín de Carpi	Jefe de Servicio	Hospital San Joan de Deu
Xavier Calvet Calvo	Jefe de Servicio	Consorti Hospitalari Parc Taulí
Ricardo Ruiz-Villaverde	Jefe de Servicio	Hospital Universitario Virgen de las Nieves
Pedro Herranz Pinto	Jefe de Servicio	Hospital Universitario La Paz
Mercedes Ferro Montiu	Jefa coord. sociosanitaria	Servicio Navarro de Salud
Inmaculada Sánchez Martín	Téc. Coord. sociosanitaria	Osakidetza
Concepció Cabanes Duran	Plan Director Sociosanitario	Departament de Salut Generalitat
Francisca Palmero Pérez	Directora de Enfermería	Hospital San Juan de Dios de Zaragoza
Leopoldo Palacios Gómez	Enfermero Gestor de Casos	Servicio Andaluz de Salud
Alberto Jiménez Morales	Adjunto	Hospital Universitario Virgen de las Nieves
Eva Delgado Silveira	Coordinadora	Grupo CRONOS
Ismael Escobar Rodríguez	Jefe de Servicio	Hospital Universitario Infanta Leonor
Carina Escobar	Secretaría General	UNIMID
Natacha Bolaños	Representante	GEPAC
Eva Pérez-Bech	Representante	FNETH

*Se citan los cargos en vigor al inicio del proyecto AMPHOS (Junio 2016)

3. FUNDAMENTOS SOBRE CONTINUIDAD ASISTENCIAL



3. FUNDAMENTOS SOBRE CONTINUIDAD ASISTENCIAL

3.1 INTRODUCCIÓN

Existe una extensa bibliografía sobre continuidad asistencial. Este proyecto AMPHOS no pretende ser un informe teórico más sobre esta cuestión, que insista en las características de la continuidad asistencial desde los diferentes ámbitos que la componen. La idea de este proyecto ha sido la de recoger, en primer lugar, la visión del paciente sobre todos los aspectos que intervienen en la continuidad asistencial, cuál es su experiencia en cuanto a la asistencia sanitaria que recibe y cómo los diferentes profesionales del sistema se coordinan entre ellos para atenderle a él y a sus familiares y cuidadores.

La sociedad avanza, y el usuario o consumidor ha pasado a ocupar un lugar preponderante, no solo en cuanto a situarse en el centro de atención de las acciones de marketing de las empresas, sino a ser el punto de origen y destino de las estrategias de muchas de ellas. Por el contrario, la sanidad sigue estando centrada en el funcionamiento de la propia institución, tratando de hacer eficientes los procesos para ser sostenible, pero sin adaptarse realmente a las necesidades y opiniones de sus usuarios, los pacientes.

La continuidad asistencial se ha identificado como un elemento esencial de una buena práctica clínica, junto con otros conceptos como coordinación de cuidados, cuidados centrados en el paciente o asistencia sanitaria integrada. Existen claras evidencias de que cuando estos conceptos se ponen en práctica se produce una mayor calidad asistencial, mejor salud, mayor equidad y menor coste.

Cualquier revisión sobre previsiones estadísticas relacionadas con la población y al margen de la precisión que se quiera confiar a las mismas, ponen de manifiesto que los mayores de 65 años superarán en Europa en el año 2050 el 27 %, cerca de la tercera parte de la población. Los mayores de 80 años que representaban en el año 2000 un 3,4%, pasarán al 11,8% en 2050.

La población española pasará de 46 a 43 millones en el periodo 2020-2050. En ese mismo periodo la esperanza de vida de hombres y mujeres será respectivamente de 81,4 y 86,7 años en 2020 y de 88,4 y 92,2 años en 2050. Y esa esperanza de vida a los 65 años será de 20 y 24 años para hombres y mujeres en 2020 pero de 25 y 29 años respectivamente en 2050. En España los mayores de 80 años sobrepasarán los 4 millones, el 30% de los mayores de 65 años. Las cifras son más que elocuentes.

No es el momento de analizar las complejas causas que pueden intentar explicar estos datos. El envejecimiento es estructuralmente multifactorial. Solo cabe, en primer lugar, felicitarse por los mismos, pero inmediatamente ponerse a reflexionar sobre cómo dar respuesta a los problemas que estos cambios demográficos van a plantear para el conjunto de la población y de los sistemas institucionales asistenciales que la ordenan y gobiernan.

La realidad es que estamos ante un colectivo de 19 millones de enfermos crónicos, de los cuales, 11 millones son mujeres. De estos 19 millones de pacientes, mueren cada año 300.000, cifra que representa el 90% del total de fallecimientos⁶.

Por ello puede considerarse que el tratamiento ordenado, planificado y eficaz del paciente crónico, además de responder a exigencias ligadas a la dignidad y derechos personales, no debe ser una opción de los responsables de los sistemas asistenciales, sino una necesidad

Centrando la atención en el sistema sanitario, es evidente que los pacientes tienen y tendrán más edad y con ello mayor prevalencia de afecciones o problemas crónicos. Estas características de salud hacen que, entre las expectativas de mayor relevancia para los pacientes, se destaquen la accesibilidad al sistema y la continuidad en los cuidados. La cooperación y colaboración entre los distintos niveles asistenciales se considera que facilita esas expectativas, si bien deberían ir acompañadas de imprescindibles cambios en la organización del sistema para que sean efectivas.

Pero ante la necesidad de afrontar estas profundas reformas debe tenerse presente que se precisa más un cambio sociológico que tecnológico y que este último, pareciendo más factible y al alcance de la mano, puede ralentizar o impedir el primero, si no se aplica con prudencia y planificación adecuada.

Ahora que tanto se habla de actuaciones basadas en la evidencia disponible, resulta muy evidente que las características del paciente atendido hoy en los hospitales y centros de atención primaria de cualquier tipo, es muy distinta a la de hace unos años, ya que, además de tener más enfermedades crónicas, tiene mayor edad, y esto le singulariza y le reviste de una especial fragilidad.

Es una constante presente en cualquier análisis de la situación del sistema sanitario su clara disfunción entre una demanda de cronicidades y una oferta fragmentada. Oferta de agudos en el área de la atención hospitalaria y, generalista y muy indiferenciada, en la atención primaria (AP). Potentes dispositivos y bien dotados hospitales para tratar agudos y escasas infraestructuras diseminadas y heterogéneas para cuidados de media y larga estancia, que son, en principio, los más demandados por esta creciente población de pacientes crónicos. Esta nueva demanda presenta enfermedades bien conocidas, pero que ni este ni ninguno de los sistemas sanitarios conocidos cura. Se trata de procesos de progresivo deterioro general, que conllevan una disminución gradual de la capacidad funcional con sus correspondientes repercusiones personales y sociales. Estas singularidades requieren otro tipo de asistencia y otros dispositivos para atenderla.

Esta situación tan bien descrita desde hace ya mucho tiempo en muchos lugares de dentro y de fuera, sin que se haya avanzado seriamente en su abordaje real, parece indicar que la adecuada atención a estos nuevos pacientes precisa un nuevo paradigma.

Si se parte de que nos encontramos con un número creciente de pacientes más a cuidar que a curar, con más complejidad presente y sobre todo futura, en la que se mezclen situaciones médicas, culturales, socioeconómicas y relacionales, un primer planteamiento parece reclamar un tratamiento multidisciplinar clínico y social, que de verdad sitúe al paciente en el centro. Que el paciente ocupe el centro quiere decir que sea participante en las decisiones, para lo que necesita disponer de información veraz y clara. Por otro lado, tratar al paciente desde una perspectiva multidisciplinar, no debería circunscribirse a los episodios agudos de la enfermedad puesto que cuando se hace una aproximación al sistema de salud, no es suficiente aplicar unas determinadas políticas sanitarias, sino que hay que afrontar y ejecutar una gestión innovadora y reformas estructurales.

HISTORIA DE LA CONTINUIDAD ASISTENCIAL

El término continuidad asistencial aparece por primera vez en los años 50. Inicialmente se usó para referirse a la figura del proveedor asistencial personal (en general la figura del médico de cabecera). En los años 70 este mismo concepto cambió, centrándose en que la asistencia fuera coordinada e ininterrumpida.

Más tarde se introdujeron modelos multidimensionales para describir la continuidad asistencial. Uno de estos modelos la define como “proveedor de cuidados que sigue a su paciente, y tiene en cuenta los cambios en el tiempo (continuidad cronológica), proveyendo asistencia en cualquier lugar (continuidad geográfica), tratando diferentes enfermedades en un paciente (continuidad interdisciplinar), generando confianza en el paciente, su familia y círculo cercano (continuidad interpersonal) y teniendo toda la información sobre su paciente (continuidad de información). Otro modelo multidimensional de la misma época define la continuidad como la “planificación de los cuidados de acuerdo con las necesidades de los pacientes (dimensión individual), proveyendo y estableciendo una relación con el proveedor de cuidados (relación), comunicándose con los pacientes y con otro personal asistencial (comunicación), permitiendo a los pacientes moverse ordenadamente entre niveles asistenciales (dimensión longitudinal), contando con un amplio abanico de servicios disponibles (continuidad íter-niveles), siendo capaz de moverse entre servicios con flexibilidad (flexibilidad), y teniendo fácil acceso a servicios asistenciales (accesibilidad).

Después de mediados de los 70 el énfasis de la definición se movió hacia la continuidad como concepto medible, y fue evolucionando hasta convertirse en “ver al mismo médico, que conoce al paciente y mantiene un contrato implícito con él”. Así se desarrollaron innumerables instrumentos de medida, como el índice de continuidad de cuidados (CCI), número de proveedores vistos (NOP), índice de continuidad secuencial (SCN) y el índice de proveedor habitual (UPC).

A partir de los años 90 los modelos multidimensionales volvieron a emerger. La continuidad fue definida entonces desde el punto de vista del paciente, como la experiencia del paciente de unos cuidados coordinados y progresivos. Para alcanzar este objetivo se hace necesario una transferencia de información excelente, comunicación efectiva, flexibilidad, continuidad en la relación y provisión de atención sanitaria por tan pocos profesionales como sea posible.

3.2 LOS TRES COMPONENTES DE LA CONTINUIDAD ASISTENCIAL

Es preciso advertir que bajo el término de continuidad asistencial también se utilizan otros términos a modo de sinónimos y que pueden significar conceptos distintos y parciales en el ámbito asistencial. Se hacen referencias, a la coordinación de la atención, la atención integral, las altas planificadas, la gestión de casos, la atención sin fisuras, la atención tras-mural, etc.

En relación con la continuidad asistencial puede ser conveniente hacer una precisión sobre algunos de sus elementos fundamentales, que están presentes en todos los diseños que se plasman en los distintos programas de continuidad:

- **Continuidad asistencial desde el punto de vista de la relación:** relaciones permanentes entre el paciente y los profesionales, fundamentalmente personal médico y de enfermería, tanto de atención primaria (AP) como de atención hospitalaria (AH). Se destaca en todos los programas abordados la conveniencia de profundizar en las relaciones entre los profesionales entre sí, tanto en el ámbito hospitalario y en el ámbito de atención primaria como, y esto es básico, entre los profesionales de ambos ámbitos. Debe tenerse en cuenta, además, que el permanente desarrollo de programas de integración y coordinación asistencial y la presencia y orientación de estos hacia el tratamiento de pacientes crónicos complejos, incrementa la pluralidad de profesionales en los mismos, tanto del ámbito considerado habitualmente como clínico, como de los ámbitos sociales y del entorno directo del paciente. Así vemos como se plantea la puesta en marcha y desarrollo de equipos multidisciplinares con la presencia de farmacéuticos, fisioterapeutas, trabajadores sociales, psicólogos, familiares y cuidadores expertos, entre otros.

- Continuidad asistencial desde el punto de vista de la información:** hoy por hoy puede considerarse como uno de los elementos reales más condicionantes, a la vez que ofrece un mayor potencial de futuro. Se trata de disponer de vías de comunicación con fácil disponibilidad de uso al servicio de la transferencia de información clínica precisa. El Sistema Nacional de Salud (SNS) y los distintos Sistemas Regionales todavía presentan importantes carencias de sistemas reales de información y comunicación digital, especialmente por falta de planificación; esto se traduce en falta de interoperabilidad entre los medios disponibles. Los múltiples estudios revisados así lo ponen en evidencia en mayor o menor grado, destacando, generalmente, que esta carencia comunicativa es más frecuente en la dirección que parte del área hospitalaria hacia la atención primaria, que en sentido contrario. También se observa con frecuencia la necesidad de mejora de la comunicación entre especialistas, cuando el paciente presenta pluripatologías. El resultado de estas carencias se expresa en recomendaciones, prescripciones o actitudes dirigidas al paciente que pueden ser contradictorias en alguna medida. En muchos estudios incluso se cuantifican las consecuencias de estas disfunciones en términos de mortalidad y coste, con cifras verdaderamente elevadas y de muy difícil justificación. Solo en el apartado de pérdidas debidas al Incumplimiento del tratamiento se calcula que pueden ser causa anual de 19.000 muertes, con un gasto aproximado de 11.000 M€. Estos incumplimientos podrían, en cierta medida, ser evitados por dispositivos eficaces de seguimiento dentro del programa de continuidad asistencial. Estos problemas son claramente percibidos por los pacientes como preocupantes, lo que conlleva, en cierta medida, una posible pérdida de la necesaria confianza que depositan en los profesionales que les atienden y en el conjunto del sistema. En relación con el conjunto de la información disponible se considera muy conveniente disponer de la historia clínica electrónica, pero especialmente se demanda que sea realmente accesible por parte de todos los agentes, desde las distintas ubicaciones del sistema y desde diferentes y cada vez más fácilmente comunicables plataformas tecnológicas. Todo ello con las debidas salvaguardias de seguridad y confidencialidad. El sistema de visores que puede ser considerado hoy como un avance, se considera superable para poder disponer de información clínica, diversificada, informada, segura, rápida y completa
- Continuidad asistencial desde el punto de vista de la gestión.** El paciente demanda cada día del sistema asistencial mayor cohesión y equidad global. Igualdad de medios y recursos para poder ser aplicados a similares patologías, con homólogas condiciones de calidad y de tiempo de accesibilidad en los distintos niveles asistenciales. Para ello es imprescindible que haya una continuidad en los sistemas de gestión que pongan como elemento prioritario entre sus objetivos esta demanda. De poco puede valer una continuidad de excelencia en la gestión de AP que se comunique e interaccione con prontitud y eficacia con el paciente, si luego la gestión de las esperas en la AH es muy superior. Una atención de excelencia hospitalaria a un paciente crónico puede precisar que no finalice ahí y que se oriente convenientemente en el informe de alta el seguimiento posterior del paciente ya en manos directas de la AP, sea en otros centros institucionalizados o en el hogar del paciente. De nada sirve que haya una gestión ágil de la información hacia arriba o hacia abajo, si las respuestas asistenciales se demoran debido a una mala coordinación entre los distintos niveles. En este sentido los planes de continuidad destacan como factores críticos de esta demanda de mayor continuidad asistencial relacionados con la gestión.

En resumen, y al margen de cómo se pretenda desagregar para su planificación y aplicación la continuidad asistencial, debe entenderse que se está hablando de una necesidad básica para la atención a los pacientes en general y a los crónicos de forma más destacada.



Parece haber un acuerdo mayoritario sobre el hecho de que la actual organización asistencial hospitalaria, con sus especialidades fragmentadas, y la atención primaria, con su escasa integración orgánica en el hospital, presenta una clara incompatibilidad con esa necesidad de continuidad asistencial y sus planteamientos interdisciplinarios y multidisciplinarios. Ambas estructuras tienen definidas sus funciones y parecen seguir individualmente sus caminos y recorridos asistenciales, mejorándolos e innovando continuamente.

Siguiendo la tan citada pirámide de Kaiser Permanente, hay quienes plantean que deberían poder convivir dentro del conjunto del sistema dispositivos sencillos dirigidos hacia la base amplia de población sana, con otros más integrados (y en donde la continuidad asistencial es una necesidad, no una opción), para el resto de los tres segmentos: no diagnosticados, enfermos crónicos moderados y crónicos complejos.

En todo caso, parece que algo hay que hacer para adecuar el sistema sanitario actual a la demanda presente y futura de la población. Y en ello se centra este proyecto AMPHOS.

3.3 EXPERIENCIAS INTERNACIONALES DE CONTINUIDAD ASISTENCIAL

Los cambios demográficos que están teniendo lugar y su intensidad en el entorno de los países desarrollados ponen de manifiesto un hecho incontrovertible: el aumento de la esperanza de vida al nacer y con ello la existencia de una población de mayor edad, conlleva demandas asistenciales crecientes, tanto sanitarias como sociales, a las que tienen que dar respuesta principalmente los estados. Estamos ante Estados de Bienestar con mayores demandas y con menos recursos relativos disponibles. Este escenario se hace más intenso en los comienzos del siglo y sobre todo en la última década como consecuencia de la crisis económica, al tener que aplicarse políticas de reducción del gasto público.

Estos cambios demográficos en los países más desarrollados no han sido repentinos sino progresivos, aunque su pendiente creciente se haya incrementado de forma progresiva en los últimos 50 años. Ante esta situación, se han ido produciendo cambios en la planificación de los dispositivos asistenciales sanitarios, a los que se incorpora más recientemente también una nueva visión de los servicios sociales. Es así que todos los planteamientos para afrontar la mayor esperanza de vida y la cronicidad a ella ligada de forma directa, tengan en cuenta una dimensión socio-sanitaria.

Como en tantas otras disciplinas cuando se echa la vista atrás para intentar analizar los nuevos planteamientos ante nuevos retos, es en EEUU en donde aparecen las primeras preguntas estructuradas y las primeras respuestas organizativas. En un principio, se centran en el ámbito académico, pero de forma inmediata se mueven hacia la planificación con propuestas prácticas para afrontar la nueva situación, que se prevé de carácter estructural y con ello de larga permanencia y profundidad. Hablamos de la década de los años 50 del siglo pasado. Ese punto de inflexión está relacionado con la gran reforma que tuvo lugar en EEUU de la salud mental, que supuso la desinstitucionalización de los pacientes. A partir de ahí se plantearon nuevas necesidades y complejidades que fueron extendiéndose a otros colectivos.

Estos estudios iniciales, principalmente anglosajones, han condicionado muchos otros posteriores en cuanto a sus principales objetivos: la mejora de la calidad asistencial a estos segmentos crecientes de la población y a aminorar simultáneamente el coste de la misma. Desde el principio se pone el énfasis en la gestión de casos con lo que ello significa sobre la reestructuración profunda de la organización de los servicios y equipos sanitarios. Se pretende abordar la indeseable fragmentación y evitar intervenciones duplicadas y en muchos casos valoradas como innecesarias. En suma, desde el principio en estos planteamientos está presente la consecución de la continuidad asistencial como elemento clave.

También debe destacarse como referencia la creación en 1990, también en EEUU, de las HMO (Health Maintenance Organization), que siendo de ámbito fundamentalmente hospitalario, incentivaron la continuidad asistencial para conseguir una reducción de costes. De esas experiencias han nacido muchas otras en diversos estados de la Unión. Citar el programa de atención primaria Guided Care de la universidad de John Hopkins, el programa PACE de los años 70 sobre enfermos frágiles mantenido en su domicilio, el programa Evercare de Minnesota de los años 70, programa del que tomó referencias el sistema público de aseguramiento Medicare, todos ellos con presencia muy activa de enfermeras gestoras de casos. Algunas de estas iniciativas ya se han convertidas en estándares, como el modelo de Kaiser Permanente al que se ha hecho referencia.

También fueron pasando a Europa, especialmente al Reino Unido (RU) y Holanda inicialmente, y posteriormente al resto de países de la Unión y de forma paralela al resto de países desarrollados, entre los que deben destacarse las experiencias de Australia, Canadá y Nueva Zelanda con sus respectivas singularidades, de las que existe amplia y muy detallada información que ha ayudado a implantar y a corregir otros programas asistenciales de otras latitudes.

EXPERIENCIA DE ATENCIÓN INTEGRADA EN EL NHS INGLÉS

El NHS (National Health Service) se estableció en 1948 y se ha convertido en el mayor servicio de salud financiado con fondos públicos en el mundo entero. El NHS es un gran empleador en Gran Bretaña, siendo responsable de dar trabajo a más de 1,7 millones de personas. Solo hay tres organizaciones en el mundo que emplean a más personas que el NHS: Wal-Mart, Ferrocarriles de la India y el Ejército de Liberación Popular de China. El dinero para el NHS proviene de los impuestos. En 1948, el NHS contaba con un presupuesto de £ 437 millones, que en términos actuales, equivaldrían a 9.000 millones de libras. El presupuesto del NHS en 2012/13 fue de 109.000 millones de libras (7,2% del PIB del país). Su mecanismo de financiación es un 76.6% del total a través de impuestos, y el resto en orden decreciente a través del National Health Insurance, pagos directos por odontología y extranjeros, entre otros.

El NHS es un sistema público y universal de salud, pero con una organización absolutamente descentralizada.

1. El **Department of Health** (Ministerio de Salud Inglés) depende del Parlamento.
2. Las **Autoridades Estratégicas de Salud**, 10 en total, se distribuyen territorialmente y tienen como misión desarrollar estrategias para la mejora de la salud de la población local, asegurarse de la calidad de atención y acceso, además de alinear las políticas públicas en salud nacionales con las locales.
3. Los **Primary Care Trust** (Fundaciones de Atención Primaria) son las organizaciones (152 en total) en las que se basa el NHS. Reciben casi el 80% del presupuesto total del NHS y “compran” servicios o firman contratos tanto con el nivel primario – médicos de familia o GP – como con el nivel secundario – hospitales – de acuerdo a las exclusivas necesidades de su población.

A lo largo de su historia, el NHS ha pasado por múltiples reformas, desde la centralización, hasta la descentralización, y desde la unificación de la compra y la provisión de servicios en una única organización (el propio Ministerio de Salud) a la separación absoluta de la provisión y la compra (compran los trust de primaria y provisionan centros de primaria y hospitales). Todos estos cambios tuvieron como primera consecuencia la desagregación y parcelación de la asistencia sanitaria, que tuvo que reconstruirse después.

La muerte de la niña **Victoria Climbié** en el año 2000, sacudió las conciencias de la sociedad británica y puso al descubierto la fragmentación de los servicios y procesos de atención. Nacida en Costa de Marfil, Victoria llegó a Inglaterra en Octubre de 1998 traída por su tía-abuela con la promesa a sus padres de una educación y futuro mejores: el 25 de Febrero de 2000, a los ocho años y tres meses, murió debido a las continuas palizas y abusos de su tía-abuela y su pareja. Durante todo ese tiempo, Victoria había entrado hasta en **doce ocasiones** en contacto con **diferentes servicios sociales, sanitarios y otros servicios públicos**, y había **ingresado** en varias ocasiones en hospitales por malnutrición e hipotermia, golpes, quemaduras, etc. Las conclusiones de la Comisión de Investigación presidida por Lord Laming, publicadas en 2003, apuntaron a **fallos** de los sistemas de atención (**fragmentación y descoordinación de servicios**) y **desidia de los profesionales**.

Tras esto, el **programa de reforma** Every Child Matters estableció tres principios fundamentales en la atención a la infancia: **integrar servicios, integrar procesos, integrar estrategia y mecanismos de gobernanza**. El NHS ha estado intentando conseguir estos objetivos desde el año 2000 hasta la actualidad. Durante todo el proceso de reformas, la sociedad civil y las propias administraciones han ido pasando por diferentes modelos de atención sanitaria, pero de forma progresiva la voz de los ciudadanos se ha ido alzando para reclamar más presencia en los ámbitos de decisión, calando en la población la **necesidad de tener el sistema sanitario que los ciudadanos quieren y demandan**, aquel del que sentirse orgullosos como antaño.

En Marzo 2013, la comunidad sociosanitaria tomó la iniciativa de elaborar colectivamente un relato de lo que define la atención integrada desde la perspectiva del paciente. Esta narrativa (**A Narrative for Person-Centred Coordinated Care**) se ha venido a conocer como “I statements” o afirmaciones en primera persona. El proceso de elaboración fue **inclusivo y participativo**, a través de la realización de **encuestas de opinión de pacientes**, consultas con miembros de las organizaciones, celebración de mesas de trabajo, circulación de documentos para la discusión, etc., ocupando este proceso el 2012 y la primera parte del 2013. Fruto de este trabajo colectivo se obtuvo por consenso un **relato común** sobre qué se entiende por **atención integrada** desde la perspectiva de la persona, relato que parte de la siguiente definición de atención integrada: **“Puedo planificar mis cuidados con gente que trabaja conjuntamente para entenderme a mí y a mis cuidadores, me permite el control y juntos me brindan servicios para alcanzar objetivos importantes para mí”**. El énfasis de la atención integrada está entonces en el **“person centred coordinated care”**. Como consecuencia, se formularon una serie de afirmaciones genéricas (**I statements**) que **reflejan las preocupaciones, necesidades y objetivos de la persona, no de las organizaciones**. El NHS y los servicios sociales ingleses tomaron estos “I Statements” como **norma de funcionamiento**, de forma que, todo aquella asistencia que se separara de ellos debía ser modificada.

Relato de la atención integrada desde el punto de vista del paciente NHS 2013: los “I statements”

Metas y resultados

1. Todas mis necesidades como persona son evaluadas.
2. Se reconocen las necesidades de mi familiar /cuidador y se le da el soporte que necesita para atenderme.
3. Cuento con apoyo para entender mis elecciones y para fijar y alcanzar mis metas.
4. Conjuntamente, mi cuidador y mis asistentes me ayudan a vivir la vida que quiero del mejor modo posible.

Planificación de cuidados

1. Trabajo con mi equipo para acordar un plan de cuidados y de soporte.
2. Sé lo que hay en mi plan de cuidados y soporte. Sé lo que hay que hacer si las cosas cambian o van mal.
3. Tengo tanto control en la planificación de mis cuidados como yo quiero.
4. Puedo decidir la clase de soporte que necesito y cómo recibirlo.
5. Mi plan de cuidados está claramente recogido en mi historia clínica.
6. Tengo revisiones regulares de mis cuidados y tratamientos, así como del plan completo.
7. Tengo revisiones regulares e integrales de mis tratamientos médicos.
8. Cuando algo está planificado, se cumple.
9. Puedo anticipar planes y permanecer en control en urgencias.
10. Tengo sistemas para solicitar ayuda en estadios iniciales para evitar las crisis.

Comunicación

1. Cuento mi historia una única vez.
2. Se escucha lo que digo sobre lo que me funciona a mí en mi vida.
3. Siempre estoy informado sobre los siguientes pasos que tendré que dar.
4. Los profesionales que intervienen en mi cuidado hablan entre ellos. Todos nosotros trabajamos como un equipo.
5. Siempre se quién está coordinando mis cuidados.
6. Tengo un primer punto de contacto. En él me entienden a mí y a mi condición. Puedo acudir a ellos con preguntas en cualquier momento.

Información

1. Tengo la información (y la ayuda para usarla) que necesito para tomar decisiones y elecciones sobre mis cuidados y tratamientos.
2. Tengo información que me ayuda a manejar mis dolencias o procesos.
3. Puedo ver mis registros sanitarios y de cuidados en cualquier momento. Puedo decidir con quién compartirla. Puedo corregir cualquier error en la información.
4. Se me da información en el momento adecuado, de forma apropiada a mi condición y circunstancias, y de manera que pueda entenderla.
5. Hablo sobre otros servicios que están disponibles para alguien con mis mismas circunstancias, incluida la ayuda y la organización.
6. No estoy solo cuando necesito darle sentido a la información. Puedo llamar, telefonar o enviar un mail a un profesional cuando necesito hacer más preguntas o discutir opiniones.

