



RESUMEN EJECUTIVO PROYECTO AMPHOS:

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



INDICE

5 ➤ INTRODUCCIÓN

6 ➤ LA CONTINUIDAD ASISTENCIAL:
ANÁLISIS DE SITUACIÓN

8 ➤ OBJETIVOS

9 ➤ METODOLOGÍA
- ENCUESTAS

13 ➤ RESULTADOS DE LAS ENCUESTAS

17 ➤ TALLERES
- OBJETIVOS PRIORIZADOS
- NECESIDADES

19 ➤ SOLUCIONES PLANTEADAS
- SOLUCIONES DE ÁMBITO ESTRUCTURALES
- SOLUCIONES OPERATIVAS
- SOLUCIONES TECNOLÓGICAS

INTRODUCCIÓN

La mejora de la calidad asistencial prestada al paciente, mediante el apoyo a la gestión integral y eficiente de la salud, es el objetivo que impulsó a AbbVie a crear el proyecto Amphos. Este proyecto, que comenzó a ejecutarse en 2012, es parte de un programa plurianual de Análisis para la Mejora de los Procesos Hospitalarios, cuyo fin es fomentar el valor del hospital y favorecer una gestión eficiente en el ámbito hospitalario.

En esta edición 2016/2017 el proyecto AMPHOS se propone dar un paso más, abordando un tema de enorme actualidad: la continuidad asistencial (CA) con un claro principio: que ello se acometa partiendo de la percepción y expectativa del paciente, considerando que es él mismo y sus familiares y cuidadores, los que deben tener la palabra para definir cómo quieren que se organice la asistencia sanitaria que reciben a lo largo de su vida.

La CA se ha asociado en diferentes estudios a la mejora de calidad asistencial e incluso a mejores resultados en salud, pero además, se asocia a una mayor satisfacción de los usuarios, mejor calidad de vida percibida y mayor utilización de los servicios preventivos.

Es preciso tener en cuenta que desde los años 70 se ha mantenido el modelo estructural de nuestro Sistema de Salud, de forma que se ha establecido la atención primaria (AP) como “entrada al sistema”, ubicada alrededor de un hospital donde reside la atención hospitalaria (AH). En este largo periodo se han desarrollado muchos trabajos a nivel nacional e internacional que avanzan planteamientos y propuestas hacia la mejora de la CA, pero que no se han acompañado de estrategias reales y puestas en práctica en las que el paciente sea a la vez el centro y el punto de partida.

Deben destacarse dos grandes experiencias que han reformado el sistema sanitario desde la visión del paciente, la realizada en Reino Unido y en Nueva Zelanda. Han sido de gran utilidad y punto de apoyo y motivacional para el desarrollo de este proyecto.

LA CONTINUIDAD ASISTENCIAL: ANÁLISIS DE SITUACIÓN

La CA, se considera actualmente un elemento de especial relevancia y demanda por parte de los pacientes en su relación con el sistema asistencial para que sea capaz de dar respuesta satisfactoria a sus demandas y expectativas.

En este sentido la CA puede, resumidamente, asociarse entre otros elementos:

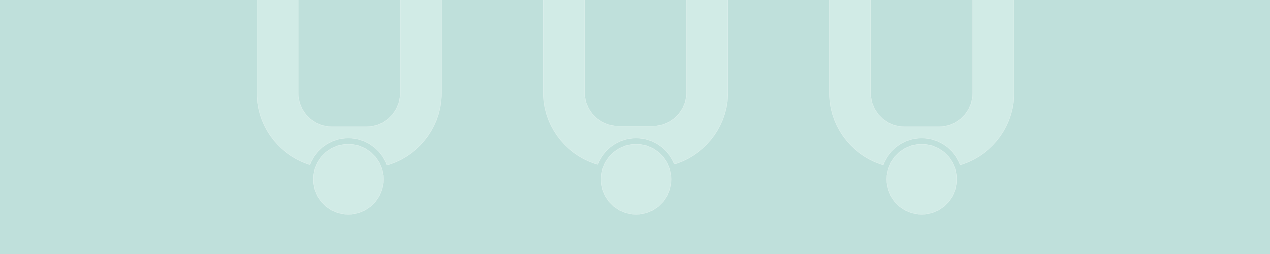
- A la consecución de una mayor satisfacción por parte del paciente
- A una percepción de mejor calidad de vida
- A una mayor y mejor adherencia a los tratamientos prescritos y dispensados
- A una mayor seguridad clínica en el conjunto de actuaciones asistenciales
- A una disminución de las hospitalizaciones
- A una atención más personalizada
- A una mayor utilización de los servicios preventivos