Tomando decisiones

1. Estoy tan implicado en las discusiones sobre mis cuidados, tratamientos y soporte como quiero estar.

2. Mi familia y cuidador están también tan implicados en estas decisiones como yo quiero que estén.
3. Tengo ayuda para poder hacer decisiones informadas si lo necesito y quiero.
4. Conozco la cantidad de dinero disponible para mi cuidado y soporte y puedo decidir cómo se usa (sea mi propio dinero o un presupuesto personal procedente del NHS).
5. Soy capaz de tener asesoramiento adecuado para entender los costes y hacer el mejor uso de mi presupuesto.
6. Puedo tener acceso al dinero rápidamente, sin procesos muy complicados.

Transiciones

1. Cuando uso un nuevo servicio, mi plan de cuidados se conoce de antemano y es respetado.
2. Cuando me muevo entre servicios o niveles, hay un plan adecuado que recoge lo que pasará después.
3. Sé por adelantado adónde voy a ir, que me van a hacer y quién será mi principal punto de contacto profesional.
4. Se me da información sobre cualquier medicina que tomo: para qué la tomo, cómo he de tomarla y cuáles son sus efectos secundarios.
5. Si todavía necesito contacto con profesionales o servicios previos, es posible hacerlo.
6. Si me muevo fuera de las fronteras geográficas no pierdo mis derechos de atención y soporte.

De forma práctica, y desde el punto de vista de la prestación de asistencia sanitaria, se han puesto en práctica diferentes programas en todo el territorio del Reino Unido, primando, incluso con importantes incentivos económicos y profesionales, las experiencias de éxito bottom-up. Entre los muchos existentes exponemos dos de ellos que aplican a muy diferentes necesidades:

- **Programa Community Matrons** del RU: puesto en marcha en los primeros años del actual siglo en el entorno de la AP con presencia activa de enfermeras. Muy extendido -con más de 1.500 grupos en el conjunto del NHS- y por ello con cierta heterogeneidad en sus magnitudes y resultados, pero que parte de la identificación y estratificación de pacientes de riesgo, la gestión de casos y que potencia el autocuidado con la presencia activa de pacientes expertos. Este programa se aplica con determinadas variantes a procesos específicos de alta morbilidad crónica: EPOC, epilepsia, IC entre otros.
- En Londres, pero en este caso para pacientes con alto riesgo de hospitalización, se ha diseñado un **modelo de Salas Virtuales**. Incorpora como novedad un sistema predictivo de identificación de pacientes de riesgo de urgente hospitalización y los mantiene con un tratamiento intensivo en su domicilio, que se convierte en una simulación de sala de hospital. Son equipos multidisciplinares los que se ocupan de este tipo de pacientes, que incluyen farmacéuticos, trabajadores sociales, fisioterapeutas, médicos y enfermeras. Estos pacientes estabilizados pasan posteriormente a la responsabilidad de la AP para su seguimiento.

EL SISTEMA SANITARIO DE NUEVA ZELANDA

Nueva Zelanda es un país de poco más de 4,5 millones de personas situado en nuestras antípodas. Isabel II, como reina de Nueva Zelanda, es la Jefa de Estado del país y está representada por un gobernador general, mientras que el poder ejecutivo es ejercido por el gobierno y el primer ministro, elegidos de forma democrática por votación popular. Es parte de la Commonwealth.

Sus ciudades se sitúan entre las de **mejor calidad de vida en el mundo**. Nueva Zelanda es un país desarrollado que destaca a nivel mundial por la ausencia de corrupción, el nivel de educación y la libertad económica, pero sin duda lo que más llama la atención es **su índice de desarrollo humano**, (7º del mundo en 2013), y sus índices de democracia, los cuales lo sitúan en la gran mayoría de las publicaciones y estudios importantes como **el país más libre y con el mayor respeto a los derechos civiles en el mundo**.

El 70% de la población es europea, el 15% es maorí (indígena) y el resto de las islas del pacífico o asiática. Nueva Zelanda es un país predominantemente **urbano**: el 86 % de la población vive en una de las 16 principales zonas urbanas y en Auckland viven más de 1,5 millones de personas. La **esperanza de vida** de una persona nacida en 2015 es de **83 años para las mujeres y 80 años para los hombres** (una de las mayores del mundo). **El PIB per cápita** es de más de **36.000 dólares** (superior a los 30.000 españoles).

La **sanidad** en Nueva Zelanda se estructura como un modelo de **Sistema Nacional de Salud**, siguiendo al NHS inglés. Se financia con **impuestos (11% del PIB en 2015)** y supone un gasto de **4.000 dólares per cápita** (frente a los 2.000 españoles). La **provisión es mixta**, pública y privada, y el SNS está valorado como **uno de los mejores del mundo**. Sin embargo, como todos, ha tenido que pasar por reformas y aún se encuentra inmerso en ellas.

Las principales reformas del sistema sanitario de Nueva Zelanda han sido:

- 1938-83: sistema sanitario dual: público + privado, no universal.
- 1983-93: se empieza a pensar en un SNS. Se crean 14 áreas de salud de base poblacional.
- 1993: comienza el periodo llamado de “competitividad interna”, en el que se pretende crear un sistema de libre competencia dentro del sistema sanitario como motor de mejora clínica y de eficiencia. Los principales cambios fueron dos: se crean 4 autoridades regionales de salud y se separa la compra de la provisión de servicios. Las 14 áreas de salud existentes se transforman en 23 empresas de salud con ánimo de lucro sujetas a la ley mercantil a la vez que se escinde en partes lo que era el antiguo SNS y se crea la Agencia Nacional de “compra” de Servicios Públicos de Salud (Public Health Commission).
- 1997-8: es el periodo conocido como de “equidad nacional”. Las diferencias creadas en cuanto a calidad de la asistencia sanitaria, así como en sus resultados, en los años anteriores en las diferentes áreas de salud, hicieron reconsiderar al país las bondades de la descentralización y la competencia interna, volviendo a un sistema más integrado a nivel nacional. Los dos cambios más importantes fueron: las 4 autoridades regionales de salud se unen en una única Agencia Nacional (Health Funding Authority) con funciones de compra de servicios, y las 23 empresas se reconfiguran en 24 HHS (Hospital and Health services) sin ánimo de lucro

- 2000-3: es el periodo de gobierno democrático, en donde se intenta acercar la gestión y el gobierno sanitario al ámbito local. Para ello se forman 21 Consejos de Salud de Distrito (DHB), para cada 30.00-500.000 habitantes dirigidos por un comité de 11 miembros de los cuales 7 son elegidos localmente (obligatoriamente 2 maoríes) y 4 puestos por el Ministerio de Sanidad. Cada DHB se responsabiliza de la prestación de servicios de salud y de un presupuesto que acuerda anualmente con el ministerio. La provisión se realiza por medio de hospitales públicos, privados y ONG (más de 200). Se crean las Organizaciones de Atención Primaria (Primary Health Organization) sin ánimo de lucro, donde hay médicos, enfermeras, fisioterapeutas, psicólogos, farmacéuticos..., y cada PHO cobra de la DHB mediante sistema de pago “per cápita”.
- En los **últimos 15 años** el SNS ha enfocado sus cambios a disminuir las desigualdades en salud de su población y a integrar los cuidados. Las organizaciones de atención primaria de salud son las estructuras locales encargadas de aplicar la estrategia de atención primaria de salud de Nueva Zelanda que se puso en marcha en 2001. El objetivo central de la estrategia es reducir las desigualdades sanitarias, hacer partícipes a las comunidades y mejorar la prevención y la gestión de las enfermedades crónicas. Nueva Zelanda presentaba antes del año 2000 buenos indicadores de salud, pero a pesar de la gran inversión económica que se estaba haciendo en el sistema sanitario, no se conseguía avanzar en resultados. Entre las causas de esta discordancia se encontró la reticencia de la población maorí en acudir a las instituciones sanitarias tanto de atención primaria como hospitalaria. La población maorí crecía a ritmo acelerado (pasando del 7% en el año 1960 al 15,2% en el 2010) y sus malos indicadores de salud lastraban los resultados del país. Para intentar atajar el problema se decidió preguntar a los propios maoríes cuáles eran las causas por las que no acudían a la sanidad. Se llevaron a cabo entrevistas personales con todos los poblados, tribus o grupos de población, tanto con sus representantes como con los propios ciudadanos. Las conclusiones del estudio llevaron a construir centros de primaria en los lugares sagrados de los maoríes, y administrar los cuidados contando con la propia ciudadanía, construyendo el sistema que ellos mismos demandaban. Desde el año 2001 hasta la actualidad, los indicadores de salud y en especial los de atención materno-infantil y de enfermedad crónica han mejorado sustancialmente. Joy Cooper, director general de la Junta de Salud de Distrito de Wairarapa, emplea una metáfora para explicar su enfoque: “Nos hemos concentrado mucho más en prevenir que la población se caiga del acantilado de la mala salud construyendo una valla en la cima, más que facilitando una ambulancia para socorrer a la población una vez que ha caído en la mala salud.” De todo este proceso nació la declaración de cómo el país entendía que tenía que ser un sistema sanitario para enfermos crónicos de alto rendimiento.

Características de un Sistema Sanitario para enfermos crónicos de alto rendimiento (New Zeland 2010)

1. Cobertura universal.
2. Cuidados gratis en el punto de atención o a un coste que no suponga limitación de uso.
3. Sistema que se focaliza en la prevención de la enfermedad y el cuidado de la salud y no solo en el tratamiento de la enfermedad.
4. Priorización del autocuidado con ayuda de cuidadores y familia.
5. Priorización de la atención primaria, particularmente de la formada por equipos multidisciplinares en cuidados crónicos liderados por enfermeras.

6. Gestión de ámbito poblacional, que se materializa en la estratificación de la población en base a las condiciones crónicas que padece y al riesgo clínico que presenta, dándole el soporte proporcional a su situación.
7. Los cuidados están integrados, de forma que los equipos de atención primaria pueden acceder al asesoramiento de los especialistas fuera de AP siempre que lo necesitan.
8. Las TTI son usadas para mejorar los cuidados crónicos, por ejemplo, facilitando la comunicación entre diferentes profesionales y permitiendo el cuidado de los enfermos desde casa por medio de la telemedicina.
9. Los cuidados se coordinan de manera efectiva, en especial para los pacientes con múltiples comorbilidades que son los que presentan más riesgo de ingreso hospitalario, incluidos entre los sistemas social y sanitario (por ejemplo, a través de coordinadores o dándole a la gente su propio presupuesto y permitiéndoles pagar con él directamente los servicios).
10. Las 9 características anteriores están unidas en un todo coherente como parte de un enfoque estratégico de cambio que aborda varias necesidades al mismo tiempo.

EN RESUMEN

1. Tanto el sistema nacional neozelandés como el inglés, vieron la necesidad de integrar y coordinar la asistencia sanitaria para mejorar los resultados en salud de la población.
2. Para llevar a cabo los cambios necesarios empezaron por preguntarle a la ciudadanía cómo era la asistencia socio-sanitaria que querían tener, y una vez establecida esta por consenso, la convirtieron en “ley”.
3. Los cambios realizados se han convertido en una atención sanitaria que produce mayor satisfacción en el ciudadano, que es proactiva y por tanto preventiva, y que se traduce en mejores resultados en salud.
4. El foco no estuvo puesto durante este proceso (en ninguno de los dos países) en el ahorro, sino en la mejora de salud, pero conseguir mejorar la salud de los ciudadanos llevó aparejada la disminución de los costes.
5. Para valorar el efecto de los cambios se pusieron indicadores que se midieron antes, durante y después de los procesos de cambio. Los cambios que no producían mejora se desechaban.
6. La descentralización de la gestión y la decisión de llevarla al ámbito cercano al ciudadano (local), permite implicarlo en construir el sistema y adaptarlo a las necesidades de cada zona y cada población. Si las líneas estratégicas están claras, la descentralización no está reñida con la equidad a nivel nacional.
7. Todo el proceso de cambio se hizo de abajo a arriba: los proyectos de mejora eran focales y locales, y cuando funcionaban se extendían mediante “copia y pega” a otros colectivos o zonas.
8. Nada de ello hubiera sido posible sin el apoyo decidido de las autoridades sanitarias, que de una forma (presupuesto para los grupos con las mejores iniciativas) u otra (sentimiento de satisfacción y reconocimiento por la mejora en resultados alcanzados) creyeron en el poder de esas reformas y las promovieron.

3.4 EXPERIENCIAS NACIONALES DE CONTINUIDAD ASISTENCIAL

En España hay en la actualidad muchas iniciativas⁸ relacionadas con esta problemática de envejecimiento y consiguiente cronicidad, siguiendo las experiencias internacionales comentadas y aportando sus propias singularidades, experiencias e iniciativas.

La estructura asistencial relacionada con la salud de nuestro país le imprime una especial singularidad y condiciona todos los programas, innovaciones y nuevos planteamientos que puedan diseñarse.

Desde 2002 la atención sanitaria pública es competencia, casi en exclusiva, de los gobiernos de las 17 CCAA, quedando la atención de Ceuta y Melilla bajo la responsabilidad del Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad (MSSSI) a través del Instituto de Gestión Sanitaria (INGESA), como prácticamente último vestigio del antiguo modelo sanitario como prestación derivada del aseguramiento de la Seguridad Social.

Pero ya antes de esta fecha y a partir del lento desenvolvimiento del modelo autonómico recogido en la Constitución de 1978, algunos de los procesos de transferencia de la sanidad a las CCAA fueron planteándose, incluso antes de los nuevos desarrollos del ámbito sanitario recogidos especialmente en la Ley General de Sanidad de 1986 y en la Ley de Cohesión y Calidad de 2003 del SNS y del resto de normativa derivada. Curiosamente, las primeras transferencias sanitarias a las CCAA de Cataluña y Andalucía tienen lugar bajo el sistema de aseguramiento, al ser anteriores a 1986. Posteriormente se incorporaron otras CCAA, como el País Vasco, Comunidad Valenciana y Canarias. Finalmente, el resto se hizo en bloque, a partir de 1 de enero de 2002.

Este proceso ha condicionado en parte el desarrollo de la actividad de las CCAA a la hora de afrontar nuevos planteamientos de gestión y, entre ellos, debe destacarse el que ahora nos ocupa, relacionado con una nueva planificación que pretende adecuarse a los cambios demográficos y epidemiológicos.

Las CCAA que han ido marcando el nuevo camino en este reto de la cronicidad han sido Andalucía, Cataluña y País Vasco, junto con Valencia y Canarias, habiéndose unido en los últimos tiempos programas de más o menos envergadura y singularidad en prácticamente la totalidad de las CCAA.

No es sencillo conocer todas y cada una de las experiencias y proyectos sobre continuidad asistencial puestos en marcha en cada una de las CCAA. Algunas de ellas hacen públicos todos sus desarrollos, otras se centran más en su puesta en marcha y limitan la comunicación al puro ámbito interno. Durante este proyecto se ha procurado tener acceso a todos y cada uno de los proyectos existentes en todo el territorio nacional, al menos en papel. La realización de los talleres y la posibilidad de puesta en común de las experiencias reales entre todos los participantes en el proyecto AMPHOS, nos hicieron comprender que había mucho más que lo publicado, y que este valioso conocimiento se pierde si no se comparte, acrecentando las desigualdades e inequidades de nuestro sistema sanitario.

Para ayudar a paliar este problema, se incluyen aquí todas las experiencias recogidas a lo largo del proyecto, ya en su fase de investigación o en su fase de talleres, agrupadas por autonomía. Junto con la descripción del proceso o proyecto, cuando es posible, se ha indicado la referencia en donde se puede encontrar mayor información.

ANDALUCÍA⁹

Ya desde finales de los 80 se empezaron a poner en marcha programas orientados a un modelo asistencial más diferenciado. Es a partir de 2002 cuando se concretan programas de actuaciones domiciliarias con presencia competencial y activa de la enfermería.

Estos programas se han ido diversificando y consolidando de forma sostenida y ampliada con una presencia muy singularizada con relación al resto de CCAA de las Unidades de Gestión clínica (UGC), tanto en el entorno de la AP como de la AH, y en todos ellos ha ocupado especial atención todo lo relacionado con los procesos de continuidad asistencial. Las experiencias comarcales y de grandes áreas asistenciales son importantes.

Las estrategias de desarrollo del Sistema Público de Salud de Andalucía¹⁰ se articulan alrededor de la idea de hacer del ciudadano centro real del sistema y motivo fundamental de su organización. En este marco constituye un elemento de primer orden la eliminación de cualquier factor que pueda producir fracturas en la continuidad asistencial entre, los dos niveles asistenciales, incorporando la **gestión por procesos asistenciales integrados**^{11,12} como un elemento facilitador y de acercamiento desde la perspectiva clínica. La Gestión por Procesos Asistenciales Integrados constituye, junto a la **Gestión Clínica**, una herramienta básica de trabajo, para garantizar la calidad de las prestaciones en el Sistema Sanitario Público de Andalucía (SSPA)¹³. Estos procesos se deberán implantar siguiendo la metodología contemplada en la Guía de Diseño y Mejora Continua de Procesos del SSPA

Con este fin se han puesto en marcha **acuerdos de gestión**¹⁴ que anualmente suscriben **Hospitales y Distritos del SAS**. La experiencia ha mostrado la bondad y utilidad de este acuerdo en el caso de la definición, ordenación y gestión de las interconsultas y pruebas diagnósticas desde Atención Primaria al Hospital. El acuerdo incorpora otros aspectos que persiguen los dos fines antes descritos: una visión continuada de la atención al ciudadano y un escenario compartido y cooperativo de desarrollo institucional entre nuestros distritos y hospitales.

Para facilitar la continuidad asistencial entre los dos niveles de atención, existen **las Comisiones de Cuidados de Enfermería de Área**¹⁵, órgano de gestión formado por enfermeras clínicas de las distintas unidades del hospital y enfermeras de familia, de enlace y de salud mental de los distritos de AP, así como directivos que trabajan para mejorar la coordinación y la continuidad de cuidados interniveles. La herramienta de intercambio de información entre las enfermeras de ambos niveles asistenciales es el **Informe de Continuidad de Cuidados de Enfermería**¹⁶.

ARAGÓN

La línea en el horizonte es la continuidad de cuidados en todos sus ámbitos: gestión, niveles asistenciales y participación de pacientes. Se ha trabajado en los circuitos de comunicación, derivación de pacientes, desarrollo de la atención virtual y telefónica para intentar reducir la siempre más penosa vía presencial. Se ha potenciado la identificación de pacientes y profesionales de referencia.

En programas o proyectos concretos se han implementado:

Atención al Paciente Crónico Complejo. Incluye cambios organizativos y de modelo de atención importante, en él se trabaja un desarrollo tecnológico mediante Plataforma que incluye desde la historia hasta los circuitos de comunicación interprofesionales y con los pacientes o cuidadores. Existen dos proyectos pilotos:



1. En Barbastro: liderando la atención mediante sistemas informatizados en el área rural y dispersa de la zona de Somontano de Huesca.
2. En Zaragoza capital, a través de Plataforma Tecnológica que integra tres programas de atención.
 - a. ECC. En estos momentos en periodo de pilotaje (desde junio 2016) con la figura de la Enfermera de Continuidad de Cuidados (ECC) trabajando al alta del paciente crónico complejo en la transición (15 días) entre hospital y primaria, mediante comunicación pre-alta y acompañamiento al paciente/cuidador y compartiendo con los profesionales de primaria las dificultades que el paciente presenta al alta para aumentar su confianza en el sistema. Desde esta plataforma, desde marzo 2017, mediante otro programa se ha incorporado la atención de los pacientes en programa de seguimiento domiciliario (Equipo de Soporte de Atención Domiciliaria o ESAD)
 - b. Cuidados Paliativos a domicilio
 - c. Programa Seguimiento Crónico

Reforma de la Atención en Salud Mental, con un plan nuevo que incluye la informatización de esta atención para facilitar la C Cuidados .

En cuanto a los sistemas de información (TIC's).

1. Se está desarrollando la **historia clínica integrada entre primaria y hospitalaria**, en un primer momento a través de visores compartidos que permitan una mayor agilidad en la comunicación e información.
2. Implementación definitiva del **Informe de Continuidad de Cuidados al alta**. Todos los hospitales disponen ya de este informe con el CMD ampliado.
3. En la **mujer gestante** se ha informatizado en **HCE** (historia clínica electrónica) “Cartilla mujer gestante” para seguimiento del embarazo en comunicación primaria/hospitalaria.
4. Se ha desarrollado una **aplicación informática en las unidades de ICTUS** en pleno desarrollo y pendiente de implantación. Cuenta con **Código Ictus** y Unidades de Atención Temprana que mejoraran su comunicación con estas herramientas.
5. Se han implantado los **Cuidados Paliativos Pediátricos** y se está trabajando en una aplicación para poder ser atendidos de forma domiciliaria aquellos que lo deseen, estando en contacto permanente, los padres o cuidadores, con el equipo sanitario de referencia.

Todo ello requiere un cambio organizativo y unos conocimientos técnicos prácticos, para lo que se han organizado diferentes **cursos de formación para los profesionales implicados**.

ASTURIAS

Continuidad Asistencial en Pacientes Crónicos Complejos¹⁷. Este proyecto pretende garantizar la atención integral, segura y eficiente a pacientes crónicos, en especial aquellos de mayor complejidad y/o pluripatología, en el ámbito más adecuado y por los profesionales que mejor puedan dar respuesta a sus necesidades. El proceso asistencial de pacientes crónicos complejos requiere de la realización de distintas actividades, que varían según los requerimientos del curso de la enfermedad. Estas actividades las realizan diferentes actores: pacientes, cuidadoras informales, profesionales de la salud (diagnóstico, tratamiento, cuidados y rehabilitación) y profesionales de servicios sociales. Y se pueden realizar en diversos ámbitos -domicilio, consultas de Atención Primaria (AP), hospital,...- así como en diferentes circunstancias (estabilización de la enfermedad, agudizaciones, interurrencias...). Todo ello requiere que el proceso sea eficiente y coordinado. Esta labor de coordinación debe recaer en la atención primaria, dado el carácter longitudinal de la asistencia que ofrece, su proximidad al entorno más inmediato del paciente y su configuración en equipos multidisciplinares (medicina, enfermería, fisioterapia y trabajo social). Para lograr una atención coordinada se cuenta con vías clínicas y protocolos, teniendo en cuenta la disponibilidad de la Historia Clínica Resumida de Salud, las nuevas tecnologías de la comunicación entre profesionales, la telemedicina y la utilización de objetivos asistenciales comunes entre la Atención Primaria, la Atención hospitalaria y la Salud Mental plasmados en acuerdos de gestión asistencial.

Informe de Continuidad de Cuidados al Alta Hospitalaria de Enfermería^{18,19}. Documento en el que se recoge la información necesaria al alta hospitalaria para la planificación de cuidados en el ámbito extrahospitalario, acorde con el estado de salud y las necesidades del paciente, persona cuidadora y/o familia. Su objetivo es servir de soporte documental a la continuidad de cuidados en aquellas personas que habiendo sido dadas de alta en los centros de AE, precisan de cuidados por parte de la familia y/o profesionales de AP.

Colaboración de los sistemas de salud de Cantabria y Asturias para garantizar la continuidad asistencial de zonas limítrofe²⁰. Los equipos directivos de los Servicios de Salud de Cantabria y Asturias han acordado la colaboración asistencial entre ambas comunidades que permita mejorar la calidad de la atención sanitaria, evitando duplicidades de servicios asistenciales, logrando una mayor eficiencia de los recursos y asegurando a los pacientes un mejor acceso a la atención de determinadas patologías y técnicas, tanto quirúrgicas como de diagnóstico. Para garantizar la continuidad asistencial y la eficacia de esta colaboración los profesionales sanitarios de ambos servicios de salud compartirán el acceso a los sistemas de información clínica de los pacientes.

BALEARES

El **Programa RESC** es un programa de continuidad asistencial de base hospitalaria realizado en el Hospital Joan March, que recibe pacientes respiratorios avanzados desde los hospitales de agudos de Mallorca, previamente evaluados por los equipos de soporte hospitalarios (UVASS). Dispone de 26 camas de hospitalización de media estancia, para convalecencia y rehabilitación, y área de consultas externas. Gestionado desde la Unidad de Respiratorio del Hospital Joan March, se busca la atención integral al paciente con un abordaje interdisciplinar, ofreciendo atención en el ámbito comunitario, en consulta externa, hospitalización de media estancia y cuidados paliativos. Como elementos innovadores y transformadores destacan los roles del: enfermero/a del Equipo de Soporte de Atención Domiciliaria (ESAD)-Respiratorio encargado/a del control domiciliario de todos los pacientes RESC de los centros de salud; enfermero/a de enlace/gestor/a de casos, con funciones de soporte al paciente, planificación de intervenciones, prestación de cuidados, coordinación del equipo de atención.



CANARIAS

Protocolo del Servicio de Continuidad de Cuidados de Enfermería entre Ámbitos Asistenciales²¹.

El objetivo de este proyecto es asegurar la continuidad de cuidados de enfermería en la atención prestada a los usuarios en todos los ámbitos asistenciales, estableciendo un circuito de transmisión de información relevante entre la Atención Primaria y la Atención Especializada y a la vez mejorar la calidad percibida con los servicios sanitarios en los usuarios/as que reciben Informe de Continuidad de Cuidados de Enfermería (I.C.C.E.).

Protocolo del Servicio de Continuidad de Cuidados en Atención Domiciliaria²²: sus principales objetivos son facilitar la continuidad de cuidados a las personas incluidas o de riesgo en atención domiciliaria y a sus cuidadores/as principales, y optimizar la Atención Domiciliaria, crear y/o mantener mecanismos de coordinación con los **recursos y servicios sociales** de la zona de salud destinados a la atención a las personas dependientes y sus cuidadores/as y conocer y participar en la mejora de los mecanismos de **coordinación** entre los **niveles asistenciales** para facilitar la continuidad de cuidados, especialmente en las personas dependientes y sus cuidadores/as.

En Canarias se creó la figura del **especialista consultor**²³. Había dificultad de comunicación entre atención primaria y atención hospitalaria. Para ello se realizó un desarrollo informático para integrar los sistemas informáticos de primaria y conectarlos con hospitalaria. Además se creó la figura del especialista consultor que iba a los centros de atención primaria, pero éste actuaba más como un médico de centro de atención primaria donde le dejaban los pacientes que los otros no tenían tiempo de ver, y casi desaparecía el rol de consultor. Se procedió a cambiar el rol, de forma que cuando había dudas, el consultor se trasladaba al centro de AP, **formaba** a los médicos, **colaboraba** con ellos y luego los pacientes se quedaban en el entorno. Éste modelo permitió la interacción y conocimiento entre profesionales.

CANTABRIA

Modelo de Atención a la Cronicidad basado en la Continuidad Asistencial²⁴. Los usuarios se clasifican según los procesos patológicos que conducen a la cronicidad o según el consumo de recursos y servicios sanitarios. Se define como pluripatológico a aquella persona que padece más de cuatro enfermedades crónicas y es mayor de 74 años. Se analizan tanto frecuentaciones y demanda en los distintos niveles asistenciales como diversos indicadores de eficiencia. Esta herramienta permite estratificar en función del consumo de recursos sanitarios, a la población de Cantabria, en cinco estratos según el Modelo Kaiser Permanente, pudiendo además dividir y comparar entre área, zona básica de salud o cupo. Las actuaciones de asignación de recursos por nivel e intervenciones concretas se centran en los dos niveles superiores de la distribución estratificada: pacientes con patologías crónicas estables pero ya avanzadas y pacientes pluripatológicos de alta complejidad, con riesgo grave de sufrir agudizaciones, complicaciones e ingresos hospitalarios. En estos dos niveles, deben combinarse la gestión de la enfermedad con la gestión del caso, propia del paciente más complicado, que requiere enfoque multidisciplinar, teniendo en cuenta, no sólo la situación patológica concreta, sino también su grado de afectación funcional y de deterioro en las ABVD. El modelo de atención de Kaiser Permanente es en sí mismo una garantía de continuidad si se desarrolla en los términos definidos.

CASTILLA - LEÓN

El **Proceso Integrado de Atención al Paciente Crónico Pluripatológico Complejo (PCPPC)**²⁵ surge de la necesidad de prestar una atención integral a las necesidades globales de estos pacientes, y se basa en proporcionar la prestación de la atención por parte de los servicios de salud (atención primaria (AP) y hospital) y servicios sociales, teniendo como ejes o principios rectores la integración asistencial, la continuidad y la implicación del paciente. La AP tiene el papel clave y lleva las riendas de la atención contando con el apoyo del hospital y de los servicios sociales.

Sistema de Información GASS²⁶. El GASS es el nombre del sistema de información que se ha diseñado en Castilla y León para dar soporte a la gestión de la actividad sociosanitaria. Es una herramienta de uso restringido, para aquellos profesionales que están vinculados a la coordinación sociosanitaria y está diseñada según la metodología de gestión por procesos. Tiene como objetivo principal, dar soporte al trabajo conjunto de los profesionales de salud y de los servicios sociales.

CASTILLA LA MANCHA

El Servicio de Salud de Castilla La Mancha (SESCAM) posee trece gerencias de atención sanitaria integrada (GAI) (incluye atención primaria y especializada). La GAI de Guadalajara ha creado la Unidad de Atención Continuada Primaria-Interna (UCAPI) del Hospital Universitario de Guadalajara.

La UCAPI se creó en 2006 con el objetivo de mejorar el seguimiento de los pacientes pluripatológicos y/o con enfermedades crónicas complejas que persistían con síntomas y que no pueden esperar una atención preferente. La misión es mejorar la comunicación entre los niveles sanitarios mejorando la provisión y adecuación de cuidados a la situación de estos pacientes. La UCAPI forma parte del Servicio de Medicina Interna y está dotada de consultas médicas y de enfermería, hospital de día y camas de hospitalización. Tres médicos internistas consultores de referencia, una enfermera de enlace, un administrativo y una trabajadora social dan cobertura a la unidad. Para asegurar la continuidad asistencial, cada Equipo de Atención Primaria (EAP) tiene un consultor de medicina interna asociado con el que contacta a través de un teléfono móvil para analizar la situación del pacientes. Ambos profesionales contactan entre sí, tanto cuando se prevé un alta hospitalaria de pacientes de alto riesgo, como cuando se necesita consulta o valoración diagnóstica o terapéutica por parte de primaria. La enfermera de enlace por su parte, atiende pacientes ambulatorios y realiza el aviso pre-alta a los EAP de estos pacientes complejos, además de impartir educación sanitaria. Los médicos y la enfermera de enlace del UCAPI se desplazan y realizan sesiones clínicas conjuntas con los EAP. Para agilizar y facilitar la atención, la agenda de las UCAPI es autogestionada por el propio internista y no por el servicio de gestión de citas. Las consultas se deciden en mutuo acuerdo entre el internista y el médico de familia en el momento que éste lo solicita.

CATALUÑA

Siendo la primera CCAA que asume las competencias sanitarias en 1981 es también en la que más pronto se diseñan planes de atención singularizada a colectivos como el representado por los pacientes crónicos, y ello, siguiendo las experiencias internacionales tanto dentro, como fuera, del ámbito hospitalario. En este sentido puede citarse el **programa IC-DOM**^{27,28}, que afecta al hospital y al domicilio del paciente con buenos resultados en cuanto a los objetivos perseguidos, principalmente ligados a la mortalidad y mejora de la calidad de vida.

La **Unidad Funcional de Crónicos de Mutua Terrassa (MT)**²⁹ forma parte, junto con la Unidad de Subagudos, del Modelo de Atención al Paciente Crónico, desarrollado por esta organización. Ambas unidades atienden al Paciente Crónico Complejo (PCC) y al Paciente Crónico Avanzado (MACA) ofreciéndoles el servicio más adecuado en cada momento de la evolución de su enfermedad. Esto lo hace mediante la elaboración de un plan funcional y la formación de un equipo multidisciplinar (profesionales de Atención Primaria (AP), Centros de Especialidades (CCEE) y Centros de Día), coordinado por la enfermera gestora de casos de AP.

El **proyecto RESICS**³⁰, basado en un modelo de atención interdisciplinar, persigue: (I) mejorar los resultados asistenciales en salud de los pacientes crónicos complejos (PCC), (II) aumentar la satisfacción de las personas y (III) reducir costes. A través de la creación de una Unidad Funcional de Atención a la Cronicidad se formulan e implementan procedimientos en los que los equipos de Atención Primaria de Bellvitge (Delta del Llobregat) y la Residencia Feixa Llarga (del mismo territorio) ofrecen a los PCC una atención integrada y personalizada.

El **programa colaborativo de Vilanova i la Geltrú**³¹ integra los sectores social y sanitario de este territorio mediante la creación de equipos de trabajo que, trabajando en temas distintos (mujer, salud mental, drogodependencia, infancia y familia y dependencia) crean lazos entre los distintos profesionales, identifican recursos y actores clave y crean protocolos y circuitos. Todo ello está liderado por un Grupo Motor Directivo, formado por representantes de los Servicios Sanitarios (Institut Català de la Salut) y por los sociales (Ayuntamiento).

El **programa de atención al Paciente crónico complejo de Sabadell**³², busca activar una red integrada de atención a las personas con patología crónica con múltiples ingresos no programados, situando la Atención Primaria en el eje vertebrador del modelo y ejecutando liderazgo con el resto de dispositivos sociales y de salud. Dentro de cada CAP hay una trabajadora social especializada en gente mayor y dependencia que es referente para toda esta población y orienta a la persona y gestiona, dentro del plan terapéutico, hacia los recursos de los tres niveles (envejecimiento activo, prevención, servicios centrados en el domicilio). Esta misma profesional es la que participa, como gestora de caso y referente, en el Programa del Paciente Crónico Complejo. Es en el servicio de salud donde se crea la figura de la enfermera gestora de casos encargada en PCC con el propósito de que ésta coordine la AP y la especializada. Del mismo modo, y perteneciente a los servicios sociales, también existe la figura de trabajadora social especialista en mayores y dependencia. Así mismo, se crea la figura de enfermera experta (EE) en PCC que actúan como **gestores de caso**, actuando como nexos entre AP y hospitales y coordinando la revisión de casos con los trabajadores sociales, médicos de familia y enfermeras de la Atención Primaria. Con el propósito de ofrecer una atención personalizada, planificada e integrada, la EE coordina al equipo multidisciplinar para la creación de un plan de atención personalizado. De esta manera se sistematiza la coordinación entre servicios sociales y sanitarios.

El **Proyecto COMSalut**³³ se está desarrollando en 16 áreas básicas de salud de Cataluña. Se basa en la coordinación y trabajo en equipo de los dispositivos de Salud Pública Autonómicos y los equipos de atención primaria. Pretende ofrecer una atención integral a los pacientes desde una perspectiva de salud pública y comunitaria. Para ello se han creado dispositivos sanitarios básicos compuestos por equipos de atención primaria y referentes de Salud Pública. El objetivo principal es el de fomentar la intersectorialidad y la participación ciudadana con el objetivo de optimizar los recursos disponibles que tienen que ver con la atención de la salud de los ciudadanos. La reorganización de los recursos se hará en función de las necesidades propias de cada localidad.

CASAP. Gestión Enfermera de la Demanda y Enfermera de Pediatría³⁴. El Centro de Salud de Can Bou en Castelldefels, gestionado por CASAP (un consorcio público Instituto Catalán de Salud – Ayuntamiento) y financiado por CatSalut ha desarrollado los programas de “Gestión enfermera de la demanda” y “Enfermera de Pediatría”³⁵. Ambos programas apuestan por el empoderamiento de las enfermeras y la redistribución de recursos, con el objetivo de aumentar la eficiencia y la sostenibilidad de los servicios del centro. Además, gracias a la figura de la trabajadora social del centro, pueden coordinarse con los Servicios Sociales de la localidad. La CASAP es un consorcio público entre el ICS (Institut Català de la Salut) y el Ayuntamiento de Castelldefels que ofrece servicios de atención primaria. Esta estructura de consorcio facilita la proximidad de los servicios con la comunidad, atendiendo a las singularidades de las necesidades locales y creando una mayor vinculación con el área social. El objetivo de CASAP es el de gestionar desde Atención Primaria todo lo que se pueda, evitando derivaciones innecesarias a los hospitales. La financiación se distribuye entre los servicios de AP y emergencias. Los servicios complementarios que se ofrecen son aquellos que la cartera de servicios públicos no tiene incluidos.

GALICIA

Apartándose de los relatos anteriores, pero con los mismos objetivos se considera que es interesante comentar la implantación de un **proyecto dirigido a pacientes poli-medicados**³⁶ y ello dentro de la **Estrategia Gallega de Atención Integral a la Cronicidad**³⁷. Como es frecuente en estos programas una vez definido en términos estructurados se llevó a cabo una experiencia piloto, que una vez evaluada, fue extendida al conjunto de los casi 500 centros de salud de la región. La población original objeto de atención estaba constituida por pacientes crónicos de más de 70 años y mayoritariamente mujeres, que tenían prescritos 15 medicamentos. Se llevó a cabo una revisión y evaluación precisa del programa utilizando como herramientas adaptadas a nuestro sistema asistencial y cultural, los criterios STOPP (Screening Tool of Older Persons’ Prescriptions) y START (Screening Tool to Alert doctors to Right Treatment), así como la detección de los posibles resultados negativos asociados a los medicamentos (RNM) definidos como resultados en la salud de los pacientes no adecuados al objetivo de la farmacoterapia y asociados al uso de medicamentos. Los resultados fueron notables poniendo en evidencia una clara disminución del número de pacientes con más de 15, 12 y 10 medicamentos que se cuantificó respectivamente en el 47%, 32,7% y 22%. También se realizó una propuesta de intervención en el 72% de los pacientes por parte del farmacéutico de AP y se detectó 1 criterio START, en el 6% de pacientes y 1 STOPP, en el 27%. Puede concluirse que el programa comentado puede ser considerado como una iniciativa necesaria y correcta con claros beneficios relacionados con la calidad de la prescripción y con ello de aumento de seguridad para el paciente al poderse detectar prescripciones inadecuadas.

El **proyecto Hogar Digital Asistencial**³⁸ pretende unir los centros de asistencia sanitaria con el domicilio del paciente. Así, los profesionales sanitarios pueden realizar de forma remota y continuada el seguimiento tanto del estado del paciente como de la eficiencia de la terapia o de programas específicos de rehabilitación o de adherencia a la medicación. Al mismo tiempo, los pacientes o sus cuidadores pueden mantener su vida cotidiana en el hogar, conservando su calidad de vida y evitando continuos desplazamientos a los centros sanitarios. Esta iniciativa se materializa en una plataforma a la que se puede acceder a través de distintas interfaces: televisión digital interactiva, un portal web o aplicaciones en dispositivos móviles. Gracias a estos tres instrumentos, se permitirán distintos servicios a los usuarios, como monitorización domiciliaria y control mediante alarmas; teleconsultas; planes de nutrición y mantenimiento físico; formación en la enfermedad de cada paciente, rehabilitación monitorizada, agenda de autocuidados, servicio de apoyo a cuidadores o programas de salud preventivos. La plataforma también va dirigida a pacientes que permanecen en régimen de hospitalización en sus domicilios.



Ofrece numerosas funcionalidades, desde la conciliación de tratamientos para evitar interacciones, incompatibilidades o duplicidades, hasta teleconsultas por videoconferencia, control de parámetros biométricos –presión arterial, temperatura, glucosa, etc.–. La plataforma Hogar Digital Asistencial se integra con la Historia Clínica Electrónica del Servicio Gallego de Salud, que, entre otras características, incorpora la gestión por procesos, el seguimiento de los protocolos asistenciales, un estratificador dinámico de la población y una versión de la historia clínica en dispositivos móviles. Así, completamente integrada, la telemonitorización y la gestión de cuidados pueden ser prescritos por el profesional sanitario, de Atención Primaria u hospitalaria, según la patología de la que se trate de acuerdo a un protocolo previamente establecido que define los parámetros, actividades e indicadores que se podrán registrar en la plataforma por el paciente o su cuidador. Los datos e información que se generan quedarán recogidos en la historia de forma automática e integrada, y por tanto, accesibles para todos los profesionales que tengan contacto con ese paciente. Además, éstos podrán ser analizados de forma automática por la propia plataforma de acuerdo a los criterios de nivel de acción establecidos en el protocolo, de manera que, cuando un determinado parámetro supere el nivel establecido –para ese paciente en concreto–, o no se haya producido su determinación en el tiempo prefijado, el profesional al que se ha asignado el teleseguimiento recibe en su pantalla habitual de trabajo un mensaje de alerta.

En Galicia y en Canarias se ha creado la **interconsulta electrónica³⁹ virtual entre AP y AH las 24h** y la **cita presencial con atención hospitalaria en 7 días**. La interconsulta electrónica virtual permite el acceso directo al especialista por parte de los médicos de AP: las agendas permitían que los médicos de atención primaria accedieran a esa figura de consultor sin que el paciente se tuviera que desplazar. Cuando el especialista que realizaba la interconsulta virtual consideraba necesaria la consulta presencial, daba cita al paciente por medio del médico de AP en un tiempo máximo de 7 días. Al inicio del proceso, en un 40% de los casos los profesionales de AP no seguían el nuevo sistema. Se mantuvo la estructura presencial al mismo tiempo que se ponía la interconsulta virtual y se pusieron especialistas solo para la entrada de virtual y la salida inmediata en la semana, es decir, el paciente que venía por interconsulta virtual tenía la respuesta en 24 h y la cita presencial con el especialista en 7 días. Pero lo que hizo funcionar el sistema en el 100% fue el cerrar el acceso presencial a atención primaria (es decir, el sistema tradicional de citación con especialista), de tal manera que todos los pacientes tenían acceso al especialista en 24h virtualmente y presencialmente en la semana. Con este sistema se pasó de una demora de 2 años en algunas especialidades a 7 días. La comunicación para el envío al especialista pasó a ser de médico a médico y el especialista decidía si citaba al paciente o no, al tiempo que el intercambio de información entre los profesionales actuaba como sistema de formación. Este modelo virtual es informático, mediante consultas de telemedicina y cuentan con agendas propias, funcionando como lo hacen las interconsultas de hospital. En otras comunidades apuntan que no ven factible implantar este modelo.

MADRID⁴⁰

Continuidad Asistencial en la Atención a Personas con Problemas de Salud Mental (Leganés)⁴¹. El proyecto se basa en la integración de los servicios de salud mental con todos los CS del municipio de Leganés. El programa tiene dos variantes, el dirigido a personas mayores de 18 años con patologías psiquiátricas leve-moderadas, en las que el médico alberga dudas respecto al diagnóstico diferencial y/o tratamiento y otro dirigido a personas menores de 18 años en el que se cuenta con la presencia del psiquiatra, el psicólogo infantil y la enfermera de salud mental.

Integración Sociosanitaria entre los Hospitales Públicos de Quirónsalud⁴² y los Centros Sociosanitarios (Madrid)⁴³. Esta experiencia describe el modelo de asistencia integrado al paciente institucionalizado en centros sociosanitarios del área de influencia de los centros de salud de AP cuyos hospitales de referencia son los 4 hospitales públicos Quirónsalud de la Comunidad de Madrid. El plan se basa en la creación de unidades formadas por un geriatra y una enfermera, encargados de garantizar la continuidad de cuidados de los pacientes institucionalizados y de actuar de nexo entre Atención Primaria, los centros sociosanitarios y el hospital. Se ha diseñado una herramienta tecnológica, el portal socio sanitario, que permite el acceso a la historia clínica del hospital de los profesionales sanitarios de la residencia así como realizar de sesiones de formación conjuntas, jornadas, procedimientos, acceder a instrucciones de laboratorio, preparaciones de radiodiagnóstico y endoscopia, acceso y modificación de citas.

En Madrid se han creado los Consejos Asesores de Pacientes, aunque está pendiente la articulación de la participación de éstos en la estrategia asistencial.

MURCIA

Estratificación de la población. La Comunidad de Murcia ha desarrollado un proyecto de estratificación poblacional, obtenido mediante los Grupos de Morbilidad Ajustados⁴⁴ (GMA). Se trata de una herramienta de estratificación que permite clasificar a la población en grupos excluyentes en función de su (multi) morbilidad y, paralelamente, en distintos estratos o niveles de riesgo. Con ello se sigue el planteamiento de la pirámide de Kaiser Permanente, estableciendo niveles de riesgo asociados a niveles de intervención específicos.

NAVARRA

Estrategia de Atención Integrada a Pacientes Crónicos y Pluripatológicos⁴⁵. Iniciada la implantación de la estrategia en 2014 y en la actualidad desplegada al 100% de las Zonas Básicas de Salud en Navarra. Modelo de atención centrado en autocuidados en casos leves, gestión por procesos en moderados y gestión de casos en severos y paliativos. Actualmente implantado en los perfiles pluripatológico, insuficiencia cardíaca, demencia, diabetes, esquizofrenia y fibromialgia. Pendiente su implementación en los perfiles EPOC, asma, ELA, esclerosis múltiple, cardiopatía isquémica, enfermedad cerebrovascular, cirrosis, insuficiencia renal crónica, enfermedad inflamatoria intestinal y enfermedades crónicas en la infancia. Se utiliza la estratificación con peso GMA, valoración global de los pacientes, niveles de intervención ajustados a complejidad y necesidades, sistemas de identificación de pacientes y circuitos automatizados en sistemas de información, cuadros de mandos, sistemas de registro y entorno de historia clínica unificada, herramientas de ayuda a la decisión clínica, a la prescripción y a la conciliación de la medicación, carpeta ciudadana con posibilidad de tele monitorización, nuevos perfiles profesionales (enfermera de consejo, especialista de referencia, enfermera de enlace hospitalaria y comunitaria) cuadros de mandos clínicos y panel de control con acceso directo a historia clínica como herramientas de ayuda en la mejora de la calidad asistencial.

Sistemas de Información compartidos e integrados. En relación con el desarrollo de sistemas de información y de evaluación de resultados que hagan posible la integración y la continuidad asistencial, se está trabajando en la adaptación de los sistemas de información a las necesidades de la estrategia de crónicos, fundamentalmente en los siguientes elementos:

- Desarrollo del contenido de historia clínica compartida con los datos más relevantes del paciente por perfiles.

- Avisos automatizados que garanticen el cumplimiento de los criterios de calidad de la estrategia como por ejemplo aviso a los servicios de farmacia de pacientes con circuitos específicos ingresados, aviso a enfermera de consejo de altas hospitalarias en viernes y vísperas de festivo, aviso a unidades de crónicos de pacientes “cubo rojo” (circuitos especiales) ingresados en cualquier servicio hospitalario, etc.
- Mejoras en la comunicación entre profesionales: desarrollo de la interconsulta no presencial entre especialistas hospitalarios y entre enfermeras de distintos niveles asistenciales.
- Inclusión en historia clínica de escalas de valoración homogéneas y de registros parametrizados comunes en AP y AE que permitan explotación de resultados.
- Inclusión en historia clínica de herramientas de valoración sociosanitaria y desarrollo de historia clínica sociosanitaria.
- Acceso editable a historia clínica compartida de todos los profesionales involucrados en la atención de pacientes crónicos: AP, AE, Salud Mental, Centros residenciales, Centros concertados y Servicios Sociales de Base.
- Evolución de los cuadros de mandos clínicos implantados en el piloto. Cada profesional del SNS-O involucrado en la atención a pacientes de la estrategia de crónicos dispone de un acceso directo a través de historia clínica de un cuadro de mandos clínico y de un panel de control con listado de pacientes crónicos del ámbito de su responsabilidad en los que se muestra información de los indicadores de control de calidad y resultados y desde donde se puede acceder directamente a historia clínica de cada paciente.
- Historia clínica sociosanitaria como acceso compartido para todos los agentes que intervienen en la atención de las personas: Atención Primaria, Atención Especializada, Salud Mental, Centros Residenciales, Centros Concertados y Servicios Sociales de Base.

Plan de Mejora de la Capacidad Funcional. Se ha diseñado un plan de mejora de capacidad funcional con el objetivo de garantizar la consecución de la mayor capacidad funcional posible para los pacientes, en un modelo de atención por niveles de complejidad y que define acciones en las siguientes líneas estratégicas: promoción y prevención de ejercicio físico integrando los recursos de la comunidad, mejora de la accesibilidad a la asistencia rehabilitadora, mejora de la capacidad de resolución de Atención Primaria y garantía de atención homogénea a cada necesidad en todos los niveles asistenciales, rehabilitación domiciliaria, definición de procesos de atención integrada en enfermedades musculo esqueléticas e inclusión de criterios de adecuación en pruebas complementarias, definición de indicaciones y circuitos en terapias intervencionistas, unidad funcional multidisciplinar para resolución de casos complejos, rehabilitación neurológica, convalecencia residencial, rehabilitación cardiaca, rehabilitación respiratoria y mejoras tecnológicas.

Grupos Técnicos de Trabajo. Dirigidos al diseño de procesos de integración asistencial. Se han puesto en marcha grupos técnicos de trabajo de continuidad asistencial en enfermedades musculo esqueléticas, neurología, dermatología, cirugía vascular, digestivo, nefrología, urología, oftalmología, oncología, cuidados paliativos no oncológicos, alergología y neumología. Entre los objetivos de estos grupos técnicos está la implementación de acciones que garanticen la continuidad asistencial en el marco de la gestión por procesos en modelos de asistencia integrada.

Consideran las especificidades de las tres Áreas de Salud en Navarra y valoran acciones que puedan implementarse en toda la comunidad desde diferentes perspectivas: incremento de la capacidad resolutive de Atención Primaria (AP), reducción de derivaciones innecesarias a Atención Especializada (AE), criterios de adecuación en la solicitud de pruebas complementarias, competencias avanzadas en enfermería de AP y AE, gestión de procesos integrados, adecuación de criterios de derivación, gestión de altas con pautas de seguimiento en AP, criterios de derivación preferente, procesos que requieran alta resolución o garantías por proceso, procesos que puedan resolverse por Interconsulta No Presencial (INP) o por Consulta No Presencial (CNP), criterios de utilización de INP entre profesionales de enfermería, recomendaciones de “no hacer” y criterios de uso racional de medicamentos que mejoren la seguridad de pacientes, adaptaciones y mejoras en sistemas de información, evaluación de resultados mediante la definición de indicadores y formación de profesionales, pacientes y cuidadores.

Enfermeras de Consejo Sanitario dirigidas a informar y asesorar a la población. Servicio dirigido a toda la población, especialmente diseñado para pacientes crónicos, ya que el personal del consejo sanitario se ocupa de su seguimiento en las transiciones asistenciales; se preocupa de su control cuando están descompensados; vigilan a aquellos pacientes que están telemonitorizados y realizan llamadas de confort tras una visita a Urgencias o un ingreso hospitalario. Este perfil es clave para ofrecer continuidad asistencial fuera del horario acotado de los profesionales de los equipos de atención primaria y evitar vacíos asistenciales, que si no tienen una atención adecuada terminan en atenciones urgentes o ingresos hospitalarios evitables. El principal objetivo que se pretenden alcanzar es ser una figura clave tanto para la ciudadanía como para los profesionales, dando apoyo en la atención continuada de determinados pacientes en momentos clave, fuera de horarios acotados y en las transiciones asistenciales. La solicitud de atención es a través de una dirección de correo electrónico o mediante llamada telefónica. Hay también un espacio en la Web Salud del Gobierno de Navarra. Cuentan con acceso a la historia clínica informatizada, tanto para visualización de la información como para el registro de su atención.

Plan de Mejora de la Atención Sanitaria en Centros Residenciales. A través de un Grupo Técnico de Trabajo se llevó a cabo un estudio de las áreas de mejora relacionadas con la Atención Sanitaria en Centros Residenciales de Navarra y posteriormente se elaboró un informe que recoge todo un plan, ya iniciado, que se dirige a la mejora de aspectos como accesos a Historia Clínica Electrónica, coordinación, comunicación, apoyo asistencial clínico y de seguridad, suministro de medicación y material sanitario, atención farmacéutica, suministros materiales sanitarios y formación continuada.

Modelo de Concertación compartida para Recursos del Ámbito Sociosanitario. Con el objetivo de desarrollar y proponer un nuevo modelo de concertación de recursos sociosanitarios que supere las limitaciones del modelo actual de concertación, se creó un Grupo Técnico de Trabajo para estudiar los aspectos administrativos y de definición de servicios en el ámbito de los recursos sociosanitarios de tal forma que cuando deban concertarse servicios, ello se haga desde un concierto único (social y sanitario).

Plataforma de Gestión del Conocimiento compartida entre Profesionales. Creación de un espacio web que ofrece un punto de encuentro a todos los profesionales para aportar, debatir y compartir información y conocimiento sobre procesos, protocolos, circuitos y en general, práctica asistencial entre diferentes ámbitos, centros y servicios. También existen configurados sitios con zona de acceso restringido solo para profesionales que pertenecen a diferentes grupos de trabajo o comisiones.



Grupos Técnicos de Trabajo dirigidos a la Atención Integrada Interdepartamental del Ámbito Sociosanitario. Existen funcionando Grupos de Trabajo interdepartamentales para la coordinación del espacio y atención sociosanitaria dirigidos a aprobar, impulsar y evaluar las estrategias y el modelo a desarrollar en Navarra, mejorar la atención sanitaria en Centros Residenciales, Sistemas de Información, Historia Sociosanitaria, Planificación Sociosanitaria, Concertaciones, Atención a personas con TMG y Psicogeriatría, Atención Integral a la Infancia y Promoción de la Autonomía e Intervención Comunitaria.

Herramientas de trabajo compartidas en el ámbito sociosanitario. Se está implementando una herramienta de evaluación de necesidades sociosanitarias de primer contacto a través de un instrumento, validado internacionalmente, de cribado o estratificación poblacional (RAI-CA), que permite valorar la autonomía, la urgencia en solicitar atención domiciliaria, la necesidad de servicios especializados y la necesidad de evaluaciones más exhaustivas. Herramienta disponible para ser aplicada y compartida por profesionales de salud y/o del ámbito social.

País Vasco⁴⁶

Los responsables sanitarios del País Vasco han prestado desde el primer momento en que asumen las responsabilidades de gestión, una especial atención a la cronicidad⁴⁷, plasmadas en la Estrategia de Cronicidad que informa una parte sustancial del quehacer de la consejería.

También la presencia de las enfermeras gestoras de casos está en primer término, tanto en su función de enlace, como en el resto de labores de continuidad asistencial.

Otra referencia es el proyecto de Competencias Avanzadas que se pone en marcha en 2012 y que se ha extendido de forma notable y está en sus fases finales de evaluación. Sus objetivos son muy ambiciosos así como sus líneas de trabajo multidisciplinar y muy diversificado hacia una comprensión integral de la atención al paciente con apartados clínicos, educativos, de dependencia y socio-culturales.

La **Organización Sanitaria Integrada Bidasoa (OSI)** surge en enero del 2011 como la primera organización integrada en la Comunidad Autónoma del País Vasco, con el objetivo de facilitar un cambio en el modelo asistencial y de promover una nueva forma de relación entre los profesionales basada en la colaboración. Tras ésta se han creado otras en el País Vasco con idénticos fines.

La **Unidad de continuidad**⁴⁸ tiene como objetivos la atención a los pacientes pluripatológicos y servir de apoyo al médico de atención primaria (AP), actuando como consulta de alta resolución. Esta unidad está constituida por los profesionales sanitarios de atención primaria, los internistas de referencia (uno por cada centro de salud), la enfermera de enlace hospitalario y la trabajadora social. La trabajadora social hospitalaria, perteneciente a la OSI, se encarga de realizar la valoración social de los pacientes pluripatológicos. Es el nexo entre los servicios sociales comunitarios y la Organización Sanitaria Integrada (que como tal, no hace distinción entre los niveles hospitalario y primario), siendo la encargada de notificar a los servicios sociales cuáles son las necesidades sociales del paciente. Los pacientes que son incluidos en esta unidad presentan dos o más patologías crónicas y han ingresado en más de dos ocasiones en el último año y/o son catalogados como pacientes de alto riesgo en la estratificación poblacional realizada por el Departamento de salud.