Para ayudar a la mejor comprensión y detalle de los componentes relacionado con la CA esta se ha analizado desde distintos ángulos o ámbitos generales y concretos. Los tres ámbitos de análisis han sido:

1. Continuidad de relación y comunicación, entre paciente y profesional, y entre profesionales de los diferentes niveles asistenciales
2. Continuidad asistencial desde el punto de vista de la organización, la gestión y los procesos
3. Continuidad asistencial desde el punto de vista del paciente crónico complejo. En este tipo de paciente convergen todos los aspectos que tienen que ver con la continuidad asistencial (comunicación, información, relación, organización, gestión, etc.)

En el estudio de investigación que se ha realizado en la primera fase de este proyecto, se ha puesto en evidencia la realidad de nuestro sistema sanitario. Una suma de 17 sistemas atomizados, dirigidos sobre todo a la atención aguda y con una atención muy parcelada, subdividida en especialidades y a veces





incluso en sub-especialidades, que está de hecho “obligando” al paciente a adaptarse en gran medida a lo planteado por el prestador del servicio y no al revés.

Hay que destacar que en distintas CCAA se han llevado a cabo iniciativas y proyectos aislados y parciales de mejora de la CA, que ponen de manifiesto el nivel de desarrollo tan diferente que existe entre ellas en este importante aspecto asistencial.

Es también destacable el desconocimiento que existe entre los directivos y personal asistencial de las iniciativas y proyectos puestos en marcha en cada una de las CCAA, así como de los resultados obtenidos tanto en términos de éxito (eficiencia, eficacia y efectividad) de dichas iniciativas que, en todo caso, representan una magnífica fuente de conocimiento.

Los estudios de CA que han sido analizados tanto en distintas CCAA como en otros países a los que se ha hecho referencia son en su mayoría cualitativos y no permiten obtener conclusiones del tamaño del problema, ni precisan, definen y localizan con precisión las barreras que existen para conseguir su mejora. Por ello, este proyecto AMPHOS, se ha orientado desde su inicio al análisis de la situación real desde la perspectiva del paciente y con unos objetivos definidos:

OBJETIVOS

1. Identificar y profundizar desde el punto de vista del paciente, aquellos aspectos, quejas o debilidades de nuestro sistema sanitario relacionadas con la continuidad asistencial
2. Identificar las líneas estratégicas en las que trabajar al objeto de obtener una mejor valoración de la “experiencia” del paciente como usuario del Sistema Nacional de Salud
3. Identificar las acciones que a corto, medio y largo plazo, y en el ámbito de la continuidad asistencial, podrían y deberían llevarse a cabo para garantizar la mejora asistencial real y su percepción por parte del paciente
4. Identificar a aquellos agentes potencialmente responsables por autoridad, competencia y capacidad que puedan regular, implementar, proponer y llevar a cabo las mejoras identificadas en su relación directa con el paciente

Teniendo como eje estos objetivos, se ha seguido un proceso escalonado de abajo a arriba en la estructura sanitaria que permitiera y facilitara llegar a la consecución de los mismos, como vamos a ver a continuación.



METODOLOGÍA

De nuevo en este proyecto se ha seguido la experiencia acumulada del proyecto AMPHOS y para ello se ha buscado el debate con gestores sanitarios expertos en las distintas áreas, tanto de gestión, como asistenciales, así como, directamente de los pacientes y siempre partiendo de una metodología participativa que aborda la realidad del problema en toda su extensión y siempre con dos claros planteamientos, una visión integral de abajo de arriba en la mayor extensión posible de la situación de partida y la posterior desagregación de sus componentes dirigida a la búsqueda de soluciones reales para los problemas detectados.

En todo el desarrollo del programa se ha procurado que los expertos asumieran ellos mismos, convertidos en pacientes, la búsqueda de las mejores y posibles soluciones.