Tras acordar su médico de atención primaria y el médico internista su inclusión en la UCA, se realiza una valoración integral del paciente y se activa un Plan de Continuidad entre los dos niveles asistenciales; atención primaria y hospitalaria. El internista de referencia es responsable de la atención hospitalaria de estos pacientes (ingresos, hospital de día, consultas externas) mientras que la enfermera de enlace hospitalario tiene un papel conductor del paciente hacia su domicilio en donde es seguido por su médico de atención primaria y la enfermera gestora de casos. La misión de la UCA es estabilizar a estos pacientes y facilitar la continuidad asistencial por parte del médico y enfermera de AP. El internista de referencia se desplaza al centro de salud con periodicidad quincenal para sesiones clínicas con los profesionales de AP y mantiene una accesibilidad permanente para los médicos de familia. Este nuevo modelo de asistencia al paciente pluripatológico complejo ha permitido reducir en un 40% los ingresos y las estancias en este grupo de pacientes pluripatológicos, así como reducir las visitas a diferentes especialistas que realizan este tipo de pacientes, centralizándolas en el internista de referencia. En atención primaria este nuevo modelo ha implicado un aumento en el número de visitas a domicilio del médico de familia y fundamentalmente del personal de enfermería. La trabajadora social también hace visita a domicilio cuando se considera necesario.

El **modelo de Atención Integrada para Pacientes Pluripatológicos**^{49,50,51} del País Vasco forma parte de un proyecto europeo más amplio llamado Carewell, cuyo objetivo más específico es el de “Definir e implementar nuevos modelos organizativos de atención integrada a pacientes pluripatológicos que sean coste-efectivos, centrándose en mejorar el cuidado y la asistencia sanitaria. Se identificaron los factores clave que debe contemplar un modelo organizativo de atención a estos pacientes: 1)Estratificación de pacientes en distintos niveles de atención; 2) Grupos de trabajo multidisciplinares; 3)Roles de profesionales (gestor de caso, internista de referencia...); 4)Seguimiento proactivo del paciente en atención primaria; 5)Reuniones de caso multidisciplinares; 6)Priorizar el soporte en las transiciones en la atención; 7)Auto-gestión de los pacientes. Siguiendo estas pautas, se definió el modelo organizativo para la atención integrada a pacientes pluripatológicos, así como la ruta de intervención en dichos pacientes. Estas acciones están facilitadas por la utilización de diversas herramientas TIC. Es de este modo, a través de la disponibilidad de la información médica y farmacológica (historia clínica, prescripción electrónica, carpeta de salud y Web Paciente Activo); los mecanismos de comunicación y seguimiento entre profesionales y entre éstos y los pacientes (Interconsultas, monitorización y llamadas de seguimiento) y la plataforma de organización y control de casos (Client-Relationship Management), que se puede proporcionar un servicio de atención integrada.

El **instrumento InterRAI CA**⁵² se presenta como un elemento innovador que introduce un cambio de paradigma e incorpora un nuevo modelo de valoración y compartición de los casos sociosanitarios y con él, el acercamiento a sistemas interoperables y, en definitiva, al embrión de historia sociosanitaria. El establecimiento de un lenguaje común y la puesta en marcha de la historia sociosanitaria se han planteado como objetivos prioritarios dentro de la atención sociosanitaria de Euskadi. Dicha atención, pivota en los equipos de atención sociosanitaria, los protocolos de coordinación y las comisiones sociosanitarias, sin embargo, no existe un sistema de información común y compartido entre todos los profesionales que actúan en el espacio sociosanitario, lo que dificulta la detección, atención y seguimiento de los casos. Con este propósito en la CAPV⁵³ se está realizando el despliegue del instrumento de valoración sociosanitaria InterRAI CA, que, mediante la realización de una evaluación de contacto, permite identificar las necesidades sociosanitarias de una persona y elaborar un plan de atención conjunto entre los profesionales del ámbito social y sanitario. Esta herramienta permite acceder, consultar y registrar información con independencia de la procedencia (social o sanitaria) de los profesionales implicados.

La **teleasistencia en Euskadi**⁵⁴ promueve la colaboración socio-sanitaria, aplicada a un servicio público de teleasistencia, que desarrolla un modelo de atención integrada, ante el reto del envejecimiento. El modelo de prestación del Servicio Público de Teleasistencia en el País Vasco apuesta por la coordinación de servicios sociales y sanitarios como modelo para abordar el reto del envejecimiento, y más concretamente de la dependencia y la cronicidad asociadas. Se trata de un enfoque asistencial, en el que el hogar pasa a jugar un papel fundamental como centro de cuidados, y las tecnologías de la información y la comunicación actúan como instrumento para favorecer la permanencia e integración de las personas en su entorno familiar y social habitual. Para ello se identifican servicios de salud no presenciales, que Osakidetza pone a disposición de la población, para incorporarlos de manera complementaria a los servicios tradicionales de la teleasistencia, buscando una prestación integrada. En la actualidad, los servicios que se prestan de manera integrada son:

- Consejo Sanitario: acceso telefónico a un equipo de enfermería especialmente entrenado en la gestión remota de problemas de salud.
- Cita Previa: apoyo en la solicitud de cita en Atención Primaria.
- Campañas de salud: fundamentalmente, recordatorio y seguimiento durante la campaña de vacunación de la gripe.

Guía del Proceso de Atención Integrada a Niños y Niñas con Necesidades Especiales⁵⁵ (PAINNE).

Los niños con necesidades especiales de salud constituyen una población heterogénea que se encuentra en situación de mayor riesgo para padecer una enfermedad crónica, física, del desarrollo, de la conducta o emocional, por lo que requieren servicios de salud y relacionados en tipo o cantidad superior a la que requieren habitualmente los niños. Un porcentaje importante presentan desde el nacimiento factores de riesgo. Estos factores son de tres tipos: biológicos, psicológicos y sociales, y afectan tanto al niño como a su familia. En este trabajo, un grupo de profesionales de diferentes instituciones han utilizado la metodología de gestión por procesos para, partiendo de la identificación de las necesidades de las familias y los propios profesionales, llegar a acuerdos sobre los procedimientos a efectuar, con el fin último de mejorar la eficacia y la eficiencia en la atención a estos niños y sus familias, y facilitarles además el tránsito entre los distintos niveles asistenciales del espacio sanitario (primaria, especializada, salud mental) y los espacios social y educativo.

En País Vasco se han creado figuras que facilitan la continuidad asistencial, como la **“enfermera de enlace**⁵⁶” para actuar desde el ingreso y realiza el contacto con la enfermera y médico de primaria, haciendo incluso la cita en las agendas. Se realizó una modalidad que incluía además de la enfermera a un **internista de referencia**⁵⁷ que va al centro de salud y lleva esos casos complejos no desde el hospital, sino ayudando y apoyando en una sesión clínica; no es el consultor directo, pero sí el que apoya los criterios de actuación. Otra figura muy útil para pacientes pluripatológicos complejos desestabilizados, con el fin de intentar mantenerlos el mayor tiempo posible en su domicilio, es la **enfermera experta**, que trata de evitar ingresos innecesarios, incluso facilitar un ingreso que no fuera por la urgencia y comunicar con especialistas, con conocimiento de la enfermera de primaria.

En el País Vasco y dentro de los equipos hospitalarios, a los especialistas en **medicina interna** se les han **asignado centros de salud de referencia y residencias de mayores**. Desplegar en las residencias la historia a través de convenios para los profesionales que desempeñan allí su actividad.

También en Euskadi⁵⁸ y en Navarra se han creado los **Equipos de Atención Primaria Sociosanitaria**, que no tienen dotación específica: uno de repente se convierte en parte de ese equipo, y cuando un paciente llega al centro de salud de un caso que requiere apoyo de la parte social o el ayuntamiento ve que requiere un seguimiento, se tienen que conectar a esos equipos mediante una herramienta informática compartida con diferentes agentes.

En País Vasco las enfermeras de Consejo Sanitario⁵⁹ son un pool de enfermeras nacidas con la gripe A para informar o asesorar y se han convertido en enfermeras para programas de otras patologías con acceso a historia clínica y capacidad de citación tanto de primaria como de especializada. Estas personas se han sacado de lugares o funciones donde no eran útiles, siguiendo el modelo de “dejar de hacer para empezar hacer”.

LA RIOJA

El punto de partida relevante de las actividades de continuidad asistencial en La Rioja es la existencia de una **gerencia única** y la disponibilidad de un sistema informático **común** de **historia clínica** electrónica entre **Atención Primaria y Atención Hospitalaria**, lo que facilita tanto el acceso a toda la información clínica relevante del paciente en todos los niveles asistenciales (incluidas la mayoría de las residencias **socio-sanitarias** de la comunidad autónoma) como la unificación de módulos concretos que mejoran el trabajo asistencial (se está poniendo en marcha un módulo único de prescripción común a AP y AE, en el que los facultativos de ambos niveles asistenciales pueden visualizar y actuar sobre toda la medicación del paciente, independientemente del ámbito de prescripción).

De la **Estrategia de Atención al Paciente Crónico** de La Rioja emanan algunas de las iniciativas más importantes en cuanto al manejo del paciente crónico y pluripatológico: la existencia de unas herramientas que, organizando la información más relevante para el profesional, tanto a nivel de cupo médico (“**Gestor de pacientes**”) como a nivel de paciente crónico individual (“**Gestor de cronicidad**”) permite tener una visión completa de las patologías crónicas y su grado de control que afectan a los pacientes de cada cupo.

Además, se ha puesto en marcha una actividad llamada “**Foro Sanitario**”, en el que se posibilita el contacto entre los facultativos de Atención Primaria y Atención Especializada, centrado en el paciente concreto, y por la que el médico de AP puede establecer consultas al segundo nivel asistencial sin necesidad de emitir una interconsulta habitual, con el consiguiente desplazamiento del paciente. Se recibe una respuesta telemática, contestando en la misma plataforma, o bien el propio médico hospitalario puede citar al paciente según su criterio en una consulta externa habitual.

VALENCIA

Coordinación Sociosanitaria en la Atención al Daño Cerebral Sobvenido^{60,61}. Programa para la promoción de la autonomía personal y la integración social de las personas con discapacidad derivada del Daño Cerebral Sobvenido que se ha puesto en marcha en la Unidad de Reinserción de los Centros de Rehabilitación Física y Neurológica Casaverde⁶². Esta unidad está destinada a personas que ya han superado la fase subaguda y que se puedan beneficiar de una continuación del tratamiento de rehabilitación centrado en la potenciación de las habilidades residuales y la compensación de los déficits. Esta patología presenta unas características peculiares que la convierten en paradigma de la atención sociosanitaria ya que, en un primer momento, y tras la atención urgente en la fase aguda, el paciente debe comenzar cuanto antes la rehabilitación intensiva con un equipo multidisciplinar cuyo objetivo sea la máxima recuperación de las funciones perdidas como consecuencia de la lesión. Una vez completada la fase subaguda las necesidades del paciente y la familia cambian, pasando de unos objetivos de recuperación a unos objetivos con un carácter más social que favorezcan la reinserción social, familiar y siempre que sea posible laboral. En esta nueva fase, el usuario y la familia precisan de una atención profesional especializada dirigida a potenciar las habilidades residuales y compensar las funciones perdidas persiguiendo que el paciente se adapte al entorno y alcance la máxima autonomía incluyendo a la familia en el programa.



El **programa ValCrònic**⁶³ es una iniciativa de la Agencia Valenciana de Salud para mejorar la atención de los pacientes crónicos en la Comunidad Valenciana⁶⁴. El programa contempla dos modalidades de intervención, por un lado, el control y seguimiento de la enfermedad crónica a través de la telemonitorización del paciente y por otro, la mejora de los hábitos de vida saludable y fomento del autocuidado mediante contenidos de educación para la salud. El programa ValCrònic se apoya en la utilización de las nuevas tecnologías de comunicación, un modelo de actuación compartida dentro del EAP (Enfermería, Medicina, Trabajo Social) y entre los diferentes entornos asistenciales (Atención Primaria, Atención Hospitalaria) y en una historia clínica única por paciente: Abucasis.

REFERENCIA A LA “ESTRATEGIA PARA EL ABORDAJE DE LA CRONICIDAD EN EL SNS”

Se considera conveniente para finalizar, hacer una breve descripción sobre el contenido y orientaciones contenidas en el informe elaborado por el MSSSI en el año 2012 sobre el significado de la cronicidad y su posible abordaje en el conjunto del SNS, que pueda servir de recordatorio, referencia y síntesis, sobre la continuidad asistencial, una vez que se ha hecho un rápido repaso de carácter conceptual y de los orígenes y desarrollo de destacados programas relacionados con la misma, fuera y dentro de nuestro país.

El informe final de la “Estrategia” es el resultado de un proceso de estudio, debate y reflexión conjunta con los máximos responsables asistenciales de las distintas CCAA en el seno del Consejo Interterritorial del citado SNS.

Como se ha indicado anteriormente, hasta ese momento en que se hace público el informe estratégico muchas cosas se habían hecho y se estaban haciendo y muchas otras han continuado su desarrollo en estos últimos años, en muchos casos, con más intensidad nacida de la experiencia, pero todas en nuestro entorno y de forma muy singularizada y diversa por la peculiar estructura de fragmentación competencial de nuestro sistema nacional de salud.

Esta singularidad competencial es la que ha podido ir retrasando el planteamiento de la reflexión global sobre el problema que la “Estrategia” pretende.

Tampoco anteriormente se habían planteado, al menos las bases, para intentar a partir de las experiencias compartidas intentar avanzar en lo que a todos los observadores les parece fundamental: abordajes más ambiciosos en cuanto a la utilización de las experiencias comunes para aplicar en ámbitos más amplios, teniendo en cuenta, también, las singularidades que puedan presentarse en dichos ámbitos y la forma de afrontarlas⁶⁶.

En términos generales o globales no cabe duda de que la cronicidad en nuestras sociedades, nacida de la constante adición de años a la vida es un dato que se traduce en unos problemas asistenciales que tienen mucho en común.

Podrá ser ligeramente distinta la intensidad del proceso e incluso de sus consecuencias en distintos entornos, socio-económicos, asistenciales y culturales.

- Se será el tercero o el quinto en expectativa de vida al nacer, o a los 65 años.
- Se será el segundo o el cuarto en los años esperados de calidad de vida por encima de determinada edad y, por ello, es la menor o mayor dependencia prevista.

- Será cuestión subjetiva si deben considerarse dos o más morbilidades conjuntas para una determinada clasificación de cronicidad.
- Puede ser más o menos fundamental si son 6, 10 o 15 los medicamentos prescritos a un paciente para calificarlo en un determinado grado de polimedicación.
- Se podrán así describir más posibles diferencias para hacer clasificaciones, segmentaciones, fragmentaciones y cohortes de pacientes crónicos.

Pero la cronicidad y el envejecimiento con sus inexorables demandas clínico-asistenciales está aquí para quedarse y para generar nuevas y crecientes demandas asistenciales a las que es preciso dar respuestas desde los sistemas sanitarios.

Siendo esto una realidad generalmente aceptada, también parece serlo que las demandas serán crecientes y con recursos objetivamente inferiores a las mismas, lo que inevitablemente planteará problemas de sostenibilidad y, ligados a ello, de respuestas de eficacia, de eficiencia, de dejar de hacer aquello que no aporta valor y de buscar valor en todas las actuaciones. En sentido siempre debe recordarse lo que por valor entiende Porter: conseguir los mejores resultados posibles para un determinado nivel de gasto.

Desde este punto de vista y desde esas percepciones del grupo de trabajo, es por lo que puede sugerirse que se valore el contenido y los planteamientos de estrategia para el abordaje de la cronicidad que comentamos, como un primer paso para avanzar en la comprensión y búsqueda de mecanismos y métodos rigurosos de afrontar el reto. Y todo ello, como también se ha puesto claramente de manifiesto de forma dinámica, proactiva.

También han destacado los participantes en este nuevo debate, la incompleta o insuficiente evaluación rigurosa de los distintos programas, que han ido planteando distintos abordajes del problema y su cada vez más precisa toma en consideración. Se afirma con frecuencia que estos programas encierran tanta diversidad y complejidad que requieren un espacio de tiempo muy prolongado para poder determinar el verdadero significado de sus resultados. Que su multifactorial y polivalencia dificultan tanto, la precisión de su planificación inicial, como su seguimiento y, sobre todo, condicionan la precisa medición de sus resultados y el significado de los mismos sobre indicadores.

Por ello todos los que se acercan con responsabilidad, conocimiento y rigor a esta nueva experiencia y reto para el sistema, consideran que es preciso avanzar desde estrategias de abordaje más global, más participativas, más proactivas y más flexibles. Esto es lo que puede también deducirse desde el principio en los objetivos de “la Estrategia” comentada.

Se pretende, como elemento fundamental la adaptación del SNS para que sea capaz de responder a los cambios en las necesidades de atención sanitaria y socio-sanitaria ligados al envejecimiento de la población y su cronicidad creciente, tanto de sus condiciones de salud y limitaciones en la actividad y ello para poder garantizar la calidad, la seguridad, la continuidad en los cuidados, la equidad y la participación social.

Finalmente, los objetivos generales que nos han traído hasta aquí, deben seguirse trabajando e innovando para disminuir la prevalencia de las condiciones de salud y limitaciones en la actividad de carácter crónico, prevenir el deterioro de la capacidad funcional y las complicaciones asociadas a cada proceso, para así mejorar la calidad de vida de los pacientes crónicos y de las personas que los cuida.



4. ENCUESTAS



4. ENCUESTAS

4.1 FASE DE INVESTIGACIÓN BIBLIOGRÁFICA

La continuidad asistencial (CA) se ha asociado en diferentes estudios a mejora de la calidad asistencial e incluso a mejores resultados de salud, como mayor tasa de adherencia a los tratamientos y disminución del índice de hospitalizaciones, pero, además, se asocia a una mayor satisfacción de los usuarios, mejor calidad de vida percibida y mayor utilización de los servicios preventivos.

Sin embargo, y aun a pesar de la enorme inversión realizada en sistemas de información e interoperabilidad dentro del sistema de salud, esta continuidad asistencial no está llegando adecuadamente al paciente, quizás debido al aumento de las enfermedades crónicas complejas y al número de pacientes pluripatológicos que hacen que los usuarios sean atendidos por un elevado número de proveedores en organizaciones y servicios distintos, hecho que dificulta la coordinación de la atención, y por lo tanto, amenaza la CA.

Las investigaciones sobre CA en España se han centrado principalmente en uno de los tres tipos, generalmente la continuidad de relación, y en un solo nivel de atención, principalmente la atención primaria, estudiando únicamente una patología (salud mental, oncología o diabetes) y durante corto espacio de tiempo. Son de destacar dos estudios, uno en Cataluña⁶⁷ y otro en Andalucía⁶⁸. Además de estos dos, se han realizado algunos otros de pequeño tamaño o centrados en la visión del sistema o del proveedor sanitario.

Tenemos, por tanto, pocos estudios que analicen la continuidad asistencial de forma integral, y muchos menos aún sobre la visión que de ella tiene el paciente. Los estudios que existen, tanto a nivel nacional como a nivel internacional⁶⁹, son en su mayoría cualitativos y no cuantitativos, y no nos permiten obtener conclusiones del tamaño del problema ni de donde se ubican las barreras para conseguir la CA.

Como en muchas ocasiones, los estudios internacionales pueden servirnos de punto de partida para investigar qué ha funcionado y qué no en otros entornos distintos al nuestro. Para ello hemos realizado una extensa revisión de la bibliografía, encontrado tan solo dos estudios (a parte de los extensos estudios sobre el tema de Parker et al.⁷⁰ y Freeman⁷¹ and Hughes y Reid⁷²) que recogen la visión del paciente sobre esta temática. Uno de ellos⁷³ es una meta-síntesis de estudios cualitativos que resume los 601 estudios más frecuentemente citados en investigación y nos muestran hallazgos que son por sí mismos interpretativos de la síntesis de los datos obtenidos. De entre estos, 25 estudios mostraban datos desde la visión del paciente a la vez que aplicaban una metodología rigurosa en el proceso de reclutamiento, la recolección de datos y su análisis posterior.

De los 25 estudios publicados entre 1999 y 2015, 16 estudios fueron realizados en el Reino Unido, y el resto en Bélgica, Suecia, Canadá, Australia y Estados Unidos. Es de destacar que más del 50% de los estudios se llevaron a cabo en un país que podemos considerar de “nuestro entorno”, tanto por ser parte de Europa, como por compartir con España el mismo sistema sanitario (Sistema Nacional de Salud). Por contra, las diferencias culturales entre los países mediterráneos (ausentes en esta revisión) y los anglosajones, en cuanto a cultura familiar se refiere, pueden hacer no totalmente extrapolables las conclusiones obtenidas.

Los estudios se llevaron a cabo en todos los niveles asistenciales, desde primaria hasta hospitalaria y hospitalización a domicilio, aunque lo más estudiado fue la atención primaria. En 16 estudios la población estudiada padecía patologías crónicas, pero los nueve restantes no se centraban en ninguna patología específica. Aunque se estudiaba implícita o explícitamente los tres tipos de continuidad asistencial, 5 de los estudios se centraban solamente en la continuidad de relación.

Desde el punto de vista del paciente, estas son las principales conclusiones de los estudios españoles e internacionales, en cuanto a las barreras que impiden garantizar la continuidad de cuidados a lo largo del tiempo y del sistema, así como las propuestas para mejorarlas. Se analizan desde cada tipo de continuidad asistencial:

CONTINUIDAD DE RELACIÓN:

1. Coherencia del personal asistencial: fue especialmente importante para los pacientes con enfermedades crónicas, ancianos o con enfermedad terminal, pero sin embargo no fue valorado por los pacientes pluripatológicos, que prefieren ser controlados por varios médicos a la vez porque entienden que la complejidad de su situación lo requiere. Los jóvenes prefirieron la inmediatez de acceso (ver después accesibilidad) antes que la continuidad de la relación. Los principales ítems para mejorar fueron:
 - a. Ser atendido por el mismo médico, enfermera o un pequeño equipo de primaria, secundaria u hospitalización a domicilio.
 - b. Relación larga en el tiempo.
 - c. Regularidad de las visitas para controlar la progresión.
2. Relación continuada paciente-medico: en este sentido, aquellas características relacionadas con habilidades o fortalezas en la relación personal son muy valoradas por el paciente, puesto que generan confianza y facilitan abordar problemas complejos.
 - a. Calidad de la atención: atención, amabilidad, inspirar confianza, conocimiento médico.
 - b. Evitar la excesiva familiaridad o ir a ver al médico demasiado frecuentemente. La excesiva familiaridad fue vista como un impedimento para generar continuidad asistencial, porque el paciente tiende a pensar que no es tomado lo suficientemente en serio por el médico, acudiendo a otro profesional para una segunda opinión.
 - c. Asumir la responsabilidad y la coordinación de los cuidados por un único profesional, generalmente el medico de AP. El médico de familia es visto como el catalizador central para asegurar la continuidad de los cuidados. Cuando éste no está presente, los ancianos, sobre todo, se sienten frágiles y vulnerables dentro del sistema. Este resultado choca con los estudios realizados en Cataluña y Andalucía, donde más del 50% de los pacientes dice no tener claro quién es el responsable de su dolencia y solo el 19% percibe al médico de familia como la persona clave para asegurar la continuidad de los cuidados.
3. Involucración y autoresponsabilidad del paciente: son aspectos críticos en la continuidad de los cuidados en general, mejorando no solo cuando los pacientes son capaces de defenderse por sí mismos, sino de asumir la responsabilidad de la gestión de su enfermedad. La participación en la toma de decisiones y en la coordinación de sus cuidados son factores importantes para la mayoría de los pacientes que reciben atención domiciliaria. Los pacientes afirman que monitorizar su propia evolución y buscar información sobre las expectativas que pueden tener al pasar a otro entorno les ayuda con su propia enfermedad.

CONTINUIDAD DE LA INFORMACIÓN:

1. Transferencia de la información: comunicación consistente en los cambios de niveles asistenciales e interhospitalarios. Intercambio de información entre los médicos, comunicación entre ellos. La comunicación entre diferentes niveles asistenciales fue un punto muy valorado por los pacientes. Los estudios españoles también lo muestran así, y ponen en evidencia que falla más la comunicación desde hospitalaria a primaria que al revés. También se llama la atención por la falta de comunicación entre especialistas cuando el paciente presenta pluripatología, recomendando incluso actividades o actitudes contrarias entre sí (actividad física frente a reposo, por ejemplo), además de la incoherencia de algunos tratamientos farmacológicos prescritos. Este problema es visto por los pacientes como preocupante y disminuye la confianza que deposita en los médicos que lo atienden y en el sistema.
2. Acceso a la historia clínica única a lo largo de todo el sistema sanitario. Los pacientes se sienten frustrados cuando tienen que repetir continuamente sus antecedentes o su patología al visitar a diferentes médicos que aparentemente acceden a un sistema informático donde deberían estar recogidos sus datos.
3. Conocimiento acumulado: reunir no solo la información biomédica sino toda la referente al paciente y sus circunstancias: valores, preferencias, mecanismos de soporte y circunstancias sociales.

CONTINUIDAD EN LA GESTIÓN:

1. Coherencia en los cuidados:
 - a. Recibir ayuda y preparación en el proceso de alta. Para el paciente una buena alta hospitalaria o de proceso, consiste en ser capaz de desenvolverse bien en casa después de una fase de transición, y recibir ayuda y preparación durante dicha fase.
 - b. Acompañamiento del médico en otros entornos. Los cuidados se perciben como coordinados cuando el responsable asistencial (médico o enfermera de primaria) los acompaña en otros niveles asistenciales (visitándolos en el hospital o en casa).
 - c. Coherencia en cuanto a la organización de la agenda de provisión de los cuidados en la hospitalización a domicilio.
 - d. Organización de los traslados y coordinación de los cuidados en casa por parte del médico de AP.
2. Accesibilidad
 - a. Disponibilidad del médico de AP o la enfermera cuando se necesitan.
 - b. Recibir consejo o hacer pruebas médicas cuando se necesitan.
 - c. Provisión de servicios de forma regular, a tiempo y eficientes.
 - d. Poder tener la mayoría de los procesos de asistencia sanitaria en la misma localización (médicos, enfermeras, fisioterapeutas y pruebas, por ejemplo).
 - e. Implementar una revisión estructurada de los cuidados.
3. Flexibilidad
 - a. Respuesta inmediata a las necesidades de cuidados.
 - b. Cuidados individualizados o ajustados a las necesidades de cada paciente.

Todas estas conclusiones nos hablan de lo mucho que queda por hacer para mejorar la continuidad asistencial en el sistema sanitario, y de la amplitud de medidas que hay que tomar, no solo dentro del sistema sanitario sino en ámbitos como el educativo, de formación especializada y continua, de asistencia social, etc. Pero también nos hablan de la diferencia de percepción que tienen el paciente y el proveedor sanitario, siendo imprescindible la imbricación de ambos puntos de vista para garantizar soluciones efectivas que se conviertan en una mejor asistencia sanitaria y en pacientes más satisfechos y con mejor percepción de salud.

4.2 RESULTADOS DE LAS ENCUESTAS

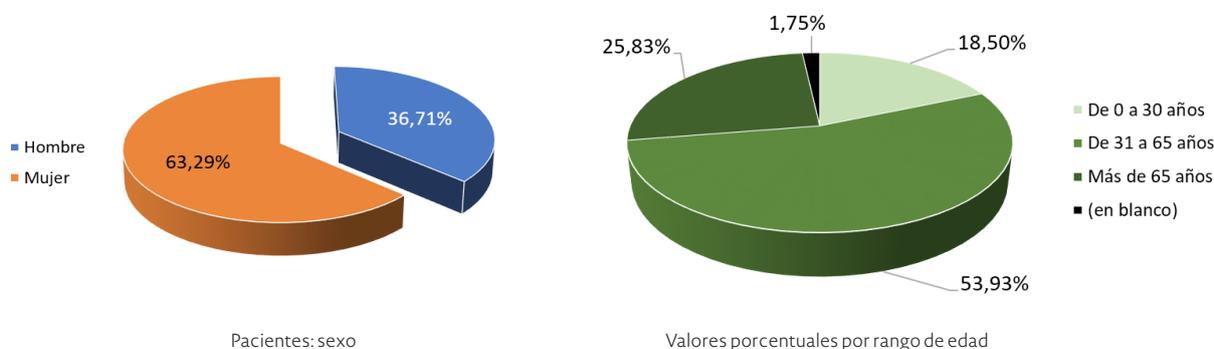
Las encuestas se realizaron a los sujetos relacionados con la asistencia sanitaria, desde tres puntos de vista:

- Paciente
- Profesional Sanitario (Médicos, Enfermeras, Médicos Internos Residentes)
- Directivo

Se realizaron un total de 1.276 encuestas, que en total aglutinan más de 64.000 respuestas a analizar sobre continuidad asistencial.

Se utilizó un cuestionario semiestructurado (preguntas abiertas y cerradas), contestadas vía Internet para los grupos de directivos y personal asistencial, y en papel para el colectivo de pacientes.

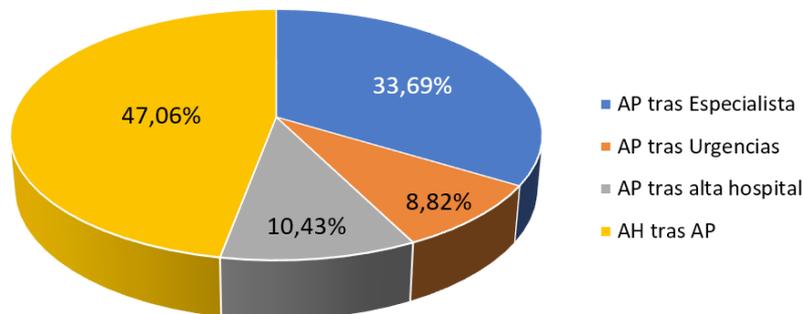
Las encuestas a los pacientes se realizaron en las consultas externas de los hospitales y en centros de atención primaria y un grupo reducido de las mismas a través de escuelas y asociaciones de pacientes.



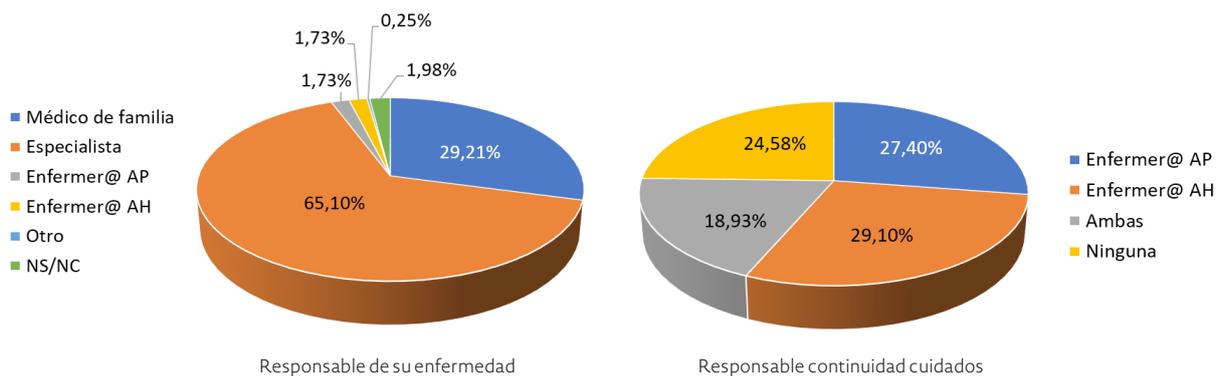
Con la idea de analizar el circuito asistencial en el que se encontraba en ese momento el paciente, se les pidió que indicaran cuál de las siguientes situaciones de atención médica es la que más se ajustaba a la suya en los últimos tres meses:

- Le está tratando el médico de familia o la enfermera de atención primaria después de visitar al médico especialista o enfermera de hospital.
- Le está tratando el médico de familia después de ir a urgencias del hospital.
- Le está tratando el médico de familia o la enfermera de atención primaria después de ser dado de alta en el hospital.
- Le está tratando el médico/enfermera de hospital después de visitar al médico de familia o la enfermera de atención primaria.

A esta pregunta los pacientes respondieron como las situaciones más habituales, la visita a atención hospitalaria por derivación desde primaria y la opuesta.

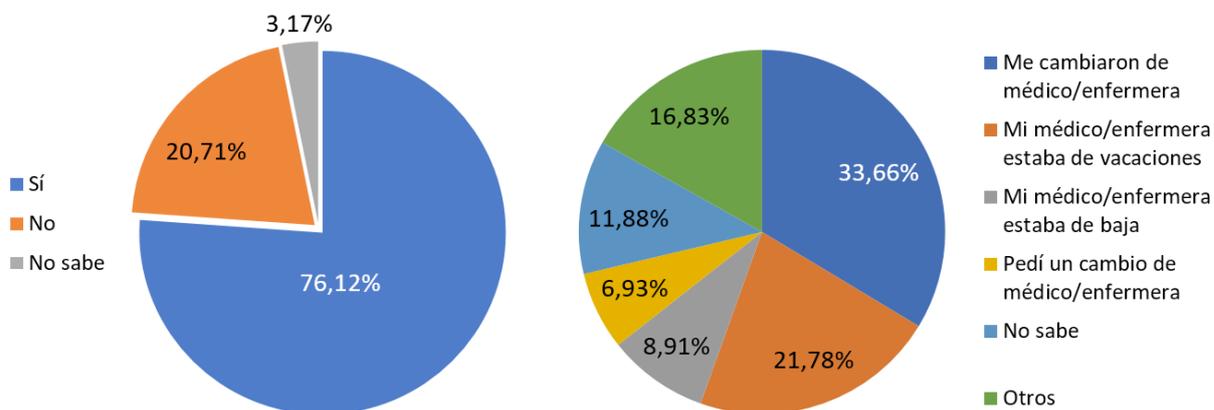


Al preguntar a los pacientes sobre **¿quién o quiénes son los responsables del seguimiento de su enfermedad o de sus cuidados?**, sorprende que el 64% de los pacientes identifican al médico de atención hospitalaria como el responsable del seguimiento de su enfermedad. Le sigue con un 30% el médico de familia y en cuanto a los cuidados no se identifica ninguna figura concreta como responsable y las respuestas obtenidas se dividen entre las cuatro opciones facilitadas casi en partes iguales.

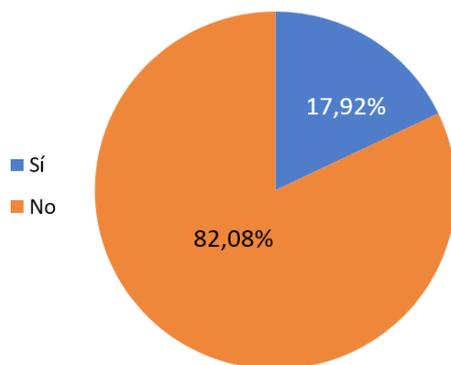


Ningún modelo es mejor que otro, pero una vez establecida la figura de referencia por el sistema sanitario, ésta debería coincidir con aquella que percibe el paciente como responsable de su atención sanitaria.

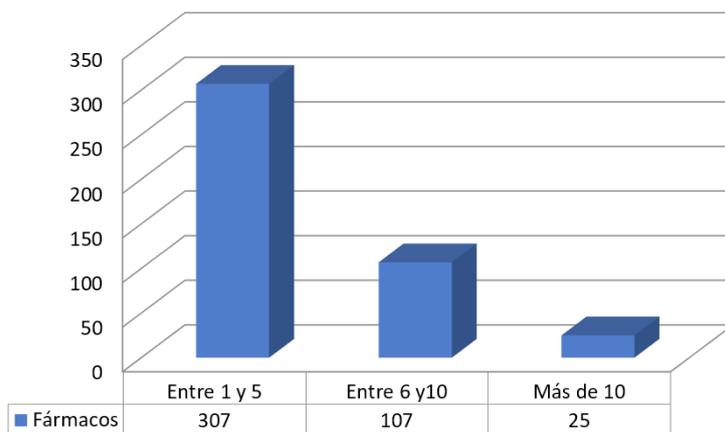
En relación con **los cambios de profesional responsable de la atención en AP**, solo 1 de cada 4 pacientes reconoce haber cambiado de médico de familia en el último año. En promedio, los que han cambiado, han tenido entre 2 y 3 médicos. Sin embargo, para el 25% que no mantuvo el mismo profesional, tan sólo un 7% lo hacen por voluntad propia.



A los directivos se les preguntó, si como gestores obtenían información o poseían algún **indicador** de forma periódica, que les informara sobre los cambios de médico de familia, pediatra o enfermera que se producen a los pacientes de atención primaria. El 80% de ellos no cuentan con ningún indicador que les permita gestionar un hito que es muy importante en continuidad asistencial.



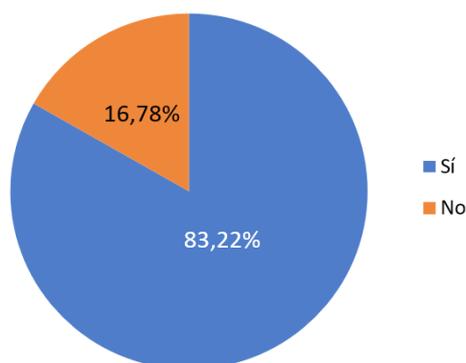
En cuanto al control de la medicación que toman los pacientes, un 23% de la muestra tomaba medicación de forma periódica, pero un 20% toma más de 5 fármacos.



La tasa de prevalencia de polimedicados en personas de mayores de 65 años se sitúa entre el 45%-50% (polimedicado= \geq de 5 fármacos). Según algunos estudios cuatro de cada diez pacientes mayores de 65 años polimedicados tienen prescrito de forma inapropiada al menos un fármaco.

Interesaba conocer la percepción de los pacientes sobre si se sentían adecuadamente controlados por los profesionales que les atendían, en relación con todos los fármacos y medicamentos que tomaban, así como, de sus posibles efectos secundarios.

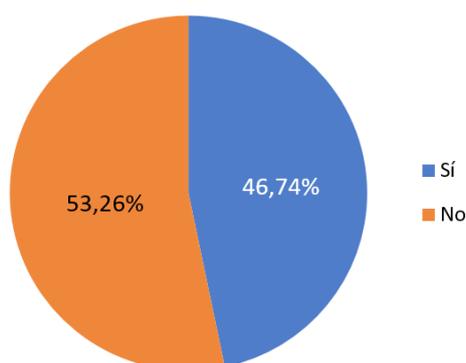
El 83% de los pacientes decían sentirse confortables, cuando se les pregunta con respecto al control que tienen los profesionales que les atienden sobre la medicación que toman, así como de los posibles efectos secundarios.



Del 17% que manifiesta no sentirse adecuadamente controlado sería importante conocer las causas, ya que puede suponer una falta de adherencia al tratamiento.

Diversas experiencias tanto dentro como fuera de nuestro país demuestran que la identificación de los pacientes polimedificados y el seguimiento específico de su medicación mejora la adherencia al tratamiento, la seguridad (disminuyendo los efectos secundarios), el resultado en salud, y la eficiencia.

Tan solo el 50% de los centros cuentan con sistemas de identificación.



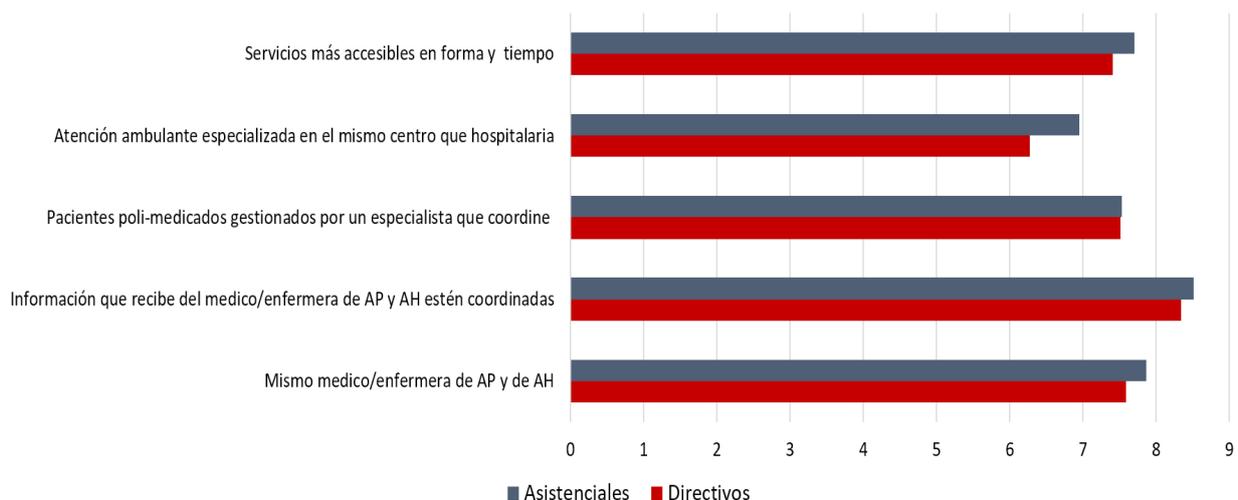
Es lógico pensar que si no tenemos sistema de identificación de este tipo de pacientes tampoco tendremos sistemas de seguimiento.

Otra pregunta realizada a los dos grupos fue **si existía en los centros que gestionaban/trabajaban procedimientos de conciliación de la medicación**. La conciliación de la medicación es uno de los procesos asistenciales que ha demostrado con mayor claridad aumentar la seguridad del paciente. Los resultados de las encuestas no dejan lugar a dudas: aunque tan solo un 34% de los directivos contesta a la pregunta (quizás por desconocer con certeza la respuesta a la pregunta), el 95% de ellos afirma que no existen estos procedimientos. Por el contrario, el 50% de los profesionales asistenciales, que contestan esta pregunta mayoritariamente, afirman que en su centro no existen procedimientos de conciliación de la medicación.

Finalmente, la encuesta de pacientes les preguntaba qué cambios consideran **que hay que realizar en los sistemas de salud para mejorar la asistencia que reciben en la actualidad**. Casi la mitad opinan que para mejorar la asistencia lo esencial es que no cambie el profesional que le atiende. La segunda respuesta con mayor puntuación, fue que mejore la coordinación entre mi médico de atención primaria y el de atención hospitalaria.



La encuesta a **directivos y personal asistencial, preguntaba qué cambios habría que realizar para mejorar la continuidad asistencial**. Para ellos, las mejoras de la continuidad asistencial deben venir de la mano de la coordinación y la información entre niveles asistenciales, la permanencia del profesional responsable del paciente y de unos servicios más accesibles en forma y tiempo.



PRINCIPALES ASERCIONES SOBRE LA CONTINUIDAD ASISTENCIAL

1. El primer punto crítico de la CA es mantener la **relación médico-paciente**, lo que es imposible si los interlocutores cambian demasiado. Si no se identifica la **figura de referencia** es difícil construir relaciones y generar adherencia. En el ámbito médico para el paciente la figura de referencia es el especialista de hospital y no el médico de familia, que es el que la organización del sistema ha puesto. No hay ninguna figura mejor que otra y existen experiencias fructíferas en ambos sentidos, pero aquella que se determine como eje de gestión del paciente es la que debe convertirse en referencia. En cuanto a la enfermería, los pacientes no identifican ninguna figura de referencia concreta, cuando experiencias puestas en práctica tanto dentro como fuera de nuestro país muestran las ventajas de las enfermeras gestoras de casos tanto en primaria como entre niveles asistenciales.



2. **No podemos cambiar lo que no medimos:** a pesar de que todavía un 25% de los pacientes dicen que han sufrido cambios de su médico, tanto de AP como de hospital, y que el punto más importante de mejora de la continuidad asistencial citado por los pacientes y por los profesionales es mantener estas figuras de referencia en el tiempo, los directivos afirman no tener indicador alguno para medir estos cambios y sus causas. Los cambios de profesional fueron satisfactorios para el paciente en el 70-80%, a pesar de que solo fueron por voluntad propia en el 2% - 7% de los casos. Por tanto, al paciente le parece importante mantener su médico por la relación establecida entre ambos y la seguridad que le da la continuidad de la relación, aunque el médico que le sustituya sea satisfactorio para él.
3. Existe aparentemente una **incoherencia entre la información que AP tiene de AH y lo que AH tiene de AP.** La información es más accesible en AP que en AH, y esto dificulta la práctica clínica de los especialistas de hospital, que en más de un 25% de los casos repiten pruebas ya realizadas por primaria.
4. Los pacientes perciben que en casi la mitad de los casos **los profesionales no se comunican entre ellos** para tratar sobre la asistencia que le prestan. Esta percepción es incluso más acusada entre los directivos. Sin embargo, tanto pacientes como profesionales y directivos afirman que la **comunicación y coordinación entre niveles es clave** para mejorar la continuidad asistencial.
5. La **HC única parece un factor clave para mejorar la continuidad asistencial**, al facilitar la comunicación y el traspaso de información entre profesionales y entre niveles. En ausencia de solución sencilla y económica a este problema, parece obligado **buscar alternativas que favorezcan la comunicación y aseguren el traspaso adecuado de información clínica.**
6. Alrededor del 34% de las veces el paciente dice que **no es remitido a su médico de familia o enfermera de atención primaria.** Esta situación supone una pérdida del control y seguimiento del paciente por parte de los profesionales de atención primaria y en algunos casos puede ser entendido por el paciente como el fin del episodio asistencial. Esta puede ser también una razón por la que el paciente percibe que el responsable asistencial de su proceso es el especialista del hospital.
7. Otro punto crítico tiene que ver con los **procesos asistenciales integrados.** En este sentido, uno de cada tres pacientes no recibe la primera receta, ni es enviado al médico de familia. Quizás por ello también uno de cada tres pacientes percibe descoordinación entre niveles asistenciales. Preguntados directivos y profesionales asistenciales por este mismo tema, casi el 60% de los directivos afirma que no hay coordinación entre niveles, a pesar de que el 60% de los profesionales dicen contar con herramientas que les facilitan esta coordinación. En todo caso, hablamos de casi la mitad de los encuestados que afirman que se trabaja de forma descoordinada entre niveles asistenciales, punto crítico de la continuidad asistencial.
8. En cuanto al **proceso de citación** entre niveles asistenciales, las encuestas valoran dos aspectos diferentes:
 - a. Por un lado, se valora la coordinación o la existencia de **procedimientos que aseguren la vuelta a primaria** después de pasar por atención hospitalizada. En este sentido, parecen existir procedimientos para asegurar la vuelta del paciente a atención primaria en más del 66% de los casos según la percepción del paciente. Sin embargo, el 75% de los directivos y los profesionales asistenciales afirman que desde AH no se gestionan las citas de vuelta a AP. Quizás lo que el paciente entiende por gestión de citas es diferente de lo que entienden los profesionales, pero debería analizarse la existencia de circuitos de derivación que aseguren la vuelta del paciente a su médico de familia para continuar con el seguimiento.

- b. Por otro lado, se valoran los **tiempos de espera para conseguir cita** con el especialista hospitalario. Estos tiempos son percibidos como excesivos por el 60% de los pacientes. Los profesionales afirman en su mayoría que los tiempos dependen de la especialidad a la que se soliciten, pero tan solo afirman ser menores de 15 días en el 12% de los casos. Los datos de listas de espera del SNS arrojan una media de 67 días de espera para una cita de primera consulta de especialista.
9. En relación a los diferentes **circuitos** que el paciente sigue en su atención sanitaria, las encuestas analizaban los siguientes ítems:
- a. El **traspaso de información entre niveles asistenciales**: dicho traspaso se hace a través del informe médico en más del 80% de los casos. Además, los profesionales afirman que AP conoce toda o casi toda la información de lo realizado en AH en la mayoría de los casos, pero esto no es así en sentido inverso.
 - b. La **comunicación entre profesionales de distintos niveles**, que debe ser percibida desde la coherencia en los tratamientos prescritos y administrados por ambos niveles. En este sentido, casi un 40% de los pacientes afirman que el médico de familia hizo cambios en el tratamiento prescrito por el especialista. De ellos, casi la mitad de los cambios suponían una modificación del tratamiento prescrito (dosis, pauta o retirada del tratamiento) y un 25% añadió algún medicamento más.
 - c. La **conciliación de la medicación** en las transiciones asistenciales evita errores en el tratamiento (50% se dan en las transiciones asistenciales) y efectos adversos de estos, (12% de los pacientes los sufren en los 15 días siguientes al alta hospitalaria). En este sentido, tan solo el 50% de los profesionales y directivos afirman contar con procedimientos de conciliación de la medicación.
 - d. La **resolución de dudas**: en general el médico de familia resuelve las dudas que el paciente tiene sobre la atención recibida en AH. Sin embargo, uno de cada cuatro pacientes se queda con dudas, bien porque no las preguntan, bien porque no son respondidas. Las dudas del paciente son un factor importante en cuanto a la adherencia al tratamiento y por ello debería estudiarse la necesidad de protocolizar la resolución de dudas.
 - e. Los **planes de cuidados**. Más del 40% de las altas hospitalarias no cuentan con planes de cuidados de enfermería o éstos no son conocidos por atención primaria.
10. En general existe una alta **frecuentación** en el uso de los servicios asistenciales por parte de los pacientes crónicos:
- a. El 50% pacientes acude a AP o a consultas externas de AH al menos una vez al mes, y un 15% lo hace más de 2 veces por mes.
 - b. Uno de cada 3 pacientes acudió a urgencias al menos una vez en los últimos tres meses, y un 18% al menos una vez cada mes.
 - c. Un 7% de pacientes son altamente frecuentadores (>2 veces/mes en urgencias o ingreso en AH).
11. Cuando se les pregunta a los directivos y al personal asistencial “dónde creen que van los pacientes de forma mayoritaria cuando tienen problemas de salud”, ambos grupos coinciden que van de forma mayoritaria a AP, sin embargo, los pacientes refieren ir de forma similar tanto a AP como AH. Todo ello parece indicar una organización de la asistencia poco clara para el paciente, que termina acudiendo allí donde le resuelven su problema.

12. Coordinación asistencial en el paciente crónico complejo.

- a. Tan solo el 24% de los pacientes se derivan desde AH a AP para consultas de seguimiento y al 22% de los pacientes se les gestiona la cita.
- b. En más de la mitad de los centros encuestados no existen protocolos de conciliación de la medicación y en el 28% de los casos en AH no les hacen la primera receta de tratamiento.
- c. Más de la mitad de los centros no cuentan con sistemas de identificación de pacientes pluripatológicos ni de pacientes polimedificados.
- d. Como no se identifican, tampoco existen protocolos específicos para el seguimiento de estos tipos de pacientes y todo ello a pesar de que el 23% de la muestra analizada eran pacientes que tomaban más de 5 fármacos y más del 75% eran pacientes crónicos.

4.3 RESULTADOS DE LOS TALLERES

Tras las encuestas, y basándose en las diferentes visiones encontradas en ellas entre los pacientes y los directivos y personal asistencial, se llevaron a cabo los talleres de trabajo. Se realizaron 3, cada uno de ellos centrado en uno de los aspectos de la continuidad asistencial: relación y comunicación, gestión, organización y procesos y paciente crónico complejo. Los talleres estuvieron compuestos por una media de 25 personas, y divididos a su vez en grupos de 4-5 cada uno. Cada grupo debía terminar trabajando en la búsqueda de una solución concreta para un problema específico detectado en la primera fase de las encuestas y proveniente de los hallazgos de las mismas. Se promovió desde el inicio el trabajo multidisciplinar, incorporando en cada grupo y subgrupo participantes de diferentes autonomías y con diferentes cargos en el sistema, e incluyendo pacientes en ellos.

VISIÓN DEL PACIENTE

A lo largo de los talleres, los representantes de los pacientes trasladaron su punto de vista sobre los problemas actuales que impiden una adecuada continuidad asistencial, concretándolo en los siguientes puntos:

1. El **perfil** del paciente es **crónico pluripatológico**, y por tanto debería **pivotar sobre AP** y no sobre AH, puesto que habitualmente interrelaciona con primaria de forma continua y con AH de forma esporádica.
2. El problema es que la diferente visión entre primaria y hospitalaria e incluso el enfrentamiento, se explicita delante del paciente, reforzando la creencia del paciente de que el especialista hospitalario es su médico y no el de atención primaria.
3. Necesidad de que la **figura de la enfermera de enlace o coordinadora** asuma el papel y se erija como primer punto de enlace para el paciente. Poner en valor el papel de la enfermera en primaria y en la consulta externa igual que lo tiene en AH.
4. En la tarjeta sanitaria debería aparecer la enfermera y el médico asignado a cada paciente, y no solo el médico de AP (en algunas CCAA no aparece ninguno de los dos).
5. Necesidad de implantar la figura del **paciente experto de ayuda en primaria**; ya existe en algunos hospitales pero no existe en atención primaria. Necesidad de escoger bien el perfil del paciente, para que de verdad sea de ayuda a otros pacientes. Las asociaciones de pacientes deberían aprovecharse para que aporten ayuda y valor en la atención de pacientes en los hospitales y centros de primaria. Los pacientes tienen acceso más fácil a conocer la realidad social de cada familia y cada paciente, pudiendo ofertar ayuda a los profesionales para su correcta atención.

13. ¿Cómo darles protagonismo a las enfermeras gestoras?
14. ¿Cómo integrar los procesos asistenciales en la HCE?
15. ¿Cómo facilitar las citas múltiples?
16. ¿Cómo conseguir que la información fluya entre todos los profesionales?
17. ¿Cómo crear estructuras organizativas comunes?
18. ¿Cómo aumentar la interacción entre niveles asistenciales?
19. ¿Cómo implementar una definición clara de circuitos interniveles?
20. ¿Cómo dibujar los procesos integrados?
21. ¿Cómo hacer desaparecer los niveles asistenciales?
22. ¿Cómo reducir cambios de profesional?
23. ¿Cómo crear la figura de gestor de pacientes?
24. ¿Cómo crear un referente del paciente en el sistema?
25. ¿Cómo evidenciar problemas relacionados con la medicación?
26. ¿Cómo disponer de datos unificados de la prescripción?
27. ¿Cómo unificar el catálogo de fármacos del sistema?
28. ¿Cómo canalizar las decisiones del coordinador a los responsables de la medicación?
29. ¿Cómo crear herramientas de ayuda a la prescripción?
30. ¿Cómo “prescribir” educación sanitaria?
31. ¿Cómo motivar a los pacientes para participar?
32. ¿Cómo formarlos en el nuevo rol?
33. ¿Cómo aumentar la implicación del paciente y la familia?
34. ¿Cómo incorporar al paciente en el proceso (aumentar protagonismo)?