Para profundizar en la realidad de la situación de la CA se han utilizado y elaborado un conjunto de encuestas, que han sido completadas por pacientes y responsables sanitarios tanto del área asistencial como de dirección y gestión. Dichas encuestas han contado en su proceso final de elaboración con la opinión y aportaciones de los expertos integrantes de los Comités de Lanzamiento y de Validación del proyecto que han orientado y seguido su desarrollo en sus distintas fases.

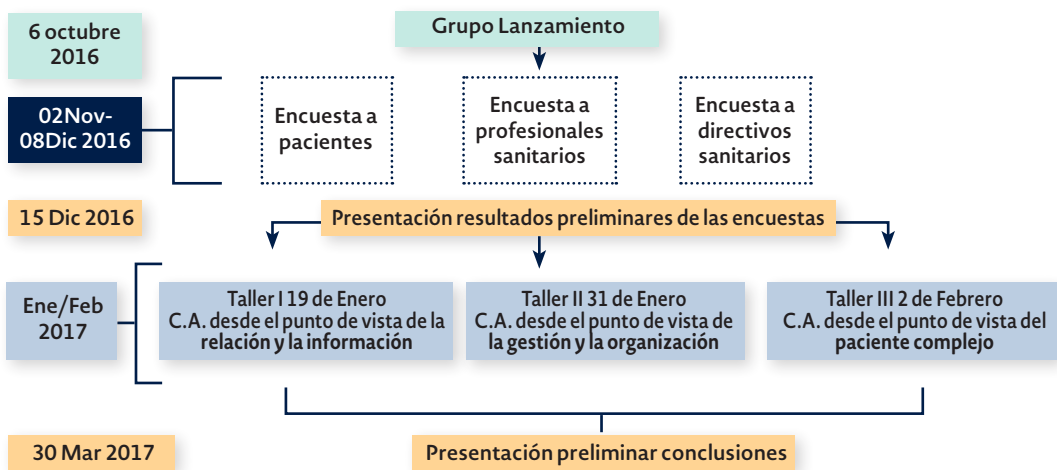
Grupos de trabajo: Todos los agentes implicados en la continuidad asistencial del paciente



La metodología de trabajo fue diseñada para identificar las deficiencias en los procesos de continuidad asistencial posicionando al paciente en el centro del sistema.

Inicialmente se necesitaba una visión y estudio en profundidad de la realidad de la CA en España. Para ello se utilizaron y elaboraron diferentes encuestas. Se dirigieron a pacientes y a responsables asistenciales y directivos de gestión del sistema.

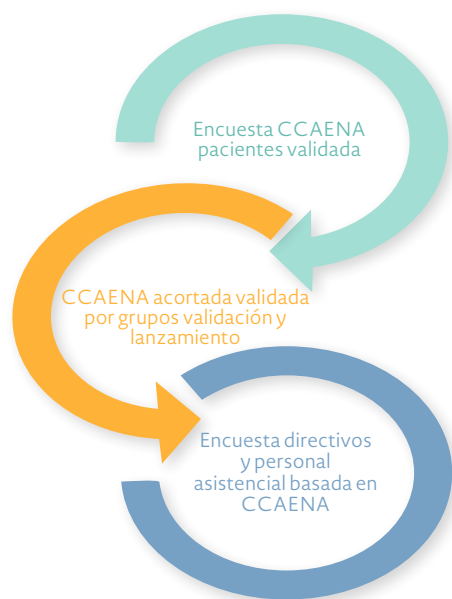
Y se diseñó un esquema de trabajo dividido en 5 grandes fases:



ENCUESTAS

En relación con los pacientes, se partió de la única encuesta validada sobre continuidad asistencial que existe en lengua castellana, el cuestionario CCAENA¹ que fue analizada y ajustada por los grupos de validación y lanzamiento para hacerla más comprensible para el paciente. Basándose en dicho cuestionario se elaboraron otros singularizados dirigidos a profesionales y directivos, con preguntas sobre los mismos ámbitos y conceptos también revisados por el Grupo de Validación y el de Lanzamiento.