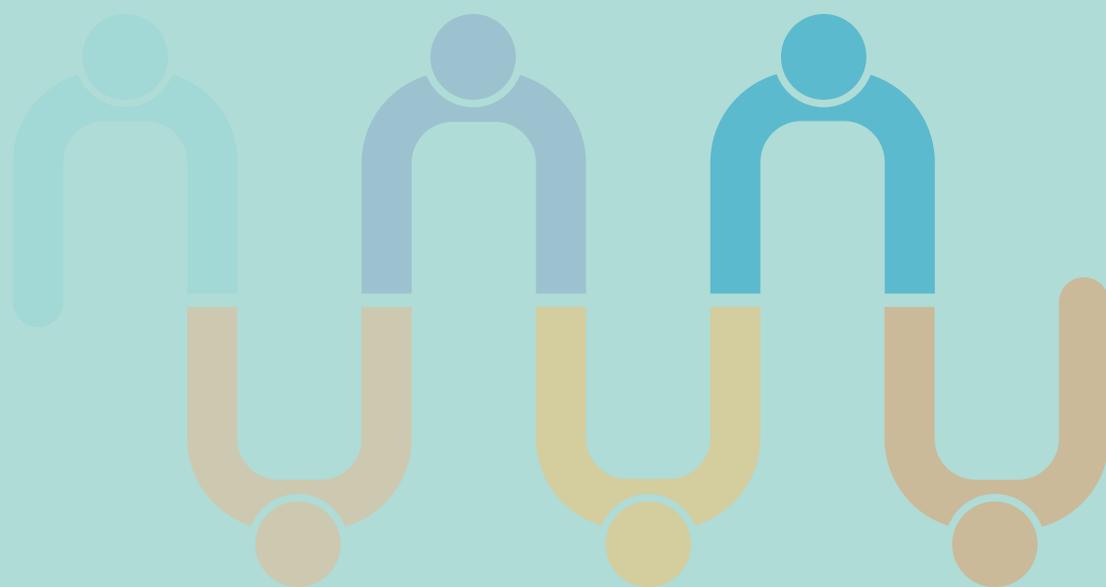
IDEAS DE BASE PARA MEJORAR LA CONTINUIDAD ASISTENCIAL

Los puntos hablados más destacables entre todos los participantes, se resumen en:

- **No son necesarias estructuras organizativas únicas** para llevar a cabo la CA; dicho de otra manera, que el sistema no esté integrado estructuralmente no supone una barrera para implantar un modelo de continuidad asistencial.
- La **priorización política** debe plasmarse en **presupuesto** y en **actuaciones**, y los contratos de gestión y contratos programa son básicos para conseguirlo. Es esencial que los **objetivos** marcados en los contratos de gestión entre hospital y primaria sean comunes.
- Existe la necesidad de **definir el ámbito de actuación: sanitario y sociosanitario**. En la atención integrada no se puede obviar al paciente sociosanitario: muchos de nuestros pacientes se distribuyen entre plazas residenciales, centros de día o en sus domicilios y todos ellos son pacientes. Se busca un enfoque hacia lo comunitario y que la gente no llegue al hospital. No se puede hablar de continuidad asistencial si no se integra todo, hay comunidades donde el ámbito sociosanitario depende de otras consejerías y podemos caer en el error de diseñar acciones que no se pueden gestionar; actualmente en el Ministerio de Sanidad confluyen ambos ámbitos (sanitario y social), por ello sería el momento para abordarlo.
- El paciente identifica más al especialista como su **médico de referencia**. Para hacer desaparecer los niveles habría que identificar qué impide esa integración básica, que debe partir de una clara identificación del profesional al que debe dirigirse el paciente. Los problemas detectados han sido:
 1. Masificación
 2. El médico de atención hospitalaria envía al paciente para hacer las recetas a atención primaria, con la pérdida de tiempo que supone para el paciente
 3. Gestión y organización desde la experiencia del paciente respecto a la atención integrada. Lo importante es que perciba la continuidad de su proceso. Que ni la estructura ni la dependencia funcional impida avanzar en beneficio del paciente.
 4. El paciente ve la atención primaria como el lugar donde acude a por recetas, pero cuando tiene algo importante va al hospital. Esto se agrava en el crónico con multipatología que huye de la atención primaria y la seguridad se la da el hospital, aunque sea un error.
 5. Se ha acentuado el hospital-centrismo y se ha hecho más patente. A la hora de gestionar, las prioridades políticas y las prioridades en términos de gestión no van de la mano, los presupuestos no reflejan la realidad. Vende más inaugurar una sala de hemodinámica que una ampliación de un centro de salud.
- Para eliminar esas **barreras virtuales en términos asistenciales**, hay que actuar desde dos ámbitos:
 1. De **abajo a arriba**, con el paciente en el centro.
 2. Presupuestariamente hay que apoyar más a la atención primaria y a la atención sociosanitaria. Actualmente, la mayor parte del presupuesto se destina a atención hospitalaria, de esta manera se acrecienta el hospital-centrismo. Se debería centrar la atención del paciente en atención primaria.

- Ir a un **modelo integrado sanitario y social centrado en la persona**, con una estructura organizativa adaptada al territorio para garantizar una continuidad asistencial y de cuidados, conociendo las personas que llegan.
- Tiene que existir una **figura referente**, y existen varios abordajes posibles para hacerla efectiva.
- Elaboración de **procesos asistenciales integrados** como herramienta asistencial.
- Mejorar **la relación/comunicación** a través de la información entre profesionales y facilitar las herramientas como la interconsulta electrónica, eliminando la asimetría de la información entre niveles en algunas comunidades.
- Comunicar a **los profesionales lo que esperan las organizaciones y los pacientes de ellos**, no lo que los profesionales esperan de las organizaciones.
- Consejos **asesores de pacientes en cada hospital** con la primaria integrada, para articular la participación del paciente. Ayuda por parte de las asociaciones de pacientes con la figura de paciente voluntario formado por el hospital y por atención primaria, vigilada con horario definido, que estén integrados dentro de la estructura. Pensar siempre en el binomio paciente-cuidador.
- Para que el paciente forme parte de este proceso y se implique, se debe **romper la barrera entre primaria y hospitalaria**; para ello, el médico y el resto de los profesionales sanitarios (enfermera, fisioterapeuta, matrona, trabajador social...) en los dos niveles deben sentirse partícipes del proceso asistencial.
- Necesidad de **unificar el sistema de prescripción**, con conciliación de medicación y con la extensión de la prescripción electrónica.

5. PROPUESTAS DE MEJORA



5. PROPUESTAS DE MEJORA

Como resultado del trabajo realizado en los talleres sobre las diferencias de visión entre pacientes y profesionales y directivos obtenidos en las encuestas, se alcanzaron una serie de soluciones que pueden llevarse a cabo para mejorar, desde diferentes puntos de vista, la continuidad asistencial. Dado que los talleres se realizaron en diferentes días y con diferentes participantes, algunas soluciones alcanzadas son similares y pueden agruparse o superponerse, y esto es lo que se ha hecho. Así, se han resumido en 16 las 22 soluciones individuales alcanzadas en los talleres, consiguiendo dotar de mayor contenido aquellas soluciones que eran complementarias y estaban dirigidas al mismo fin, y que se consideraba que podían y debían abordarse en conjunto. Estas últimas son las que se desarrollan en este apartado con más extensión:

Las soluciones se pueden agrupar en tres bloques, según el ámbito al que aplican:

1. Soluciones estructurales: son aquellas que deben ser llevadas a cabo desde un ámbito superior al de una unidad asistencial, ya sea a nivel de consejería o de hospital o área integrada.
2. Soluciones operativas: son aquellas que interesan más al ámbito asistencial directo, y que pueden ser acometidas desde una unidad de práctica clínica o desde todo un hospital o área integrada. La mayoría de ellas suponen cambiar los hábitos de trabajo actuales para adaptarse a las necesidades del paciente.
3. Soluciones de base tecnológica: son aquellas soluciones que, pudiendo ser operativas o estructurales, necesitan del desarrollo de una solución tecnológica como base para su puesta en marcha.

Cada una de estas soluciones aporta valor en una o más áreas diferentes de la continuidad asistencial. Esta guía tiene como fin facilitar la implantación de medidas de mejora en cualquier ámbito asistencial, desde una pequeña unidad clínica a toda una consejería de sanidad de una CCAA. Por ello, se exponen en la siguiente tabla a qué ámbitos asistenciales aporta valor cada una de las soluciones planteadas:

Tipo de Solución	Soluciones identificadas en los Talleres	Ámbito de la CA
Soluciones Estructurales	1. PLAN ESTRATÉGICO DE MOTIVACIÓN DEL PERSONAL	Relación y Comunicación
	2. MEDICIÓN Y PUBLICACIÓN DE RESULTADOS EN SALUD	Relación y Comunicación
	3. EMPODERAMIENTO REAL DEL PACIENTE	Paciente Crónico Complejo
	4. CONSEJO ASESOR DE PACIENTES	Gestión y Organización
Soluciones Operativas	5. DECÁLOGO DE BUENA PRÁCTICA CLÍNICA	Relación y Comunicación
	6. CREACIÓN DE FIGURA PROFESIONAL DE REFERENCIA PARA EL PACIENTE	Gestión y Organización
	7. PLATAFORMAS DE TRABAJO MULTIDISCIPLINAR	Relación y Comunicación
	8. PROGRAMA CUIDANDO	Paciente Crónico Complejo
	9. IMPLANTACIÓN REAL DE LA GESTIÓN POR PROCESOS ASISTENCIALES	Gestión y Organización
	10. ESCUELAS DE SALUD	Paciente Crónico Complejo
	11. PROCESOS Y UNIDADES DE GESTIÓN DE PACIENTES PLURIPATOLÓGICOS	Paciente Crónico Complejo
Soluciones Tecnológicas	12. ESTRUCTURAS DE ATENCIÓN CONTINUADA PARA PACIENTES	Relación y Comunicación
	13. INTERCONSULTA TELEFÓNICA O ELECTRÓNICA	Relación y Comunicación
	14. HERRAMIENTA CON DATOS DE VIDA REAL PARA LA MEDICACIÓN	Paciente Crónico Complejo
	15. SOFTWARE DE AYUDA A LA CONCILIACIÓN DE LA MEDICACIÓN	Paciente Crónico Complejo
	16. APP O WEB INTERACTIVA DE FORMACIÓN DE PACIENTES	Relación y Comunicación

Del mismo modo, estos son los ámbitos de mejorar cada una de las 16 soluciones:

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
RELACIÓN PROFESIONAL - PACIENTE	X	X	X	X	X	X		X		X	X	X	X			X
RELACIÓN PROFESIONAL - PROFESIONAL	X	X	X				X		X		X		X			
COMUNICACIÓN PROFESIONAL - PACIENTE	X		X	X	X	X		X		X	X	X	X			X
COMUNICACIÓN PROFESIONAL - PROFESIONAL	X	X	X				X		X		X		X			
PROFESIONAL DE REFERENCIA PARA EL PACIENTE			X	X		X	X	X	X		X	X	X	X	X	
TRASLADAR MENSAJE ÚNICO AL PACIENTE			X	X	X	X	X	X	X		X	X	X	X		X
PLANES DE CUIDADOS PARA TODOS LOS PACIENTES								X			X					
INFORMACIÓN ADECUADA Y ENTENDIBLE AL PACIENTE		X		X	X	X		X		X	X	X				X
COMPARTIR INFORMACIÓN ENTRE PROFESIONALES			X				X	X	X		X		X	X		
TRASPASO DE INFORMACIÓN ENTRE NIVELES			X			X	X	X	X		X		X	X	X	
PROCESOS ASISTENCIALES INTEGRADOS			X				X	X	X		X		X	X	X	
ACCESIBILIDAD EN EL PROCESO DE CITA												X	X			
ACCESIBILIDAD EN EL TIEMPO DE CITA													X			
DISMINUCIÓN DE LA FRECUENTACIÓN	X	X		X	X	X				X	X	X	X			X
ADECUADO CONTROL DEL POLIMEDICADO							X		X		X	X		X	X	
CONCILIACIÓN DE LA MEDICACIÓN ENTRE NIVELES											X			X	X	
COORDINACIÓN ASISTENCIAL DEL PCC	X		X			X	X	X	X		X			X	X	
FORMACIÓN DE PACIENTES Y CUIDADORES				X				X		X	X	X				X

Cada una de las soluciones aquí descritas se clasificará según el tipo del que se trate (estructural, operativa o tecnológica), el ámbito de continuidad asistencial al que se refiera (comunicación y relación, gestión y procesos o paciente crónico complejo) y a quien se dirige principalmente, de esta forma:



Así mismo, se reseñan en cada solución los ámbitos de mejorar.



5.1 SOLUCIONES ESTRUCTURALES

PLAN ESTRATÉGICO DE MOTIVACIÓN DEL PERSONAL



1. **Propuesta:** plan estratégico orientado a la motivación de los profesionales como elemento básico para poder ofrecer una atención más integrada, humanizada e individualizada al paciente.
2. **Dirigido a:** profesionales médicos y de enfermería.
3. **Ámbito de comunicación:** intranet, comunicación interna.
4. **Mejoras en Continuidad Asistencial**



5. **Actividades a llevar a cabo:** La integración entre niveles no necesita tanto de recursos como de modificación de hábitos de trabajo y motivación de los profesionales, por lo que el plan general debería incluir:
 - a. La incorporación de lo que dice el paciente a los procesos asistenciales. Ese conocimiento puede proceder de encuestas, asociaciones de pacientes, pacientes formadores de pacientes, etc.
 - b. Motivar y estimular a los profesionales, identificando y abordando las barreras existentes que los distancian de las innovaciones.
 - c. Propuestas de revisión sobre la ordenación de RRHH en los distintos ámbitos. Desarrollo de los contenidos del actual Acuerdo Marco no aplicados en toda su virtualidad, incluyendo y precisando las funciones y especialidades actuales y las nuevas que deban incorporarse, prestando especial atención a las de enfermería.
 - d. Prestar una especial atención a todo lo relacionado con las carreras profesionales y planes de formación como elementos que condicionan los hábitos de trabajo y la satisfacción con el mismo.
 - e. El estudio y revisión negociada del modelo de remuneración de los profesionales hacia uno basado en mayor responsabilidad unida al riesgo. Ligar parte de la retribución a objetivos asistenciales que deben cumplirse y evaluarse.

- f. Un reparto equitativo de los recursos por parte de las administraciones responsables, en función de la carga real de trabajo de los distintos componentes y unidades del sistema. Mejora en la definición y ordenación de las sub-especializaciones, tratando de evitar duplicidades en las distintas CCAA.
- g. Una normativa clara y homogénea para selección y elección adecuada de mandos intermedios y de administración, con formación adecuada en gestión.

6. Recursos implicados

- a. Asociaciones de pacientes y encuestas a pacientes.
- b. Departamento jurídico y de RRHH para analizar el estatuto marco, los contenidos y desarrollos de las carreras profesionales y la posibilidad de remuneración unida al riesgo.
- c. Departamento de RRHH para seleccionar y formar a mandos intermedios.
- d. Presupuesto para llevar todo a cabo.

MEDICIÓN Y PUBLICACIÓN DE RESULTADOS EN SALUD



1. **Propuesta:** medir y publicar los resultados en salud de cada una de las unidades asistenciales del sistema, de forma que sean accesibles a los pacientes para que éstos puedan decidir a donde acuden. Impulsar y hacer efectiva la transparencia de los resultados, que ha demostrado ser de utilidad en otros países para la mejora en la práctica asistencial. Este esfuerzo de transparencia permitiría a los pacientes poder documentarse sobre la especialización en determinadas patologías de los profesionales que les atienden, hacer una elección informada a la vez que genera confianza en el paciente.
2. **Dirigido a:** pacientes y usuarios del sistema sanitario, y profesionales del mismo.
3. **Ámbito de comunicación:** web.
4. **Mejoras en Continuidad Asistencial.**



5. Actividades a llevar a cabo

- a. Desarrollo de un Reglamento que obligue a publicar resultados en salud a todos los participantes del sistema sanitario español.
- b. Concretar indicadores de resultados de salud por especialidad que han de ser publicados. Especificar forma de medición, datos de origen, frecuencia de medición, análisis estadístico de los datos, mecanismo que garantizará la independencia y transparencia, etc.
- c. Construir, diseñar o modificar un sistema interoperable para todo el territorio en donde se puedan publicar estos resultados.

6. Recursos implicados

- a. MSSSI y CCAA: sistemas de información y comisión de especialidades.

EMPODERAMIENTO REAL DEL PACIENTE



1. **Propuesta:** empoderamiento real del paciente, poniéndole en el centro de los servicios sanitarios, lo que se pondría en evidencia si la compra de los servicios se llevara a cabo a partir de las preferencias y decisiones informadas del paciente. Esto supone un cambio de paradigma en el sistema, haciendo que el dinero siga al paciente, y otorgando al ciudadano-paciente la capacidad de decidir sobre su salud y donde recibirla y el desarrollo previo de la gestión de casos y de cuidados.
2. **Dirigido a:** pacientes.
3. **Ámbito de comunicación:** exige un cambio cultural y significa la transformación del modelo relacional entre profesionales y pacientes y del actual sistema de trabajo en niveles a un trabajo en red.
4. **Mejoras en Continuidad Asistencial.**



5. Actividades a llevar a cabo

- a. Transparencia en resultados de salud. Es imprescindible para esta propuesta que se ponga en funcionamiento la publicación de los resultados en salud de las unidades clínicas (ver propuesta más arriba).
- b. Cambio a nuevos modelos de liderazgo y nuevos referentes. Creación de la figura de referencia del paciente que actúa como “comprador” de servicios. Puede ser el médico de atención primaria, un internista de referencia, el enfermero gestor de casos u otro perfil.
- c. Transformación del modelo relacional entre profesionales y pacientes (orientado a gestión de casos y cuidados). El profesional de referencia se encargaría de abordar con el paciente y su familia todas las opciones de tratamiento, de cuidados y de otros recursos disponibles para la patología existente junto con sus costes presentes y futuros, de forma que el paciente pudiera hacer una selección informada y acompañada del tratamiento más adecuado para él y del lugar donde recibirlo.
- d. Trabajo en red en lugar de en niveles.
- e. Los riesgos que podrían surgir son la captación de demanda inducida y la selección adversa.

6. Recursos implicados

- Realizar una reflexión normativa.
- Tener una visión integradora.
- Prototipar el modelo y gestionar los recursos orientados al paciente.
- Acreditación de calidad en estos nuevos dispositivos u organizaciones que garantizaran la calidad y la seguridad del paciente.

CONSEJO ASESOR DE PACIENTES



- Propuesta:** constitución de un Consejo Asesor de Pacientes en cada CCAA, hospital y/o unidad integrada de salud. Las funciones y objetivos de dicho consejo asesor serían:
 - Velar por los derechos de los ciudadanos en relación con la atención continuada. Por ejemplo, el derecho a recibir información clínica, el derecho a la elección del especialista, derecho a cambio de médico, etc.
 - Implicar a los pacientes en el diseño de los modelos organizativos, por ejemplo, incluyéndolos en las comisiones de continuidad de cuidados u organizaciones similares.
 - Cambiar la presencia del ciudadano en la propia gestión de la enfermedad. Nadie mejor que él sabe cómo vive su enfermedad.
 - Implicar a los pacientes en el fomento de los hábitos saludables, prevención de enfermedades y mantenimiento de la salud.
 - Fomentar la responsabilidad de los ciudadanos en el uso adecuado de los recursos.
- Dirigido a:** pacientes.
- Ámbito de comunicación:** contacto directo con asociaciones de pacientes y pacientes individuales. Darlo a conocer a través de web, redes sociales y las propias asociaciones y organizaciones de usuarios.
- Mejoras en Continuidad Asistencial**



5. Actividades a llevar a cabo

- a. Conocimiento público de los compromisos y objetivos institucionales de las organizaciones y áreas integradas.
- b. Cambios normativos: recoger esta nueva figura mediante la normativa adecuada, con soporte jurídico y el debido reconocimiento y al menos con los siguientes objetivos.
- c. Selección de pacientes para participar en los grupos de mejora en función de los procesos que se traten. No todo paciente ni toda asociación sirve.
- d. Establecer escuelas de pacientes y figuras de pacientes expertos a nivel nacional.
- e. Conocer las expectativas de los ciudadanos en relación con la continuidad asistencial por medio de encuestas o soluciones similares.
- f. Campañas de promoción y prevención para la salud, fomento de hábitos saludables.
- g. Campañas informativas de concienciación ciudadana sobre el buen uso de los recursos sanitarios. Hay experiencias demostradas de estas iniciativas.
- h. Establecer canales de difusión de la información, valerse de webs de gerencias de áreas de salud, webs de asociaciones de pacientes, webs de sociedades científicas, etc. para la divulgación de la información.

6. Recursos implicados

- a. Realización de encuestas o uso de cualquier otro medio para conocer la opinión del paciente de forma continua.
- b. Conocer la satisfacción de los pacientes en relación con los procesos asistenciales. Instaurar un sistema de medida continuo para conocer la satisfacción del usuario.
- c. Presencia de pacientes en los grupos de trabajo para gestionar los procesos asistenciales. Reevaluar las normas existentes para que permitan la presencia de los pacientes en dichos procesos de gestión.
- d. Seguimiento de las propuestas de mejora y reevaluación. Establecer sistemas de medida que permitan valorar en el tiempo los avances y su repercusión en la calidad asistencial y en la satisfacción al usuario de forma paralela.
- e. Fomentar las TIC como medio de relación con el ciudadano.
- f. Asociaciones de pacientes: hay que tener en cuenta que en algunos casos existen protagonismos enfrentados por parte de las asociaciones de pacientes y uso partidista de estas asociaciones.
- g. Formación de profesionales sanitarios en habilidades de comunicación y cambio de modelo relacional para vencer las resistencias de los profesionales a salir de la zona de confort, y a invertir el protagonismo médico-enfermo.

5.2 SOLUCIONES OPERATIVAS

DECÁLOGO DE BUENA PRÁCTICA CLÍNICA



- 1. Propuesta:** Identificación de los puntos claves para una atención individualizada que permita elaborar un decálogo de buena práctica clínica, explicitando los aspectos negativos que deben evitarse y difundirlo a la ciudadanía para que se convierta en “norma”.
- 2. Dirigido a:** pacientes y profesionales sanitarios.
- 3. Ámbito de comunicación:** web, intranet, carteles, campaña publicitaria, asociaciones de pacientes.
- 4. Mejoras en Continuidad Asistencial.**



5. Actividades a llevar a cabo

- Crear grupos de trabajo con pacientes o alternatively un sistema de encuestas, que permita obtener todos aquellos valores y características del servicio que son importantes para el paciente y que se vinculan con una atención individualizada, personalizada, empática, con demostración de interés real por parte del personal que atiende al enfermo y a la familia.
- Crear grupos de trabajo para definir el decálogo de buena práctica clínica, incorporando en el grupo pacientes, médicos, enfermeras y personal sanitario no facultativo. En dicho grupo se definirá como debe ser la atención sanitaria para dar respuesta a las necesidades y valores que los pacientes han identificado previamente como esenciales para recibir una atención sanitaria personalizada y de calidad.
- Dar a conocer el decálogo de buena práctica clínica entre todos los profesionales del sistema sanitario hasta conseguir hacerlo “norma de obligado cumplimiento”, pero desde el convencimiento de que si mejora la relación profesional-paciente, mejora el sistema y por tanto la práctica asistencial.
- Dar a conocer el decálogo de buenas prácticas clínicas a todos los pacientes y usuarios del sistema sanitario, en definitiva a los ciudadanos, para que sepan que deben esperar cuando acuden a recibir asistencia sanitaria.

6. Recursos implicados

- Asociaciones de pacientes y pacientes individuales. Si existen consejos asesores de pacientes, contar con ellos.
- Representación de todos los estamentos del sistema sanitario.
- Departamentos de atención al paciente y comunicación de las instituciones.
- Representación de las CCAA y el MSSSI.

CREACIÓN DE FIGURA PROFESIONAL DE REFERENCIA



- Propuesta:** creación de una figura profesional de referencia que coordine todos los medios humanos y físicos necesarios para la atención de cada paciente y sus cuidadores en cada momento. La figura que mejor se adapta a esta función se considera que es la enfermera coordinadora de procesos o la enfermera gestora de casos, aunque puede tener otro nombre u otro perfil.
- Dirigido a:** pacientes y profesionales sanitarios.
- Ámbito de comunicación:** comunicación interna, web, campañas de comunicación, escuelas de pacientes.
- Mejoras en Continuidad Asistencial.**



5. Actividades a llevar a cabo

- Revisión de la normativa para comprobar los necesarios cambios de esta nueva figura.
- Definir cuáles son los procesos que debemos abordar. Para ello se crearán grupos de trabajo que definan los procesos y los prioricen. Los grupos deberán estar formados por enfermeras y médicos tanto de AP como de AH.
- Definir las características del puesto y consensuar unos criterios de selección de personal para dicho rol. Definir cómo cambiar la cultura del personal asistencial para desarrollar este nuevo rol y a su vez, cómo motivarles para llevarlo a cabo.
- Decidir la formación y aportársela al candidato a desempeñar el puesto de coordinador de procesos.
- Definir unos objetivos y medir los resultados. Para ello debería poder trasponerse el proceso integrado al sistema informático que sustenta la historia clínica electrónica.
- Difundir la información.

6. Recursos implicados

- a. Departamento de recursos humanos del sistema sanitario.
- b. Personal asistencial de primaria y hospitalizada.
- c. Departamento de sistemas de información.

PLATAFORMAS DE TRABAJO MULTI-DISCIPLINAR



1. **Propuesta:** fomentar el trabajo en equipo y generar intercambio de información mediante la creación de foros o plataformas multi-especialidad y multi-nivel. Organización de eventos sociales y otras experiencias cruzadas, con el objetivo de mejorar el conocimiento de los distintos integrantes de los equipos profesionales para eliminar barreras y fomentar formas conjuntas de trabajo que permitan un mejor y mayor intercambio de información entre las distintas personas y los distintos ámbitos asistenciales, profundizando en una mayor cultura multidisciplinar y de trabajo en red, en vez de en niveles.
2. **Dirigido a:** profesionales asistenciales.
3. **Ámbito de comunicación:** presencial, web o intranet.
4. **Mejoras en Continuidad Asistencial.**



5. Actividades a llevar a cabo

- a. Establecer ámbitos apropiados para la existencia de dichos foros.
- b. Facilitar los recursos informáticos necesarios para que dichos foros o equipos puedan trabajar de forma remota o virtual.
- c. Una vez establecido cada grupo de trabajo, éstos deben llevar a cabo las siguientes funciones:
 - I. Elaboración de los circuitos, rutas y guías de procesos, consensuados por todos.
 - II. Evaluación de casos concretos de pacientes.
 - III. Impartición de formación a los profesionales.
 - IV. Elaboración de protocolos normalizados de trabajo para que todos los profesionales sepan como actuar en cualquier situación.
 - V. Elaboración de un plan de priorización de requerimientos tecnológicos de soporte, para que los recursos fluyan hacia donde hay mayores necesidades.

- d. Consecución de un sistema de información que integre los procesos asistenciales, que permita que cuando un paciente llegue al hospital, pueda disponer de su recorrido asistencial previo.

6. Recursos implicados

- a. Sistemas de información.
- b. Servicios clínicos y áreas de primaria implicados en cada plataforma.

PROGRAMA CUIDANDO



1. **Propuesta:** creación del programa “Cuidando”. Se propone la creación de un programa especial de ámbito nacional y/o autonómico, centrado en la creación e implementación de programas de cuidados en todo el ámbito socio-sanitario.
2. **Dirigido a:** enfermeros y pacientes.
3. **Ámbito de comunicación:** presencial, mediante reuniones informativas internas, web, app de cuidados.
4. **Mejoras en Continuidad Asistencial.**



5. Actividades a llevar a cabo

- a. Creación de un organismo responsable de cuidados que lidere el programa (al estilo de la Gerencia de cuidados que ya existe en alguna CCAA), un grupo de trabajo formado por expertos en cuidados que abarque los distintos ámbitos asistenciales.
- b. Creación, por dicho grupo, de los diferentes programas de cuidados.
- c. Presentación a los responsables de las consejerías de salud, a los profesionales y a los pacientes, así como a la población en general, tanto a través de asociaciones como de una web interactiva.
- d. Creación de una app para los pacientes en donde puedan consultar los diferentes planes de cuidados estandarizados (debidamente adaptados al lenguaje del paciente), que su profesional de referencia adaptará después a su situación.

6. Recursos implicados

- Personal de enfermería de AP y AH.
- Consejerías y MSSSI.
- Departamentos de sistemas de información.
- Asociaciones de pacientes, escuelas de pacientes y pacientes individuales.

IMPLANTACIÓN REAL DE LA GESTIÓN POR PROCESOS ASISTENCIALES



- Propuesta:** Implantación real de la gestión por procesos asistenciales, como máxima expresión para mejorar la percepción del paciente sobre la continuidad asistencial.
- Dirigido a:** profesionales asistenciales y pacientes.
- Ámbito de comunicación:** presencial.
- Mejoras en Continuidad Asistencial.**



5. Actividades a llevar a cabo:

- Crear grupos de trabajo multidisciplinares que incorporen la visión del paciente.
- Realizar un diagnóstico de situación desde el punto de vista de profesionales y pacientes con apoyo decidido de los equipos directivos.
- Favorecer experiencias locales bottom-up para poder extenderlas después.
- Definir qué es proceso. Conjunto de actividades e intervenciones por parte de diferentes profesionales en diferentes ámbitos que aportan un valor al paciente en relación con su patología concreta. Abordarlo tanto del punto de vista de la eficiencia como de la satisfacción del paciente. Incluir tanto procesos asistenciales como no asistenciales y de soporte.
- Priorizar los procesos en base al análisis de la demanda, sin olvidarse de los no asistenciales.
- Creación de grupos de trabajo multidisciplinares y que incorporen la visión del paciente.
- Una vez definido el proceso, hacer un diagnóstico de situación desde el punto de vista de profesionales y pacientes con apoyo decidido de los equipos directivos favoreciendo experiencias locales bottom-up para poder extenderlas después.

- h. Definir los indicadores y los métodos de evaluación del proceso.
- i. Incorporar el proceso a la historia clínica.

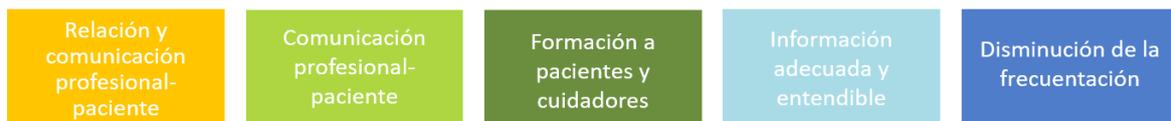
6. Recursos implicados

- a. Equipos asistenciales. Cuidado con la resistencia al cambio. Dar mayor papel al profesional.
- b. Pacientes, a través de asociaciones, escuelas de pacientes, consejos asesores o pacientes individuales.
- c. Sistemas de información para incorporar los procesos a la historia clínica y sus indicadores de medida. Dimensionar y priorizar cambios pequeños en vez de grandes cambios.
- d. Dependiendo del ámbito de aplicación: e-consulta, consultor especialista, etc, contar con los recursos necesarios.
- e. Dada la ausencia de canales de relación y comunicación, se ha de dotar de medios para que no se frene el proceso por falta de comunicación de los implicados.

ESCUELAS DE SALUD



1. **Propuesta:** Crear una escuela de salud o área formal de participación ciudadana en el ámbito sanitario. El fin es conseguir un paciente integrado en las estructuras formales, como las comisiones de trabajo, para tomar decisiones junto con los demás profesionales.
2. **Dirigido a:** pacientes y cuidadores.
3. **Ámbito de comunicación:** presencial, Internet.
4. **Mejoras en Continuidad Asistencial .**



5. Actividades a llevar a cabo:

- a. Crear un grupo de trabajo en el que están incluidos pacientes crónicos, familiares cuidadores, enfermería, médicos de primaria y de hospitalizada.
- b. Analizar las necesidades de formación que tienen pacientes y cuidadores y definir las prioridades.
- c. Formar a los que después actuarán de formadores de pacientes.
- d. El grupo debe regular qué necesidades formativas tienen los pacientes, valorar sus expectativas y formarles en participación. Por ejemplo, enseñarles qué recursos tiene el sistema sanitario para la participación del paciente.
- e. El fin es conseguir un paciente integrado en las estructuras formales, como las comisiones de trabajo, para tomar decisiones junto con los demás profesionales.

6. Recursos implicados

- Profesionales implicados.
- Espacios para formación.
- Plataforma o espacio web de formación virtual.

PROCESOS Y UNIDADES DE GESTIÓN DE PACIENTES PLURI-PATOLÓGICOS



- Propuesta:** establecer un proceso propio de gestión para los pacientes pluripatológicos. Etiquetar de forma singularizada a los pacientes pluripatológicos para generar alertas, de manera que no importe cuál sea la ruta de acceso del paciente al sistema, siempre estará identificado como pluripatológico. El objetivo es disminuir los ingresos hospitalarios mediante una participación más activa de atención primaria, tratar de responder domiciliariamente y educar al paciente en técnicas de autocuidado.
- Dirigido a:** pacientes y profesionales.
- Ámbito de comunicación:** presencial.
- Mejoras en Continuidad Asistencial**



5. Actividades a llevar a cabo

- Establecer un proceso propio de gestión para los pacientes pluripatológicos.
- Etiquetar en el sistema a los pacientes pluripatológicos para generar alertas, de manera que no importe cuál sea la ruta de acceso del paciente al sistema, siempre estará identificado como pluripatológico.
- Crear una unidad de gestión del paciente pluripatológico, pudiendo ser física o virtual. La plataforma virtual permitiría el registro de toda la historia y seguimiento del paciente. En dicha unidad como mínimo debería haber los siguientes perfiles profesionales:

- I. Los especialistas de referencia del PCC y de los profesionales de AP (generalmente de medicina interna). Coordinan la atención de estos pacientes en el hospital y son referentes para los médicos de AP
 - II. Las enfermeras de continuidad asistencial (o de enlace) que coordinan la continuidad de cuidados
 - III. El farmacéutico del hospital
 - IV. El geriatra de referencia para las residencias sociosanitarias
 - V. Los médicos y enfermeras de AP responsables de la atención del PCC
 - VI. El farmacéutico de AP
 - VII. Además se unirían otros profesionales especialistas en función de las características de cada paciente.
- d. Establecer circuitos bidireccionales o en red, en los que debe quedar bien claro el papel de cada profesional.
 - e. Crear un programa de motivación al paciente responsable mediante formación. Las acciones propuestas serían:
 - I. Listar una serie de acciones precisas que el paciente pueda llevar a cabo para su autocuidado y la gestión de su enfermedad.
 - II. Crear módulos de formación de cada tarea.
 - III. Desarrollar un sistema que nos permita evaluar los resultados.

6. Recursos implicados

- a. Profesionales de los servicios implicados.
- b. Adaptación del sistema informático o la HCE para identificar a los pacientes.
- c. Cambios en los sistemas informáticos que permitan gestionar al PCC a través de circuitos creados para ello colgados en la red.

5.3 SOLUCIONES TECNOLÓGICAS

ESTRUCTURAS DE ATENCIÓN CONTINUADA PARA PACIENTES



1. **Propuesta:** Se observan con frecuencia problemas de miedo o ansiedad en los pacientes e importantes diferencias en el nivel de información que el profesional aporta al paciente y en la que el paciente recibe. Se propone crear una estructura central o “call center” cercano, integral, para la atención continuada de los pacientes, con disponibilidad 24 horas los 365 días del año. El “call center” estaría conectado a los sistemas de información disponibles para visualizar la Historia Clínica (HC) del paciente y su recorrido por el Sistema Nacional de Salud (SNS).
2. **Dirigido a:** pacientes.

3. Ámbito de comunicación: teléfono, web o app, publicitado en las instalaciones sanitarias.

4. Mejoras en Continuidad Asistencial



5. Actividades a llevar a cabo

- Crear un grupo de trabajo formado por pacientes, cuidadores, enfermeras y médicos de AP y AH.
- Crear la estructura que soportará el sistema, que puede estar basada en los servicios atención de urgencia existentes (SUMMA, 112, 061, etc), un call-center de nueva creación, una app de comunicación bidireccional, etc.
- Nombrar un profesional de referencia para cada paciente, que será el encargado de transmitir la información necesaria sobre él y coordinar todos los cuidados y atenciones necesarias. El perfil idóneo parece la enfermería.
- Disponer de personal preparado para dar respuesta clínica, de forma que el paciente se sienta siempre igualmente atendido de forma reglada y obteniendo respuesta a sus miedos o dudas. El paciente se sentirá protegido, guiado y a la vez seguido.
- Crear un sistema de información estructurada, para atender de forma personalizada pero organizada. El proceso asistencial que se lleva a cabo por este medio debe protocolizarse y facilitar la comunicación entre pacientes y profesionales.
- Crear un sistema de archivos con información escrita que el profesional de referencia pueda enviarle al paciente para ampliar o mejorar la información que tiene y sobre la que está preguntando.
- Por este mismo sistema, sobre todo si el medio escogido es la creación de una app, podrían enviarse avisos, preguntas o comentarios de los profesionales a los pacientes y sus cuidadores, intentando mejorar la adherencia a los tratamientos y adelantándose a las posibles reagudizaciones. Esto haría posible el seguimiento proactivo del paciente por parte del sistema.
- Se considera conveniente que el centro asistencial esté relacionado con las escuelas y asociaciones de pacientes para ofrecer al ciudadano un lugar donde pueda compartir sus experiencias y temores. Esta conexión debería extenderse al ámbito de apoyo psicosocial y disponer de un área de formación, en estos objetivos de interrelación, tanto para profesionales como para pacientes.

6. Recursos implicados

- Recursos informáticos para configurar el desarrollo de la aplicación.
- Recursos formativos: formar al paciente de cómo puede acceder al servicio en función de sus características técnicas: app, web, etc.
- Recursos humanos: profesionales de referencia y profesionales de atención del call center o la app.

INTERCONSULTA TELEFÓNICA O ELECTRÓNICA



- Propuesta:** Habilitar y protocolizar la inter-consulta telefónica (electrónica). Se trata de que la habitual inter-consulta al especialista que se realiza, tras solicitud en papel o informática, de forma presencial, pase a realizarse por vía telefónica. Podrá implementarse también para la comunicación de los sistemas social y sanitario. Este tipo de inter-consulta no presencial agiliza la atención de los pacientes, facilita la comunicación de casos entre profesionales y supone una fuente de aprendizaje entre ellos, haciendo disminuir pérdidas de tiempo innecesarias. Este modelo se basa en otros casos de éxito demostrado como la e-consulta, existente en algunas CCAA.
- Dirigido a:** profesionales
- Ámbito de comunicación:** teléfono, intranet o web.
- Mejoras en Continuidad Asistencial**



5. Actividades a llevar a cabo

- Establecer el sistema por el que se llevará a cabo. Para unas especializadas puede ser telefónica y para otras a través de la HCE.
- Establecer el protocolo para la interconsulta, definiendo información mínima a aportar, formato, sistema de recogida de imágenes (si son necesarias), sistema de aviso de interconsulta pendiente de resolver, tiempo de resolución, aviso de interconsulta resuelta.

- c. Establecer horario de atención concreto y conocido.
- d. Establecer agenda específica para las interconsultas, con recursos propios tanto en AP como en AH.
- e. Establecer el correcto registro de esta actividad en la HCE. Tener en cuenta que lo que no se registra no se mide y lo que no se mide no se puede valorar.
- f. Formar a los profesionales y enseñarles otras experiencias similares que se han llevado a cabo con mucho éxito en otras CCAA para motivarlos en el momento de la implantación. Para motivar al profesional podría ser útil el establecimiento de objetivos alcanzables, medibles y que se implementasen de forma progresiva.

6. Recursos implicados

- a. Terminales telefónicos (si es el medio escogido) en cada unidad de gestión clínica o servicio.
- b. Recursos humanos: definir perfiles, personas y tiempos.
- c. Cambios en la HCE que permitan el correcto registro de la actividad.

HERRAMIENTA DE “DATOS DE VIDA REAL” PARA SEGUIMIENTO DE MEDICACIÓN



1. **Propuesta:** Herramienta basada en inteligencia artificial que unifique todos los datos de vida real relacionados con la medicación. Se propone la aplicación de una herramienta informática basada en inteligencia artificial moderna, dinámica e interoperable que aúne toda la información de la práctica real de prescripción y administración fármaco-terapéutica; realice fármaco-vigilancia activa y que esté presente en todas las fases de la asistencia/conciliación. Se puede adaptar alguna de las disponibles o proponer la construcción de una nueva que sirva tanto a los decisores de ámbito fármaco-terapéutico, como a los profesionales y los pacientes, detectando posibles errores de medicación, toxicidad, interacción medicamentosa, etc. y siempre con filtro profesional. Su posible alto coste sugiere un modelo de compra pública innovadora para su adquisición y desarrollo. Medida sencilla, extensible no solo a los profesionales médicos, también enfermería, y entre residencias socio sanitarias y hospitales de referencia.
2. **Dirigido a:** pacientes, profesionales, sistema sanitario.
3. **Ámbito de comunicación:** software específico, presencial.
4. **Mejoras en Continuidad Asistencial**



5. Actividades a llevar a cabo

- a. Establecer un grupo de trabajo para valorar información necesaria y suficiente a obtener del nuevo sistema.
- b. Definir el proceso de recogida de información.
- c. Abrir un sistema de compra pública innovadora para que desarrolle la herramienta. La compra pública de innovación permitiría afrontar menor coste inicial y que el propio producto se convirtiera en una posible fuente de ingresos o de mejores condiciones de compra futura en su extensión.
- d. Crear la herramienta bajo estos principios: herramienta basada en inteligencia artificial, que realice una fármaco-vigilancia activa y que esté programada para detectar posibles errores relacionados con la medicación.
 - I. La herramienta sería capaz de recibir e integrar información de diversas fuentes y diferentes lenguajes para, mediante unos motores de búsqueda, transformarlos en la generación de alertas, que llegasen a todos los profesionales implicados (médico, enfermera, farmacéutico) y que existiera la posibilidad transmitir la alerta al paciente, siempre filtrada por un profesional.
 - II. También sería útil que el profesional asignado a un paciente supiera cuando se ha abierto la historia del paciente para su revisión por si ha sucedido un error relacionado con la medicación.
 - III. La herramienta debería ser interoperable para todo el SNS.
 - IV. Podría ser interesante que el médico pudiera avisar al paciente de alguna manera (vía app, etc), cuando se necesita que se presente en el centro de salud, para ajuste de dosis, analíticas, etc.

6. Recursos implicados

- a. Ministerio de sanidad y CCAA para la puesta en común de los requerimientos de la nueva herramienta.
- b. AEMPS.
- c. Los derivados del sistema de compra pública innovadora.

SOFTWARE DE AYUDA A LA CONCILIACIÓN DE LA MEDICACIÓN



1. **Propuesta:** Partiendo de la premisa de que la prescripción electrónica ya está establecida en un alto porcentaje, tanto en atención hospitalizada como en atención primaria, se propone la creación de una Guía Fármaco-Terapéutica común a todo el territorio acompañada de un software específico para pacientes polimedcados, que permitiera su identificación automática en cualquier punto del sistema sanitario, para después proceder a conciliar, revisar u optimizar la medicación que recibe directamente o mediante la derivación al profesional adecuado para esta función. Esta solución permitiría conocer muchas interacciones farmacológicas y efectos adversos hasta ahora no claramente identificados, dada la dispersión de los datos de uso de fármacos existente actualmente.

2. **Dirigido a:** profesionales y pacientes.
3. **Ámbito de comunicación:** intranet o software específico unido a la receta electrónica.
4. **Mejoras en Continuidad Asistencial**



5. Actividades a llevar a cabo

- a. Establecer el tipo de paciente que será identificado como sujeto de conciliación de medicación.
- b. Establecer una guía fármaco-terapéutica común.
- c. Modificar el sistema de receta electrónica existente o crear un software específico que identifique al paciente polimedicado.
- d. Establecer el proceso de conciliación y/o optimización de medicación en todos los puntos de acceso al sistema, bien sea de forma directa o mediante envío al profesional adecuado.

6. Recursos implicados

- a. MSSSI, AEMPS y CCAA para crear la guía fármaco-terapéutica común y definir el perfil de paciente a seguir.
- b. Sistemas informáticos: para modificar la receta electrónica o crear el software necesario.
- c. Servicios clínicos implicados y sus profesionales, para formarlos adecuadamente y realizar el seguimiento.

APP O WEB INTERACTIVA DE FORMACIÓN DE PACIENTES



1. **Propuesta:** Creación de una app o una web interactiva con información educativa y validada sobre tratamientos, organizada por procesos o patologías, en forma de guías para pacientes que los profesionales puedan prescribir, en la que se incluyan las prescripciones realizadas habitualmente por los profesionales para mejor información de los pacientes, que puedan convertirse en pacientes expertos responsabilizándose en mayor medida de su cumplimiento terapéutico. Además de la información sobre medicación, se podría incorporar información sobre vida saludable, práctica de ejercicios, alimentación, etc.

2. **Dirigido a:** pacientes y cuidadores.
3. **Ámbito de comunicación:** web o aplicación.
4. **Mejoras en Continuidad Asistencial**



5. **Actividades a llevar a cabo**

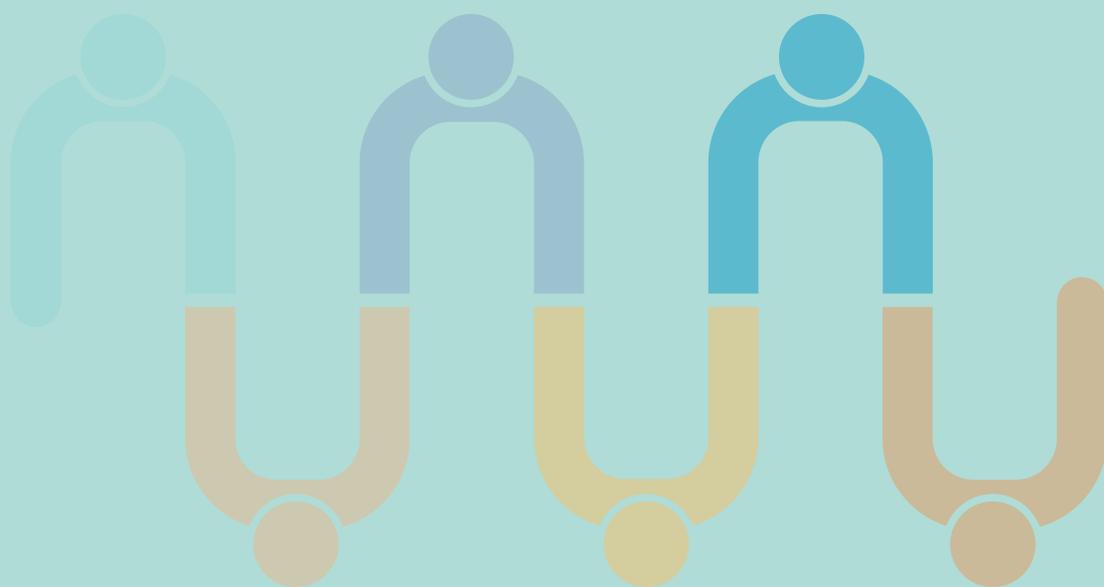
- Definir el tipo de información que se quiere poner a disposición de los pacientes. Homogeneizar la información que ya existe en diferentes ámbitos.
- Contar con las sociedades científicas para la elaboración de las guías de las patologías propias.
- Estructurar la información por procesos asistenciales.
- Definir la estructura en la que se encontrará la información: web interactiva, app, etc.
- Disponer de información de índole socio-sanitaria, que pueda ser prescrita a un paciente.
- Para salvar la brecha tecnológica y abordar la educación del paciente que no puede acceder a las tecnologías de la información se propone crear la figura del “paciente experto”. Aprovechando que existen pacientes suficientemente formados en las patologías, los dispositivos de inhalación, los procesos, hábitos saludables, etc., la propuesta sería aprovechar esta herramienta para la formación de otros pacientes.

6. **Recursos implicados**

- CCAA, escuelas de pacientes, SSCC, para unificar y validar la información ya existente.
- Sistemas informáticos, para crear la estructura en donde estará la información (web o app).



6. ANEXOS



6. ANEXOS

6.1 LA VISIÓN DE LAS ASOCIACIONES

LA POSICIÓN DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE DIRECTIVOS DE LA SALUD (SEDISA)

La continuidad asistencial, como la capacidad de los servicios sanitarios para ofertar de forma sincronizada un objetivo asistencial común sin que se produzcan desencuentros que perjudiquen al paciente, independientemente del lugar y del tiempo en el que sea atendido, no es, en la actualidad, una opción, sino una necesidad para el propio sistema, que compromete a todos y cada uno de sus integrantes y de sus estructuras.

Como necesidad, esta medida de gestión sanitaria está presente en muchos de los proyectos y encuentros de la Sociedad Española de Directivos de la Salud (SEDISA). Ejemplo de ello en este año 2017 ha sido el Documento “Retos prioritarios en gestión sanitaria: cómo continuamos progresando”, en el que se analizan las 35 claves para seguir progresando por buen camino en la gestión del Sistema Sanitario de Salud, y el 20 Congreso Nacional de Hospitales y Gestión Sanitaria, celebrado en Sevilla en el mes de marzo. De hecho, en las cinco áreas temáticas del congreso tiene cabida de alguna forma la continuidad asistencial: mejora de la experiencia asistencial del paciente, cronicidad, financiación del sistema, profesionalización de la gestión sanitaria e investigación y transferencia del conocimiento.

En esta misma línea, hemos asistido al desarrollo de un Proyecto AMPHOS, esta vez centrado en **“Continuidad Asistencial, mejorando la experiencia del paciente”**. La elección del tema no puede ser más acertada: de máxima actualidad y necesidad y, por otra parte, de cierto recorrido, habiendo experiencias que poner en común y de las que extraer directrices y líneas de trabajo y mejora. Algo fundamental en el mundo de la gestión sanitaria.

El programa ha contado, una vez más, con la presencia activa de responsables muy cualificados del Sistema Sanitario, sobre todo público, pero también privado. En sus talleres han trabajado de forma intensa gerentes y directivos de centros sanitarios de las distintas comunidades autónomas, que han puesto en común no solo sus experiencias, sino sus propuestas de soluciones, colocándose permanentemente en el lugar del paciente y buscando su mejor atención y satisfacción. Todo ello en un entorno cambiante desde el punto de vista tecnológico, con recursos a veces insuficientes, a veces mal utilizados o desaprovechados, con falta de planificación a medio-largo plazo y de visión estratégica.

En estos debates y en la búsqueda de soluciones, directiv@s, médic@s, enfermer@s y pacientes, han seguido la filosofía del ya veterano programa AMPHOS: trabajo en común, abierto, de abajo-arriba, ampliamente participativo, interdisciplinar, libre, innovador y, sobre todo, enfocado rigurosamente a la búsqueda de soluciones prácticas.

En definitiva, la continuidad asistencial debe ser un medio -que no un fin- hacia la calidad asistencial y los resultados de la salud, hacia la mejora de la experiencia de los pacientes y la eficiencia del Sistema. Esto no se cumple si no se insertan otros conceptos prioritarios en el modelo asistencial actual: la organización de procesos en torno al paciente y la huida del hospitalocentrismo, la integración sociosanitaria, la medición de resultados y evaluación de procesos, la desinversión en lo ineficiente y reinversión en lo que aporta verdaderamente valor, la participación en la toma de las decisiones, como colectivo y como usuario del Sistema y el acceso equitativo a la innovación y, en general, a la atención sanitaria de calidad.

Documentos como éste son importantes en tanto en cuanto contribuyen a la profesionalización de la gestión sanitaria y, en este sentido, el Proyecto AMPHOS **“Continuidad Asistencial, mejorando la experiencia del paciente”** aporta por primera vez, con un enfoque global, estratégico, colaborativo y multidisciplinar, soluciones y propuestas para ello.

Joaquín Estévez
Presidente de SEDISA

LA PERSPECTIVA DE LA ASOCIACIÓN NACIONAL DE DIRECTIVOS DE ENFERMERÍA (ANDE)

Durante 2016/17 ha tenido lugar un nuevo Programa AMPHOS (**Análisis y Mejora de Procesos Hospitalarios**), esta vez centrado en un problema de máxima actualidad, **“Continuidad Asistencial, mejorando la experiencia del paciente”**. El resumen del trabajo en el que han participado directivos (gerentes, directores asistenciales, directores médicos y de enfermería), profesionales asistenciales y pacientes, ya anunciaba el interés y rigor del programa y ahora tenemos ante nosotros el producto final de dicho esfuerzo.

Nuestra sociedad ha avanzado mucho en los últimos 50 años tanto en lo económico como en lo social, y esos avances han venido acompañados de un aumento considerable de la esperanza de vida. Vivir más años conlleva un incremento de las probabilidades de aparición de nuevas morbilidades, más cronicidades y a medida que la edad avanza, más patologías y más plurales. Esto acaba derivando en un incremento de las demandas dirigidas fundamentalmente a los responsables sanitarios.

Ante esta realidad, la continuidad asistencial se presenta como una necesidad y una exigencia para el sistema. Los distintos niveles clásicos asistenciales, su papel y estructura, hay que revisarlos. Y con ello su organización, su gestión y el reparto de papeles entre los profesionales actuales y las nuevas incorporaciones que se requieren para hacerlos más multidisciplinares. En ese nuevo escenario el papel de la enfermería va a ocupar un papel muy relevante. La cronicidad y la exigencia de mayor calidad de vida y de una atención más personalizada y coordinada del paciente, exigirán nuevas estructuras y metodologías.

Esto es en resumen, el reto que se ha abordado en la presente edición de AMPHOS desde un enfoque riguroso, ágil, libre y colaborativo, contando con nuestra participación y capacidad de decisión desde el primer momento.

Nuestro trabajo se ha orientado hacia la búsqueda de soluciones posibles que garanticen la continuidad asistencial, cohesión y equidad en las distintas CCAA. Partir de experiencias parciales que puedan ser asumidas por todos y aplicadas al conjunto del sistema, desarrollando así soluciones eficientes.

Esperamos que el resultado de este esfuerzo colectivo al servicio de la mejora de la calidad asistencial de los pacientes sea útil al sistema, que es el objetivo que ha estado presente en todo momento.