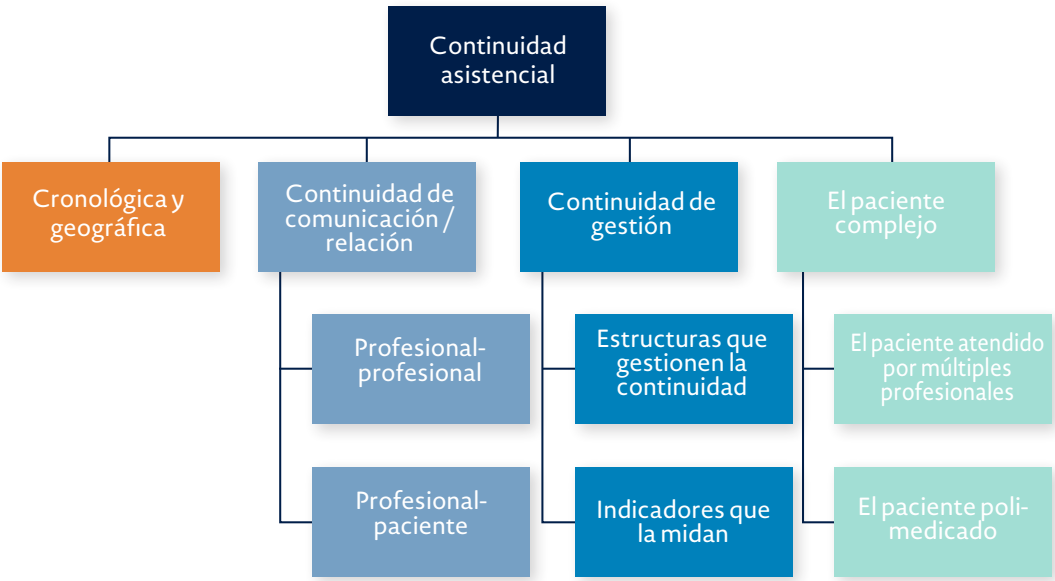
¹Aller MB, Coderch J, Sánchez-Pérez I, Ferran M, Llopart JR, Colomé L, Vargas I, Vázquez ML. Manual de uso del cuestionario CCAENA©. Barcelona. Consorci de Salut i Social de Catalunya; 2013. Disponible en: <http://www.consorci.org/publicacions/catalog-de-publicacions/instruments>



Los **objetivos** de las encuestas fueron:

1. Conocer la percepción del paciente sobre la continuidad asistencial
2. Enfrentar esa percepción a la que tienen los profesionales asistenciales y los directivos
3. Utilizar los datos comparados entre ambos puntos de vista como punto de partida para el análisis de la situación actual de la continuidad asistencial
4. Obtener puntos concretos de mejora aplicables a la práctica asistencial

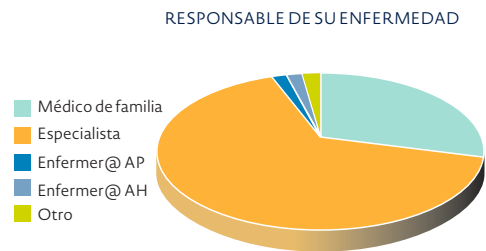
Las encuestas fueron realizadas a más de 700 pacientes, cerca de 400 profesionales asistenciales y más de 300 directivos. Se analizaron las aproximadamente 64.000 respuestas y se extrajeron las conclusiones que sirvieron de punto de partida para el trabajo en los talleres diseñados.



RESULTADOS DE LAS ENCUESTAS

Las principales conclusiones extraídas de las encuestas realizadas a pacientes, personal asistencial y directivos del sistema sanitario, han sido las siguientes:

1. Si no se identifica una **figura de referencia** es difícil construir relaciones y generar adherencia. El primer punto crítico de la CA es la identificación de una figura de referencia en el sistema: la mayor parte de los pacientes identifican al especialista del hospital como figura de referencia. 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 enfermera, 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. 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 de hospital.
3. En cuanto a los **procesos asistenciales integrados**, la encuesta de pacientes recoge preguntas que hacen referencia a ellos de forma indirecta, como el envío al médico de familia tras pasar por hospitalizada (ya sea consultas externas, ingreso o urgencias), la elaboración de la primera receta desde hospitalizada en casos en que hay que asegurar el comienzo inmediato del tratamiento, etc. 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. Y por supuesto todo ello es percibido por el paciente, que responde dando una valoración de su satisfacción con respecto a la coordinación asistencial entre niveles, realmente baja.

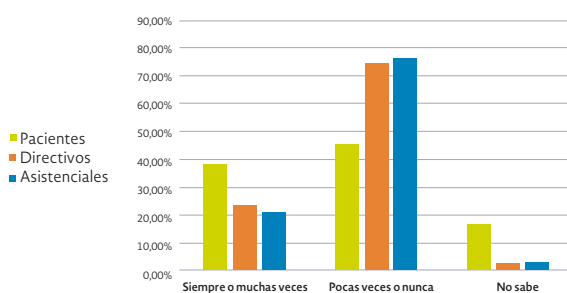
4. El **traspaso de información entre niveles asistenciales**:

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. 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.

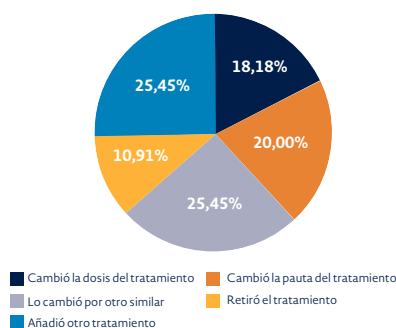
¿Se comunican AP y AH para hablar de sus pacientes comunes?



5. La **comunicación entre profesionales de distintos niveles**, que debe ser percibida desde la coherencia en los tratamientos prescritos y administrados por ambos niveles.

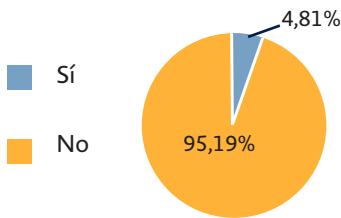
En este sentido, casi un 40% de los pacientes afirman que el médico de familia hizo cambios en el tratamiento prescrito por el especialista. De ellos, casi la mitad de los cambios suponían una modificación del tratamiento prescrito (dosis, pauta o retirada del tratamiento) y un 25% añadió algún medicamento más.

Cambios que hace AP del tratamiento prescrito por AH

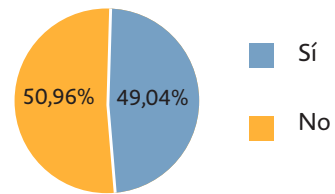


6. La **conciliación de la medicación** en las transiciones asistenciales evita errores en el tratamiento (50% se dan en las transiciones asistenciales) y efectos adversos de éstos, (12% de los pacientes los sufren en los 15 días siguientes al alta hospitalaria). En este sentido, tan solo el 50% de los profesionales y menos del 5% de los directivos afirman contar con procedimientos de conciliación de la medicación.

Directivos: ¿Existe en los centros que Ud. gestiona un procedimiento de la conciliación de la Medicación? (105/306)



P.Asistencial: ¿Existe en el centro que trabaja un procedimiento de conciliación de la Medicación? (363/397)



7. **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 quedan 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.
8. **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.
9. 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.

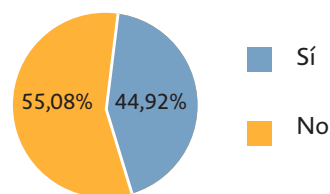
10. **Cambio de profesionales:** solo el 2-7% **de los cambios** de profesionales son **a petición de los pacientes**, tanto en AP como en AH. Más del 82% de los directivos no cuentan con indicadores o información periódica sobre estos cambios. El personal asistencial afirma que en AH los servicios clínicos no se organizan para que visite al paciente el mismo profesional. Más de la mitad de los pacientes afirman que el punto crítico para mejorar la asistencia sanitaria es poder mantener el mismo profesional asistencial.

11. **Frecuentación y uso de los servicios sanitarios:** en general existe una **alta frecuentación** en el uso de los servicios asistenciales. Cuando se les pregunta a los directivos y al personal asistencial “donde 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:** 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. 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.

Más de la mitad de los centros no cuentan con sistemas de identificación de pacientes pluri-patológicos ni de pacientes polimedicados. 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.

¿Existen en su centro protocolos específicos para la atención de pacientes pluripatológicos?



Los talleres se desarrollaron empleando dos metodologías: Focus Group, en la que se debatieron las principales conclusiones de las encuestas; y Think Creative, con la que a partir de la creación de un “cerebro colectivo”, se buscaron soluciones creativas y factibles a los problemas o carencias identificados a través de las encuestas.

OBJETIVOS PRIORIZADOS

Tras la demandada y necesaria identificación de los participantes, en la primera etapa del taller, con los sentimientos, creencias, emociones y expectativas del paciente, se procedió a continuación a la formulación de los objetivos que el paciente trata de alcanzar cuando contacta con el sistema sanitario. Se pusieron en común numerosos objetivos prioritarios para el paciente, que se considera no están actualmente bien resueltos, de los que se seleccionaron en los distintos talleres por votación de sus integrantes como prioritarios los siguientes:

1. Generar seguridad y confianza por parte de los profesionales
2. Prestar una atención individualizada
3. Potenciar la toma de decisiones compartida entre los profesionales y el paciente y sus cuidadores para encontrar la mejor solución
4. Coordinar la comunicación entre profesionales y con los pacientes: crear herramientas que la faciliten
5. Coordinar la atención del paciente pluripatológico
6. Transmitir al paciente un mensaje único
7. Añadir el plan de cuidados al plan terapéutico de cada paciente
8. Desarrollar e implantar procesos asistenciales integrados: rutas asistenciales, gestión por procesos, mapas de procesos
9. Crear el Consejo Asesor de Pacientes en las estructuras de decisión del sistema sanitario
10. Conciliar la medicación y crear sistemas de control para el paciente polimedcado
11. Estrategia proactiva para el paciente crónico complejo: Integrar los cuidados

NECESIDADES

Para la consecución de estos objetivos, a lo largo de todos los debates que conforman el proyecto se fueron detectando carencias y necesidades que no pueden ser calificadas como soluciones de valor en sí mismas, sino como medios necesarios y herramientas para conseguir los fines que se proponen. Estas necesidades son:

1. Definición de los requerimientos tecnológicos de soporte, y plan de priorización de los mismos orientado a la consecución de un sistema de información que permita integrar los procesos asistenciales
2. Disminución o eliminación, en su caso, de la burocratización que rodea todo el proceso asistencial, tanto para el paciente, como para el profesional, con especial referencia a los procesos de citas
3. Historia clínica única e interoperable o herramienta sustitutiva en los distintos ámbitos, incluido el socio-sanitario
4. Concluir el desarrollo del proceso de disponibilidad de la Receta electrónica interoperable, entre las distintas áreas asistenciales y territorios, incluyendo el ámbito sociosanitario
5. Adaptación del sistema de remuneración de los profesionales, de forma que la remuneración esté unida a la responsabilidad y al riesgo. Ámbitos y competencias



SOLUCIONES PLANTEADAS

Siguiendo este esquema de trabajo se profundizó en la búsqueda de soluciones concretas partiendo de la situación actual del sistema sanitario para cada uno de esos objetivos.

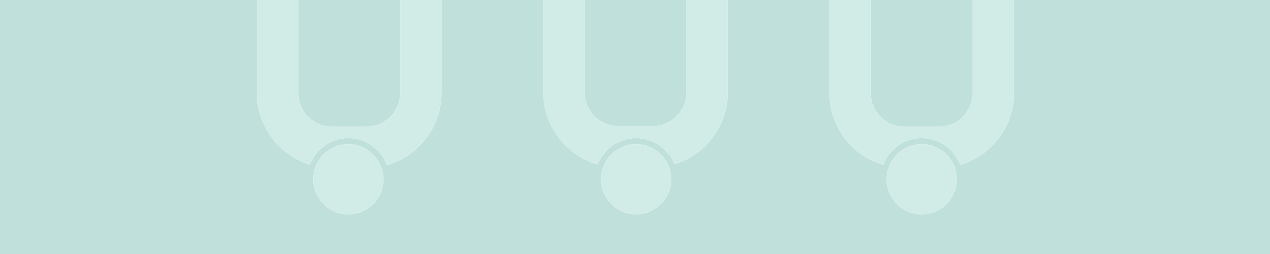
Las soluciones, aunque trataban de abordar cada uno de los objetivos priorizados en la etapa anterior, han sido agrupadas según el ámbito en el que pueden competencialmente decidirse e implementarse:

1. **Ámbito estructural:** hace referencia a aquellas soluciones que requerirían de cambios a nivel legislativo, normativo, o de funcionamiento de la estructura sanitaria
2. **Ámbito operacional:** son soluciones que significan cambios en el funcionamiento operativo de la atención sanitaria
3. **Ámbito tecnológico:** son aquellas soluciones que precisan la creación de algún tipo de plataforma, aplicación o medio tecnológico como medio para implementarlas

SOLUCIONES DE ÁMBITO ESTRUCTURALES

1. Diseño de un **plan estratégico orientado a la motivación de los profesionales** como elemento básico para poder ofrecer una atención más integrada, humanizada e individualizada al paciente. La integración 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:
 - 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.
 - Motivar y estimular a los profesionales; identificando y abordando las barreras existentes que los distancian de las innovaciones. 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. 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
 - 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
 - Un reparto equitativo de los recursos por parte de las AAPP responsables, en función de la carga real de trabajo de los distintos componentes y unidades del sistema
 - Una normativa clara y homogénea para selección y elección adecuada de mandos intermedios y de administración con formación adecuada en gestión
2. **La medición y publicación de resultados en salud** de los integrantes asistenciales del sistema en todos sus ámbitos, que sean accesibles a los pacientes. Impulsar y hacer efectiva la transparencia de los resultados.



- 
3. La **mejora en la definición y ordenación de las sub-especializaciones**, tratando de evitar duplicidades en las distintas CCAA.

 4. El 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. Este cambio cultural significa la transformación del modelo relacional entre profesionales y pacientes y del actual sistema de trabajo en niveles a un trabajo en red y el desarrollo previo de la gestión de casos y de cuidados .

 5. La constitución de un **Consejo Asesor de Pacientes** que se recoja mediante la normativa adecuada, con soporte jurídico y el debido reconocimiento y al menos con los siguientes objetivos:
 - Velar por los derechos de los pacientes
 - Implicar a los pacientes en el diseño de modelos organizativos
 - Modificar la presencia del ciudadano en la propia gestión de la enfermedad
 - Implicar a los pacientes en el fomento de los hábitos saludables, de la prevención de la enfermedad, el mantenimiento de la salud, fomentando y educando en el uso adecuado de los recursos

SOLUCIONES OPERATIVAS

1. Diseño y aplicación de **consultas de alta resolución**.
2. 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. Hacer ese decálogo aplicable y público e incorporado al conjunto de valores de la organización y a los manuales de acogida del nuevo personal. Dar a conocer este decálogo a la ciudadanía, y promover su cumplimiento en el proceso asistencial en todos los ámbitos.
3. 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, aunque puede tener otro nombre u otro perfil. Para conseguir su eficacia se considera imprescindible cambiar la cultura del personal asistencial para desarrollar este nuevo rol, formar y motivar al personal de enfermería implicado, definir objetivos y medir su cumplimiento.
4. Diseñar unos protocolos comunes entre la AP y AH para Implantar un proceso de **información al paciente estructurada** por parte de los distintos profesionales.
5. Creación de **foros o plataformas de trabajo en equipo multi-especialidad y multi-nivel**, que mantengan reuniones presenciales o virtuales con una periodicidad establecida y organizadas por patologías o por especialidades y que constaría de unas 10 personas. En el seno de dicho foro se elaborarían los circuitos, rutas y guías, consensuados por todos. También se evaluarían casos concretos de pacientes, se impartiría formación a los profesionales y se elaborarían protocolos normalizados de trabajo para que todos los profesionales supieran como actuar en cualquier situación. Organización de eventos sociales 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 y profundizar en una mayor cultura multidisciplinar e impulsar el necesario trabajo en equipo.



6. **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. Para ello se crearía un organismo responsable de cuidados que lidere el programa, un grupo de trabajo formado por metodólogos en cuidados que abarque los distintos ámbitos asistenciales, responsable de la creación de los diferentes programas de cuidados. Posteriormente se presentaría 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 y una app para los pacientes en donde pueda consultar los diferentes planes de cuidados generales, que su profesional de referencia adaptará después a su situación.
7. **Implantación real de la gestión por procesos asistenciales,** como máxima expresión para mejorar la percepción del paciente sobre la continuidad asistencial. Para conseguir que la gestión por procesos integrados se lleve a la práctica, se deben dar una serie de pasos en un orden determinado. Lo primero es 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 favoreciendo experiencias locales bottom-up para poder extenderlas después, definir el proceso y priorizarlos en base al análisis de la demanda, definir los indicadores y los métodos de evaluación e incorporar el proceso a la Historia Clínica de hospital y primaria.
8. Crear una **escuela de pacientes o área formal de participación ciudadana en el ámbito sanitario.** que se determine. El fin es conseguir un paciente integrado en las estructuras formales, como las comisiones de trabajo, para tomar decisiones junto con los demás profesionales.
9. 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 ya que siempre estará identificado como pluripatológico.

10. Creación de **Unidades de gestión del paciente pluripatológico**, pudiendo ser **física o virtual**. En dicha unidad como mínimo debería haber los siguientes perfiles profesionales:

- 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
- Las enfermeras de continuidad asistencial (ó de enlace) que coordinan la continuidad de cuidados
- El farmacéutico del hospital
- El geriatra de referencia para las residencias sociosanitarias
- Los médicos y enfermeras de AP responsables de la atención del PCC
- El farmacéutico de AP
- Además se unirían otros profesionales especialistas en función de las características de cada paciente. La plataforma virtual permitiría el registro de toda la historia y seguimiento del paciente

Todas estas figuras son las que deben quedar perfectamente recogidas en los circuitos bidireccionales que se pacten entre niveles para la atención a los PCC.



SOLUCIONES TECNOLÓGICAS

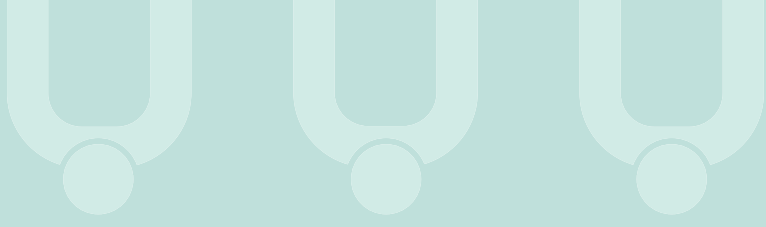
1. Creación de una estructura central o **“call center”** cercano e integral para la atención continuada a los pacientes. Conectado a los sistemas técnicos-asistenciales de información disponibles.
2. Desarrollo de una **“app”** o **sistema alternativo** que constituya un sistema **interactivo de comunicación bidireccional entre paciente y profesional**. Se asignará un profesional de referencia para cada paciente vinculado a este proceso, fundamentalmente personal de enfermería. A través de la app, los pacientes y sus cuidadores podrán hacer preguntas, consultar documentación sobre su patología y recibir avisos o comentarios de los profesionales que los tratan.
3. Mayor desarrollo y disponibilidad de recursos informáticos acompañados de la debida información y formación de profesionales y pacientes sobre el uso de los mismos y todo ello encaminado a una mayor confianza y fidelización del paciente en los profesionales lo que conllevaría a una mayor descongestión de las consultas presenciales.
4. **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. Para ellos será necesario contar con:
 - a. Terminales en cada unidad de gestión clínica o servicio
 - b. Un horario de atención concreto y conocido
 - c. Agenda específica con unos recursos propios tanto en AH como en AP
 - d. Correcto registro de la actividad e información en la HCE

5. **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 farmacovigilancia 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.

6. **Software de ayuda a la conciliación de la medicación.** 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 poli-medicados, 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.

7. **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, 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 y cuidados.







ES/ABV/0317/0357

Organizado por:

Con la colaboración de:

Patrocinado por:



CÁTEDRA
de Evaluación
de Resultados en Salud



Universidad
Rey Juan Carlos

WHM | WORLD HEALTH[®]
MANAGEMENT

abbvie