Jesús Sanz
Presidente de ANDE

6.2 REFERENCIAS

- ¹ www.informebernatsoria-abbott.com
- ² Brown, T., & Wyatt, J. (2010). Design Thinking for Social Innovation. *Stanford Social Innovation Review*, Winter, 30-35.
- ³ Bell, S. J. (2008). Design Thinking [PDF]. *American Libraries*, January/ February, 45-49.
- ⁴ Design Management Institute. Study: Good design is good for business. Fast Company.
- ⁵ Brown, T. (2009). Change by design: How design thinking transforms organizations and inspires innovation [Book]. Harper Business: USA.
- ⁶ Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la situación mundial de las enfermedades no transmisibles 2010 [Internet]. OMS; 2011. Disponible en: http://www.who.int/nmh/publications/ncd_report2010/es/
- ⁷ A Narrative for Person-Centred Coordinated Care [@NVTweeting](http://www.nationalvoices.org.uk) [@TLAP1](http://www.thinklocalactpersonal.org.uk) NHS England Publication Gateway Reference Number: 00076
- ⁸ Nuño R, Sauto R, Toro N. Experiencias de integración asistencial en el Sistema Nacional de Salud de España. *Int J Integr Care*. 2012 Apr-Jun; 12(Suppl2):e35. Disponible en: <http://www.ijic.org/index.php/ijic/article/view/881/1598>
- ⁹ Observatorio de Prácticas Innovadoras en el Manejo de Enfermedades Crónicas Complejas (OPIMEC) [Internet]. Andalucía: Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales. Disponible en: www.opimec.org
- ¹⁰ ATENCIÓN A PACIENTES CRÓNICOS CON NECESIDADES DE SALUD COMPLEJAS ESTRATEGIA DE IMPLANTACION. Gerencia del Servicio Andaluz de Salud, 2016 Edición: Escuela Andaluza de Salud Pública
- ¹¹ <http://www.bvsspa.es/profesionales/revistas-y-libros/recursos/pai-consejeria>
- ¹² Ollero Baturone M, Orozco Beltrán D, Domingo Rico C, Romás Sánchez P, López Soto A, Melguizo Jiménez M, et al. Documento de consenso Atención al Paciente con Enfermedades Crónicas. Madrid: Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI), Barcelona: Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria (semFYC); 2011. Disponible en: http://www.opimec.org/media/files/Enfermedades_Cronicas_V02.pdf
- ¹³ Consejería de Salud de la Junta de Andalucía. Plan Andaluz de Atención Integrada a Pacientes con Enfermedades Crónicas 2012-2016 [Internet]. Andalucía: Consejería de Salud de la Junta de Andalucía; 2012. Disponible en: http://opimec.org/media/files/Plan_Andaluz_Enfermedades_Cronicas_2012-2016_V03.pdf
- ¹⁴ <http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/contenidos/publicaciones/datos/247/html/ANEXOVIII.pdf>
- ¹⁵ https://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/hrs3/index.php?id=comision_cuidados_area
- ¹⁶ https://www.researchgate.net/publication/311651831_EL_informe_de_continuidad_de_cuidados_como_herramienta_de_comunicacion_entre_atencion_hospitalaria_y_atencion_primaria
- ¹⁷ https://www.asturias.es/Astursalud/Ficheros/AS_Salud%20Publica/Estrategias/Estrategia%20Cronicidad/P.E.%2014.%20Continuidad%20asistencial%20en%20pacientes%20crónicos%20complejos.pdf
- ¹⁸ https://www.asturias.es/Astursalud/Ficheros/AS_SESPA/Memorias/9-Protocolo_alta.pdf
- ¹⁹ http://www.hca.es/huca/web/enfermeria/html/f_archivos/GESTION%20DE%20CUIDADOS/PROCESOS%20DE%20ATENCIÓN%20DE%20ENFERMERIA%20EN%20HOSPITALIZACION/CCAH/DOCUMENTOS%20DE%20APOYO/alta%20hospitalaria%20junio%202008.pdf
- ²⁰ [https://www.asturias.es/portal/site/astursalud/menuitem.ce3ed63ecc24012fb43cb4c68414ea0?vgnnextoid=526e8d6f7072a510VgnVCM10000098030a0aRCRD&vgnnextchannel=c396f522221110VgnVCM1000008614e40aRCRD&vgnnextfmt=formatArticuloEditor](https://www.asturias.es/portal/site/astursalud/menuitem.ce3ed63ecc24012fb43cb4c68414ea0?vgnextoid=526e8d6f7072a510VgnVCM10000098030a0aRCRD&vgnnextchannel=c396f522221110VgnVCM1000008614e40aRCRD&vgnnextfmt=formatArticuloEditor)
- ²¹ http://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/content/8a72d9e6-ed42-11dd-958f-c50709d677ea/Protocolo_SCCE.pdf
- ²² http://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/content/92138516-ed42-11dd-958f-c50709d677ea/Portocolo_SCCAD.pdf
- ²³ <http://www.gobcan.es/noticias/historico/Sanidad/48197/total-15-especialidades-disponen-especialista-consultor-presencial-8-forma-virtual>
- ²⁴ <http://www.saludcantabria.es/uploads/pdf/consejeria/PlandeCronicidadBaja.pdf>
- ²⁵ Consejería de Sanidad de la Junta de Castilla y León. Estrategia de Atención al Paciente Crónico en Castilla y León [Internet]. Castilla y León: Consejería de Sanidad; 2013. Disponible en: <http://www.saludcastillayleon.es/institucion/es/planes-estrategias/estrategia-atencion-paciente-cronico-castilla-leon>
- ²⁶ <http://www.saludcastillayleon.es/profesionales/es/coordinacion-sociosanitaria/sistema-informacion-gass>
- ²⁷ <http://www.revespcardiol.org/es/ensayo-clinico-aleatorizado-evaluar-efectividad/articulo/13135064/>
- ²⁸ Departamento de Salud de la Generalitat de Catalunya. El sistema de salud de Catalunya en procés de canvi. Balanç del Pla de salut 2011 – 2015 a meitat de període [Internet]. Barcelona: Departamentode Salut de la Generalitat de Catalunya; 2013. Disponible en: http://www20.gencat.cat/docs/salut/Home/El%20Departament/Pla_de_salut/3a_jornada_Pla_de_Salut/Documents/balanc_pladesalut_2013.pdf
- ²⁹ <http://omis.newhealthfoundation.org/unidad-funcional-de-cronicos/>
- ³⁰ http://icic16barcelona.s3.amazonaws.com/Day_2_Day2_4_2_Barbeta_Concepcio_266.pdf
- ³¹ http://aquas.gencat.cat/es/detall/article/avaluacio_9models_collaboratiu_2015

- ³² <http://www.newhealthfoundation.org/web/wp-content/uploads/2015/12/iva-sabadell-final.pdf>
- ³³ <https://comsalut.wordpress.com>
- ³⁴ <http://blog.aquas.cat/2015/11/19/comsalut-comunidad-y-salud-atencion-primaria-y-comunitaria/?lang=es>
- ³⁵ <http://www.casap.cat/wp-content/uploads/2015/01/Guia-intervencions-Infermeria-Infants-CASAP-2014-esp-def.pdf>
- ³⁶ Implantación de un programa de polimedicados en el marco de la Estrategia Gallega de Atención Integral a la Cronicidad. Silvia Reboredo-García*, Carolina González-Criado Mateo y Carmen Casal-Llorente 0212-6567 © 2014 Elsevier España, S.L. Correo electrónico: silvia.reboredo.garcia@sergas.es
- ³⁷ http://www.sergas.es/Docs/Conselleria/Estrategia_Sergas_2014.pdf
- ³⁸ <http://www.sergas.es/Hospital-2050—Innova-Saude/Documents/66/Hogar%20digital.%20Accesibilidad%20a%20Servicios%20Sanitarios.pdf>
- ³⁹ <http://www.sergas.es/Hospital-2050—Innova-Saude/IS-HCEPRO?idioma=es>
- ⁴⁰ Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid. Estrategia de Atención a Pacientes con Enfermedades Crónicas en la Comunidad de Madrid [Internet]. Madrid: Consejería de Sanidad; 2013. Disponible en: <http://www.madrid.org/cs/Satellite?blobcol=urldata&blobheader=application%2Fpdf&blobheadername1=Content-disposition&blobheadername2=cadena&blobheadervalue1=filename%3D140326+PRESENTACI%C3%93N+ESTRATEGIA+CR%C3%93NICOS.pdf&blobheadervalue2=language%3Des%26site%3DPMAY&blobkey=id&blobtable=Mungoblobwhere=1352847372204&ssbinary=true>
- ⁴¹ http://www.madrid.org/cs/Satellite?pagename=HospitalJoseGermain%2FPage%2FHGER_pintarContenidoFinal&language=es&cid=1152602564324
- ⁴² <http://omis.newhealthfoundation.org/integracion-sociosanitaria-los-hospitales-publicos-quironsalud-los-centros-sociosanitarios-madrid/>
- ⁴³ <http://www.madrid.org/cs/Satellite?blobcol=urldata&blobheader=application%2Fpdf&blobheadername1=Content-disposition&blobheadername2=cadena&blobheadervalue1=filename%3DPlan+de+Gesti%C3%B3n+2015-2018.pdf&blobheadervalue2=language%3Des%26site%3DHospitalInfantaElena&blobkey=id&blobtable=Mungoblobs&blobwhere=1352905050059&ssbinary=true>
- ⁴⁴ <http://www.murciasalud.es/pagina.php?id=372807&idsec=1084>
- ⁴⁵ *Departamento de Salud del Gobierno de Navarra. Estrategia Navarra de atención integrada a pacientes crónicos y patológicos [Internet]. Comunidad Foral de Navarra: Departamento de Salud del Gobierno de Navarra; 2013. Disponible en: http://www.navarra.es/home_es/Temas/Portal+de+la+Salud/Ciudadania/Nuevo+modelo+asistencial/Estrategia+navarra+de+atencion+integrada+a+pacientes+cronicos+y+pluripatologicos/
- ⁴⁶ Aldasoro E, Sanz E, Bacigalupe A, Esnaola S, Calderón C, Cambra K et al. Avanzando en la evaluación del impacto en la salud: análisis de las políticas públicas sectoriales del Gobierno Vasco como paso previo a la fase de cribado sistemático. Gac Sanit [revista en la Internet]. 2012 Feb [citado 2014 Jun 01]; 26(1): 83-90. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112012000100016&lng=es.
- ⁴⁷ Departamento de Sanidad y Consumo del País Vasco. Estrategia para afrontar el reto de la cronicidad en Euskadi [Internet]. Bilbao: Departamento de Sanidad y Consumo del País Vasco; 2010. Disponible en: http://www.osakidetza.euskadi.net/r85-gkgnr100/es/contenidos/informacion/documentos_cronicos/es_cronic/adjuntos/EstrategiaCronicidad.pdf
- ⁴⁸ http://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/premios_osakidetza/es_osk/adjuntos/03/UCAOSIBidasoa.pdf
- ⁴⁹ Líneas estratégicas y planes de acción Oskaidetza. 2013-2016. <http://www.osakidetza.euskadi.net>
- ⁵⁰ Departamento de Sanidad y Consumo del País Vasco. Compartiendo el Avance de la Estrategia de Cronicidad. Evolución de los proyectos 2010–2012 [Internet]. País Vasco: Departamento de Sanidad y Consumo; 2012. Disponible en: http://www.osakidetza.euskadi.net/r85-cknoti03/es/contenidos/informacion/documentos_cronicos/es_cronic/adjuntos/CRONICIDAD_MARCADORES.pdf
- ⁵¹ Departamento de Sanidad y Consumo del País Vasco. País Vasco: transformando el Sistema de Salud 2009–2012 [Internet]. País Vasco: Departamento de Sanidad y Consumo; 2009. Disponible en: http://www.osakidetza.euskadi.net/r85-skprin01/es/contenidos/informacion/principios_programaticos/es_sanidad/adjuntos/transformando_sistema_salud.pdf
- ⁵² <http://www.siiis.net/valoracionsociosanitaria.pdf>
- ⁵³ http://www.euskadi.eus/plana_programa_proiektua/interrai-ca-interoperabilidad-de-los-sistemas-de-informacion-sociosanitarios-implantacion-y-despliegue-de-la-herramienta-en-euskadi/web01-a2zesosa/es/
- ⁵⁴ <http://www.euskadi.eus/teleasistencia-servicio-dependientes/web01-a2gizar/es/>

- ⁵⁵ http://www.euskadi.eus/gobierno-vasco/-/contenidos/documentacion/doc_sosa_c18_b20_guia_2017_es/es_def/index.shtml
- ⁵⁶ http://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/material_enfermeria_2011/eu_enfer/adjuntos/08/R137.pdf
- ⁵⁷ http://www.euskadi.eus/gobierno-vasco/contenidos/informacion/oadb_serv_medicos/es_oadb/medicina_interna.html
- ⁵⁸ https://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/publicaciones_informes_estudio/es_pub/adjuntos/l_e_sociosanitarias_es.pdf
- ⁵⁹ http://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/premios_osakidetza/eu_osk/adjuntos/04/307.pdf
- ⁶⁰ <http://omis.newhealthfoundation.org/coordinacion-sociosanitaria-en-la-atencion-al-dano-cerebral-sobrevenido/>
- ⁶¹ http://www.cortsvalencianes.es/pressupostos/T2/EUR/FP4_10_41228.pdf
- ⁶² <https://www.grupocasaverde.com/wp-content/uploads/2016/10/manual-integral-del-dano-cerebral-adquirido.pdf>
- ⁶³ <https://www.fesemi.org/sites/default/files/documentos/ponencias/vii-reunion-pppyea/11.pdf>
- ⁶⁴ Consejería de Sanidad de la Generalitat Valenciana. Plan de atención a pacientes con enfermedades crónicas de la Comunidad Valenciana [Internet]. Valencia: Consejería de Sanidad; 2012. Disponible en: <http://iv.congresocronicos.org/documentos/plan-de-atencion-pacientes-cronicos-valencia.pdf>
- ⁶⁵ Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad del Gobierno de España. Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad en el Sistema Nacional de Salud [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2012. Disponible en: http://www.asturias.es/Astursalud/Ficheros/AS_Salud%20Publica/AS_Promocion%20de%20la%20Salud/Participaci%C3%B3n%20Ciudadana/III%20Jornadas%20de%20Participaci%C3%B3n%20Ciudadana%20y%20Actividades%20Comunitarias/ESTRATEGIA_ABORDAJE_CRONICIDAD.pdf
- ⁶⁶ Comisión para Reducir las Desigualdades Sociales en Salud en España. Avanzando hacia la equidad. Propuesta de Políticas e Intervenciones para reducir las desigualdades sociales en salud en España [Internet]. Madrid: Propuesta_Políticas_Reducir_Desigualdades.pdf
- ⁶⁷ LA CONTINUIDAD ASISTENCIAL ENTRE NIVELES PERCIBIDA POR USUARIOS DEL SISTEMA DE SALUD EN CATALUÑA . Marta Beatriz Aller Hernández (1,2), Ingrid Vargas Lorenzo (1) Ma Luisa Vázquez Navarrete (1). Rev Esp Salud Pública 2010; 84: 371-387
- ⁶⁸ CONTINUIDAD DE CUIDADOS ENTRE ATENCIÓN ESPECIALIZADA Y ATENCIÓN PRIMARIA. DOLORES DE PAZ NICOLÁS GALDEANO. Junta de Andalucía, Consejería de Salud.
- ⁶⁹ What Do We Know About Patients' Perceptions of Continuity of Care? Sina Waibel; Diana Henao; Marta-Beatriz Aller; Ingrid Vargas; María-Luisa Vázquez Int J Qual Health Care. 201
- ⁷⁰ Parker G, Corden A, Heaton J. Synthesis and conceptual analysis of the SDO Programme's research on continuity of care. Southampton: National Institute for Health Research Service Delivery Organisation programme; 2010
- ⁷¹ Freeman GK, Woloshynowych M, Baker R, Boulton M, Guthrie B, Car J, et al. Continuity of care 2006: what have we learned since 2002 and what are policy imperatives now? London: National Coordinating Center for NHS Service Delivery and Organization R&D (NCCSDO); 2007
- ⁷² Reid R, Haggerty J, McKendry R. Defusing the confusion: concepts and measures of continuity of healthcare. Ottawa: Canadian Health Services Research Foundation; 2002
- ⁷³ What Do We Know About Patients' Perceptions of Continuity of Care? Sina Waibel; Diana Henao; Marta-Beatriz Aller; Ingrid Vargas; María-Luisa Vázquez Int J Qual Health Care. 201

6.3 BIBLIOGRAFÍA

Parker G, Corden A, Heaton J. Synthesis and conceptual analysis of the SDO Programme's research on continuity of care. Southampton: National Institute for Health Research Service Delivery Organisation programme; 2010.

Freeman GK, Woloshynowych M, Baker R, Boulton M, Guthrie B, Car J, et al. Continuity of care 2006: what have we learned since 2002 and what are policy imperatives now? London: National Coordinating Center for NHS Service Delivery and Organisation R & D (NCCSDO); 2007.

Reid R, Haggerty J, McKendry R. Defusing the confusion: concepts and measures of continuity of healthcare. Ottawa: Canadian Health Services Research Foundation; 2002.

What Do We Know About Patients' Perceptions of Continuity of Care? Sina Waibel; Diana Henao; Marta-Beatriz Aller; Ingrid Vargas; María-Luisa Vázquez Int J Qual Health Care. 201.

Continuity of care and the patient experience. George Freeman Jane Hughes. The King's Fund.

Promoting Continuity of Care in General Practice. Alison P Hill MB BS MSc FRCGP | George K Freeman MD FRCGP RCGP POLICY PAPER. Published by The Royal College of General Practitioners | March 2011.

'Continuity of care': a critical interpretive synthesis of how the concept was elaborated by a national research programme. International Journal of Integrated Care – Volume 12, 13 April – URN:NBN:NL:UI:10-1-112877 / ijic2012-12 – <http://www.ijic.org/> Janet Heaton, PhD, Anne Corden, BA, Gillian Parker, PhD.

Continuity, but at what cost? The impact of telemonitoring COPD on continuities of care: a qualitative study. Peter Fairbrother, Hilary Pinnock, Janet Hanley, Lucy McCloughan, Aziz Sheikh, Claudia Pagliaria, Brian McKinstyria on behalf of the TELESCOT programme team Prim Care Respir J 2012; 21(3): 322-328.

Synthesis and conceptual analysis of the SDO Programme's research on continuity of care. Report for the National Institute for Health Research Service Delivery and Organisation programme Gillian Parker, Anne Corden and Janet Heaton. SDO Project (08/1813/248).

Experienced Continuity of Care When Patients See Multiple Clinicians: A Qualitative Metasummary Jeannie L. Haggerty, PhD, Danièle Roberge, PhD, George K. Freeman, MD, Christine Beaulieu. ANNALS OF FAMILY MEDICINE; WWW.ANNFAMMED.ORG; VOL. 11, NO. 3; MAY/JUNE 2013 262.

Continuity of Care: Is the Personal Doctor Still Important? A Survey of General Practitioners and Family Physicians in England and Wales, the United States, and the Netherlands Tim Stokes, PhD, MPH, MBChB1 Carolyn Tarrant, BSc, Arch G. Mainous III, PhD Henk Schers, MSc, MD, George Freeman, MD Richard Baker, MD. ANNALS OF FAMILY MEDICINE; WWW.ANNFAMMED.ORG; VOL. 3, NO. 4; JULY/AUGUST 2005.

Continuity of care: what matters to women when they are referred from primary to secondary care during labour? a qualitative interview study in the Netherlands Ank de Jonge¹†, Rosan Stuijt¹†, Iva Eijke¹† and Marjan J Westerman. de Jonge et al. BMC Pregnancy and Childbirth 2014, 14:103 <http://www.biomedcentral.com/1471-2393/14/103>.

Schang, L., Waibel, S., & Thomson, S. (2013). Measuring care coordination: health system and patient perspectives. Report prepared for the Main Association of Austrian Social Security Institutions. London: LSE Health.

Approaches for improving continuity of care in medication management: a systematic review ANNE SPINEWINE, CORALINE CLAEYS, VEERLE FOULON AND PIERRE CHEVALIER. International Journal for Quality in Health Care 2013; pp. 1–15.

Dionne S. Kringos, Wienke Boerma, Jouke van der Zee and Peter Groenewegen Europe's Strong Primary Care Systems Are Linked To Better Population Health. But Also To Higher Health Spending Health Affairs 32, no.4 (2013):686-694 doi: 10.1377/hlthaff.2012.1242.

The strength of primary care in Europe: an international comparative study. Dionne Kringos, Wienke Boerma, Yann Bourgueil, Thomas Cartier, Toni Dedeu, Toralf Hasvold, Allen Hutchinson, Margus Lember, Marek Oleszczyk, Danica Rotar Pavlic, Igor Svab, Paolo Tedeschi, Stefan Wilm, Andrew Wilson, Adam Windak, Jouke Van der Zee and Peter Groenewegen. Br J Gen Pract 2013; DOI: 10.3399/bjgp13X674422.

Better management of patients with multimorbidity Article in BMJ (online) · May 2013. Martin Roland and Charlotte Paddison Cambridge Institute of Public Health, University of Cambridge.

Patients' assessments of the continuity of primary care in Finland: a 15-year follow-up questionnaire survey. Risto Raivio, Doris Holmberg-Marttila and Kari J Mattila Br J Gen Pract 2014; DOI: 10.3399/bjgp14X68184.

Assessment of Continuity of Care among Patients with Multiple Chronic Conditions in Italy Francesco Napolitano, Paola Napolitano, Luca Garofalo, Marianna Recupito, Italo F. Angelillo. PLoS ONE 11(5): e0154940. doi:10.1371/journal.pone.0154940.

How unique is continuity of care? A review of continuity and related concepts. Annemarie A Uijena,*, Henk J Schers, Franxcois G Schellevis,b,c and Wil J H M van den Boscha. Family Practice 2012; 29:264–271 doi:10.1093/fampra/cm104.

General Practice and Primary Health Care in Denmark. Kjeld Møller Pedersen, MBA, John Sahl Andersen, PhD, and Jens Søndergaard, PhD JABFM March–April 2012 Vol. 25 Supplement

LA CONTINUIDAD ASISTENCIAL ENTRE NIVELES PERCIBIDA POR USUARIOS DEL SISTEMA DE SALUD EN CATALUÑA . Marta Beatriz Aller Hernández (1,2), Ingrid Vargas Lorenzo (1) Ma Luisa Vázquez Navarrete (1). Rev Esp Salud Pública 2010; 84: 371-387.

CONTINUIDAD DE CUIDADOS ENTRE ATENCIÓN ESPECIALIZADA Y ATENCIÓN PRIMARIA. DOLORES DE PAZ NICOLÁS GALDEANO .Junta de Andalucía, Consejería de Salud.

El sistema de atención a la salud en Cataluña: evolución y orientaciones estratégicas desde la perspectiva del Servicio Catalán de la Salud © Generalitat de Catalunya Departamento de Salud Edición: Servicio Catalán de la Salud 1a edición: Barcelona, abril de 2010.

País Vasco: transformando el Sistema de Salud 2009–2012. estrategia para afrontar el reto de la cronicidad en Euskadi. Administración de la Comunidad Autónoma del País Vasco Departamento de Sanidad y Consumo de Sanidad y Consumo Internet: www.Euskadi.net.

Oliver-Baxter J, Bywood P, Brown L. (2013). Integrated care: What policies support and influence integration in health care across New Zealand, England, Canada and the United States? PHCRIS Policy Issue Review. Adelaide: Primary Health Care Research & Information Service.

A short report on integrated care initiatives in selected New Zealand Health Networks John Baird & Peter Smith Nov. 2011.

What should governance for integrated care look like? New Zealand's alliances provide some pointers Multidisciplinary leadership teams and flexible approaches are helping streamline New Zealand's health care system. Robin Gauld MA,1 PhD doi: 10.5694/mja14.00658 MJA 201 (3) · 4 August 2014.

La prescripción farmacéutica en atención primaria. Informe SESPAS 2012 Gabriel Sanfélix-Gimenoa,*, Salvador Peiró,a,b y Ricard Meneub 0213-9111/\$ –© 2011 SESPAS. Publicado por Elsevier España, S.L. doi:10.1016/j.gaceta.2011.09.015.

Reorienting the New Zealand health care system to meet the challenge of long-term conditions in a fiscally constrained environment. Nicholas Mays Revised version of a paper prepared for New Zealand Treasury Long-term Fiscal External Panel, November 2012, and Chair of Public Finance, Victoria University of Wellington and New Zealand Treasury conference, Affording our Future, Wellington, 10-11 December 2012.

Improving cooperation for better chronic care. Chris Ham HSMC University of Birmingham
ATENCIÓN A PACIENTES CRÓNICOS CON NECESIDADES DE SALUD COMPLEJAS ESTRATEGIA DE IMPLANTACION. Gerencia del Servicio Andaluz de Salud, 2016 Edición: Escuela Andaluza de Salud Pública.

SYSTEMS, NOT STRUCTURES: CHANGING HEALTH & SOCIAL CARE. Expert Panel Report NORTH IRELAND 2014. Professor Rafael Bengoa (Chair), Dr Alan Stout, Bronagh Scott, Mairead McAlinden, Mr Mark A Taylor.

TOOLS AND METHODOLOGIES TO ASSESS INTEGRATED CARE IN EUROPE Report by the Expert Group on Health Systems Performance Assessment. © European Union, 2017 Electronic version: ISBN 978-92-79-66678-0 doi:10.2875/69305 Catalogue number: EW-01-18-187-EN-N.

Bell, S. J. (2008). Design Thinking [PDF]. American Libraries, January/ February, 45-49.

Brown, T. (2008). Design thinking [PDF]. Harvard business review, 86(6), 84-92, 141.

Brown, T., & Wyatt, J. (2010). Design Thinking for Social Innovation. Stanford Social Innovation Review, Winter, 30-35.

Brown, T. (2009). Change by design: How design thinking transforms organizations and inspires innovation [Book]. Harper Business: USA.

Design Management Institute. Study: Good design is good for business. Fast Company.

Grainer, M., Noble, C., Bitner, M.J., Broetzmann, E. (2014). What unhappy customers want, MIT Review, Spring.

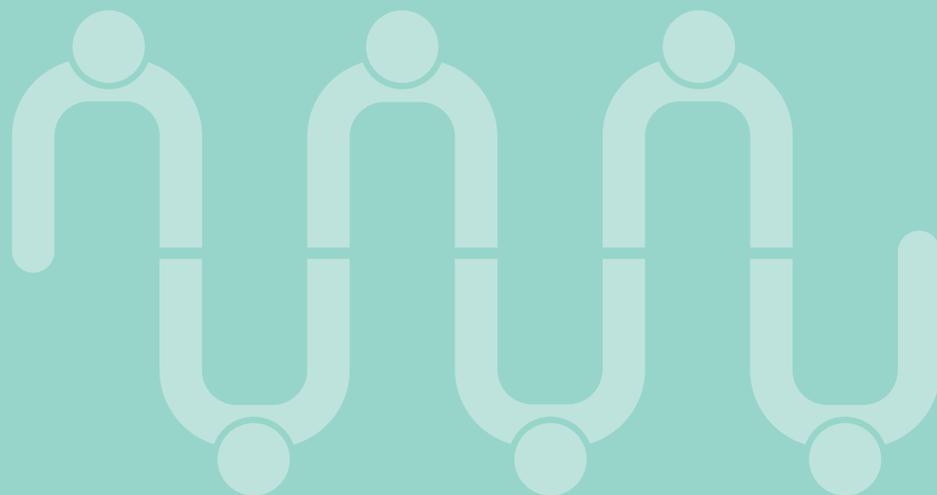
Lockwood, T. (ed.) (2009). Design thinking: Integrating innovation, customer experience and brand value [Book]. Allworth Press: USA.

Martin, R. (2009). The design of business: Why design is the next competitive advantage [Book]. Harvard Business School Press.

6.4 GLOSARIO

ACG	Adjusted Clinical Groups
AH	Atención Hospitalaria
AP	Atención Primaria
AMI	Infarto Agudo de Miocardio
CA	Continuidad Asistencial
CCAA	Comunidades Autónomas
CCM	Chronic Care Model (modelos conceptuales)
CIE	Códigos Diagnósticos.
CMBD	Conjunto Mínimo Básico de Datos.
CVRS	Calidad de Vida Relacionada con la Salud
DM	Diabetes Mellitus
EDC	Agrupaciones Diagnósticas Ampliadas
EPA	Enfermeras de Práctica Avanzada.
EPOC	Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica
HC	Historia Clínica
HCE	Historia Clínica Electrónica
HMD	Health Maintenance Organization
IC	Insuficiencia Cardíaca
IEMAC	Instrumento de Evaluación de Modelos de Atención ante la Cronicidad
IEXPAC	Instrumento de Evaluación de la Experiencia del Paciente Crónico
INGESA	Instituto Nacional de Gestión Sanitaria
MSSSI	Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad
OSI	Organización Sanitaria Integrada
PAP	Plan de Actuación Personalizado
PAUI	Proceso de Atención Urgente Integrada
PECVEC	Perfil de Vida para Enfermos Crónicos
semFyC	Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria
SEMI	Sociedad Española de Medicina Interna
SM	Salud Mental
UGC	Unidades de Gestión Clínica
ZBS	Zona Básica de Salud





ES/ABV/0617/0892 (Junio2017)

Organizado por:



Con la colaboración de:



Con el aval de:



Patrocinado por:

