



análisis y mejora de procesos hospitalarios y de salud

RESUMEN EJECUTIVO PROYECTO AMPHOS:

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

EXPERIENCIAS Y CASOS DE ÉXITO EN CATALUÑA



3



APUESTA DE LA SOCIEDAD CATALANA DE
GESTIÓN SANITARIA POR LA CONTINUIDAD
ASISTENCIAL

5



¿QUÉ ES AMPHOS?

6



AMPHOS. CÓMO HACER EFECTIVA LA
CONTINUIDAD ASISTENCIAL MEJORANDO
LA EXPERIENCIA DEL PACIENTE

9



AMPHOS. CONTINUIDAD ASISTENCIAL EN
CATALUÑA

- TALLERES DE TRABAJO
- CONCLUSIONES DE LOS TALLERES Y PROPUESTAS DE MEJORA
- LAS PROPUESTAS DE MEJORA POR NIVELES DE GESTIÓN, A MODO DE RESUMEN
- EXPERIENCIAS DE ÉXITO EN CATALUÑA

37



PARTICIPANTES

41



PONENTES

APUESTA DE LA SOCIEDAD CATALANA DE GESTIÓN SANITARIA POR LA CONTINUIDAD ASISTENCIAL

¿Qué mejoras se pueden poner en marcha para perfeccionar la continuidad asistencial y la experiencia del paciente en el decurso de su atención? ¿Cuáles son los avances que se han hecho en el sistema sanitario de Cataluña en este trascendente ámbito? En 2018, un nutrido grupo multidisciplinar de directivos y profesionales del sistema sanitario de Cataluña se reunió en el marco de la Jornada AMPHOS “Cómo hacer efectiva la continuidad asistencial mejorando la experiencia del paciente”, fruto del proyecto impulsado por AbbVie y la Sociedad Española de Directivos de la Salud (SEDISA), para desarrollar un taller con el objetivo de analizar cuál está siendo la marcha de la continuidad asistencial en Cataluña y qué reformas pueden llevarse a cabo para mejorar la experiencia del paciente.

Los asistentes —profesionales de la salud y del ámbito social—, auspiciados por la Sociedad Catalana de Gestión Sanitaria, trabajaron en talleres con el fin de concretar posibles mejoras y avances en el ámbito catalán. Los grupos de trabajo se centraron en tres ejes: los modelos de gestión, la gestión clínica de la cronicidad, y las tecnologías de la información y la comunicación (TIC) en salud, todo ello referido a continuidad asistencial.

Posteriormente, tuvo lugar una jornada monográfica en la que no solo se concretaron las soluciones trabajadas con este grupo de expertos, sino que también se presentaron algunas experiencias interesantes en continuidad asistencial que se están desarrollando en Cataluña. Se trata de proyectos de éxito concretos ya implantados y que pueden servir de modelo para aquellas organizaciones que tienen como objetivo ofrecer un sistema de atención sanitaria y social coordinada e integrada, en el que el protagonista real sea el paciente.

La continuidad asistencial se asocia a una mayor satisfacción de los usuarios, una mejor calidad de vida percibida, una mayor utilización de los servicios preventivos y adherencia a los tratamientos, y una disminución del índice de hospitalizaciones.

Sin embargo, los rápidos avances tecnológicos, los cambios en la organización de los servicios de salud, y el aumento de las enfermedades crónicas complejas y el número de pacientes pluripatológicos hacen que los usuarios sean atendidos por un elevado número de proveedores en organizaciones, servicios y niveles distintos, lo que supone un reto y puede dificultar la coordinación de la atención.

El presente documento, pues, muestra las conclusiones del trabajo realizado fruto de este proceso participativo, interdisciplinar y “cocido a fuego lento” pero que pretende aportar soluciones, concretar líneas de trabajo y compartir conocimiento, objetivos que encajan precisamente con los fines de la propia Sociedad Catalana de Gestión Sa-



nitaria. Esta sociedad científica independiente, integrada en la Academia de Ciencias Médicas y de la Salud de Cataluña y Baleares, cuenta con más de 500 socios que trabajamos desde 2012 con el objetivo de compartir y generar conocimiento y opinión, investigar y profundizar en el profesionalismo de la gestión en las organizaciones y empresas de salud.

Nuestro compromiso, a través de este proyecto, es claro: no solo aportar conocimiento, sino ser capaces de ofrecer propuestas para la mejora de la práctica y los modelos de atención, con el fin de lograr un sistema sanitario centrado en la mirada del paciente, que garantice una continuidad asistencial, aporte valor añadido y siga siendo resolutivo, eficiente y sostenible.

Pere Vallibera

Presidente de la Sociedad Catalana de Gestión Sanitaria

“El compromiso de la Sociedad Catalana de Gestión Sanitaria es aportar conocimiento que permita ofrecer propuestas de mejora a favor de una atención centrada en el paciente.”



¿QUÉ ES AMPHOS?

Desde 2012, AbbVie y la Sociedad Española de Directivos de la Salud impulsan AMPHOS, un grupo de trabajo formado por directivos y profesionales sanitarios en el ámbito nacional, que, con la ayuda de una metodología específica, realiza de manera continua un análisis y propuestas de mejora de los procesos hospitalarios y de salud, con el objetivo de contribuir a la eficiencia del sistema y mejorar la calidad asistencial prestada al paciente.

AMPHOS aspira a contribuir de forma activa y responsable a la sostenibilidad de la sanidad española, con la convicción de que invertir en la optimización de los recursos, los procesos y la gestión genera un mayor rendimiento para el sector sanitario y para el paciente, como razón de ser del propio sistema.

A partir de un primer informe de recomendaciones con más de 70 propuestas, AMPHOS ha ido generando, en sus distintas ediciones, informes específicos en áreas como la gestión clínica, las alianzas estratégicas y la continuidad asistencial.



“Invertir en la optimización de los recursos, los procesos y la gestión genera un mayor rendimiento para el sector sanitario y para el paciente.”

AMPHOS. CÓMO HACER EFECTIVA LA CONTINUIDAD ASISTENCIAL MEJORANDO LA EXPERIENCIA DEL PACIENTE

En la quinta edición del proyecto AMPHOS, durante los años 2016 y 2017, se propuso abordar el tema de la continuidad asistencial (CA) partiendo de la percepción y expectativa del paciente y considerando que él mismo y sus familiares y cuidadores son los que deben tener la palabra para definir cómo quieren que se organice la atención sanitaria que reciben a lo largo de su vida.

OBJETIVOS DEL PROYECTO

1. Identificar y profundizar, desde el punto de vista del paciente, aquellos aspectos, quejas o debilidades de nuestro sistema sanitario relacionados con la continuidad asistencial.
2. Identificar las líneas estratégicas en las que trabajar con el 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.

METODOLOGÍA

Se partió de una metodología participativa que abordase la realidad del problema en toda su extensión y siempre con dos claros planteamientos: una visión integral de abajo 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.

Para profundizar en la realidad de la situación de la continuidad asistencial se realizaron 1276 encuestas a directivos sanitarios, profesionales sanitarios y pacientes.

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.



Posteriormente, se desarrollaron talleres de trabajo en los que se buscaron soluciones creativas y factibles a los problemas o carencias identificados a través de las encuestas.

Las soluciones fueron agrupadas según el ámbito al que correspondían:

1. **Ámbito estructural:** hace referencia a aquellas soluciones que requerirían cambios en el ámbito 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.

Cada una de estas soluciones aporta valor en una o más áreas diferentes de la continuidad asistencial. El informe “AMPHOS. Cómo hacer efectiva la continuidad asistencial mejorando la experiencia del paciente” tiene como fin facilitar la implantación de medidas de mejora en cualquier ámbito asistencial, desde una pequeña unidad clínica hasta toda una consejería de sanidad de una comunidad autónoma. Por ello, se expone en la siguiente tabla a qué ámbitos asistenciales aporta valor cada una de las soluciones planteadas:

Tipos de solución	Soluciones identificadas en los talleres	Ámbito de la CC. AA.
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	Gestión y organización
	8. Programa “Cuidando”	Gestión y organización
	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

Tipos de solución	Soluciones identificadas en los talleres	Ámbito de la CC. AA.
Soluciones tecnológicas	12. Estructuras de atención continuada para pacientes	Gestión y organización
	13. Interconsulta telefónica o electrónica	Gestión y organización
	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

Puede obtener la información completa del proyecto “AMPHOS. Cómo hacer efectiva la continuidad asistencial mejorando la experiencia del paciente”, así como de todas las ediciones anteriores, en el siguiente enlace perteneciente a la web de la Sociedad Española de Directivos Sanitarios:

<https://sedisa.net/formacion/informes-amphos/>.

“El paciente, su familia y sus cuidadores son los que deben tener la palabra para definir cómo quieren que se organice la atención sanitaria que reciben.”



AMPHOS. CONTINUIDAD ASISTENCIAL EN CATALUÑA

En el marco del proyecto “AMPHOS Cataluña sobre continuidad asistencial, mejorando la experiencia del paciente”, un nutrido grupo multidisciplinar de directivos y profesionales del sistema sanitario de Cataluña se reunió el 23 de enero de 2018 para analizar cuál está siendo la marcha de la continuidad asistencial en el territorio catalán y qué reformas pueden llevarse a cabo para mejorar la experiencia del paciente.

Tras una introducción del proyecto AMPHOS desarrollado a nivel nacional a lo largo de 2017, proyecto en el que participó Cataluña con una amplia representación de gestores, se trabajó con los asistentes en talleres con el objetivo de concretar posibles mejoras y avances en el ámbito catalán.

TALLERES DE TRABAJO

Los talleres se centraron en tres ejes: los modelos de gestión, la gestión clínica de la cronicidad, y las TIC y la cronicidad, todo ello referido a continuidad asistencial.

La cronicidad ha sido recientemente definida como el conjunto de problemas de salud crónicos y los efectos que producen sobre las personas que los padecen, su entorno, el sistema sanitario y el conjunto de la sociedad. Su abordaje constituye uno de los principales retos a los que tienen que dar respuesta los sistemas sanitarios y sociales en los próximos años.

En las últimas décadas, se ha puesto en evidencia la limitación de los modelos de asistencia “centrados en la enfermedad” (*disease management*). La evolución natural ha sido hacia modelos orientados a la cronicidad (*chronic care models*). Solo en los últimos años ha surgido el concepto de “atención a la persona con condiciones crónicas y necesidades de atención complejas” (*patient with chronic conditions and complex needs*). Los cuidados que precisan las personas en determinadas situaciones de complejidad exigen una respuesta que se articule de forma diferente a la utilizada hasta ahora. Difícilmente una sola organización o un solo grupo profesional, de un solo ámbito de conocimiento, puede dar una respuesta integral global y multidimensional e integrada (o al menos coordinada) a pacientes en situación de complejidad.

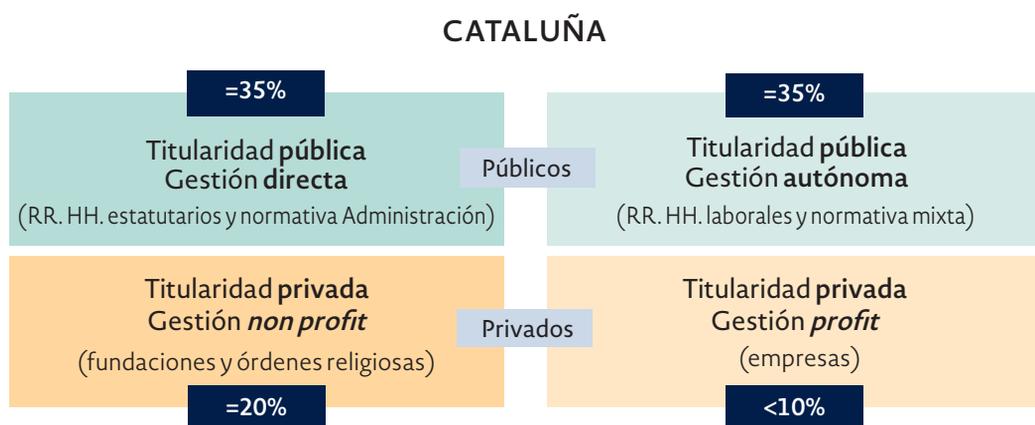
Continuidad asistencial en Cataluña: diferencias con el resto de España

A lo largo de la jornada se hizo patente que Cataluña cuenta con ciertas singularidades en la organización de su sistema sanitario que marcan diferencias también en la práctica de la asistencia sanitaria. Las principales diferencias encontradas con el conjunto global de España son:

1. Cataluña cuenta con una red asistencial con diferentes modelos de gestión fruto de las distintas titularidades, base de la singularidad de su sistema de salud. Así, cuenta con centros de titularidad pública de gestión directa y de gestión autónoma, y titularidad privada con y sin fines de lucro.

2. También se diferencia en las bases de los sistemas de pago, organizadas a través de los diferentes tipos de contratos ligados a objetivos (contrato programa).
3. La historia clínica está actualmente integrada entre los diferentes niveles asistenciales, lo cual permite acceder a los datos del paciente en cualquiera de los centros a los que este acude a recibir asistencia sanitaria. El nivel y la forma de integración varían entre las diferentes áreas sanitarias, y todavía no se cuenta con una verdadera historia clínica única, pero los sistemas de información actuales ya permiten salvar los problemas de la compartimentación de la información.
4. Ya existe receta electrónica en todo el territorio y programas de conciliación de la medicación.
5. Atención primaria es ya el referente claro sobre el que debe pilotar la atención al paciente.
6. En Cataluña existen otros recursos sanitarios que no se enmarcan en la división entre atención primaria y atención hospitalizada. Así, entre otros, existen los hospitales de subagudos, de crónicos o larga estancia, de salud mental y sociosanitarios.
7. Se ha llevado a cabo la estratificación de la población según las patologías y el nivel de atención requerido clasificando a los pacientes más complejos como PCC/MACA (paciente crónico complejo/modelo de atención a la cronicidad avanzada).
8. Se han introducido los profesionales de trabajo social en los centros de atención primaria para realizar actividad preventiva e intervención cuando son más útiles y menos costosas.
9. Se han diseñado e implementado rutas asistenciales integradas territoriales, totalmente adaptadas a la realidad de un área.
10. En Cataluña, la aplicación de las TIC en la mejora de la continuidad asistencial básicamente se ha traducido en que hoy es posible compartir datos, documentos e información entre los diferentes proveedores y agentes con normalidad y seguridad.

Los diferentes modelos de gestión en Cataluña



Problemas detectados en Cataluña

Ya inmersos en los talleres, se preguntó a los asistentes por todos aquellos problemas existentes dentro de cada ámbito (modelos de gestión, TIC y paciente crónico complejo) para la práctica real de la continuidad asistencial.

Es de reseñar que los tres talleres estuvieron formados por grupos multidisciplinares, en los que estaban representados estamentos directivos, profesionales asistenciales de atención primaria y especializada (tanto médicos como enfermeras y profesionales de la rehabilitación), y trabajadores sociales. Además, se buscó en los grupos la representación de diferentes áreas sanitarias y titularidades de los centros de trabajo, para que las aportaciones de cada uno sumaran al conjunto y la suma de las diferentes visiones aportara el máximo valor.

En cada taller, una vez expuestos los problemas, se intentaron buscar soluciones para cada uno de ellos. Para facilitar la lectura de este informe, se exponen todos los problemas detectados y, a continuación, sus respectivas soluciones en cada uno de los ámbitos analizados.

“Cataluña cuenta con una red asistencial con diferentes modelos de gestión fruto de las distintas titularidades, base de la singularidad de su sistema de salud.”

CONCLUSIONES DE LOS TALLERES Y PROPUESTAS DE MEJORA

CONTINUIDAD ASISTENCIAL Y MODELOS DE GESTIÓN

En Cataluña conviven diferentes modelos de gestión fruto de las distintas titularidades reales e históricas de las instituciones que prestan asistencia sanitaria. Estos diferentes modelos son la base de la singularidad del SNS en Cataluña, donde podemos encontrar centros y organizaciones que prestan asistencia pública y que son:

- De titularidad pública y de gestión directa
- De titularidad pública y de gestión autónoma
- De titularidad privada sin ánimo de lucro
- De titularidad privada con ánimo de lucro

La primera cuestión planteada en el taller preguntaba por la relación que había entre titularidad de la organización asistencial y su influencia en la continuidad asistencial. Estas fueron las conclusiones fundamentales:

1. La **diferente titularidad** de los centros asistenciales en una misma área condiciona la gestión, y esta los resultados en la coordinación. Las organizaciones sanitarias integradas tienen más posibilidades de lograr objetivos de continuidad asistencial, pero su creación no es garantía de ello, es decir, la existencia de estructuras integradas parece una condición necesaria, pero no suficiente, para garantizar la continuidad asistencial. En este sentido, la continuidad de relación (relación y comunicación profesional de la salud-paciente y profesional de la salud-profesional de la salud) parece no depender de la titularidad de la organización, pero la continuidad de información (historia clínica accesible en todos los puntos de la atención) y de gestión (facilidad de acceso) requieren de objetivos comunes y sí pueden depender de la titularidad de la organización.

1.1. *En una visión ideal, un **sistema de pago** en base capitolativa ajustado por morbilidad y con indicadores de evaluación de resultados favorecería la continuidad asistencial. Actualmente, buscar la combinación adecuada de los tres modelos posibles resultaría lo más acertado (capitolativo, pagar por algunos procesos y pago por resultados).*

1.2. *La contractualización resulta positiva y, por ello, también el Instituto Catalán de la Salud (ICS) debería avanzar en ella. Deberían incorporarse objetivos*



*sensibles, medibles y con indicadores apropiados a la **compra de resultados de continuidad**, y que estos objetivos se apliquen a todos los participantes de la red asistencial. También a los proveedores propios de la Administración (ICS).*

2. No se puede olvidar que la coordinación no garantiza la continuidad, entendida esta como la **percepción del usuario** de la atención prestada. Si no contamos con el paciente, no sabremos si le estamos dando el tipo de asistencia que quiere y necesita.

2.1. Es evidente que si la continuidad es una dimensión basada en la experiencia del paciente, para diseñar cambios que favorezcan la continuidad deberemos contar con su participación. Las organizaciones deben escuchar la voz del ciudadano como aportación sistémica, no tanto dependiendo del modelo de gobierno o de la voluntad de los integrantes de la red. El liderazgo común para incorporar la opinión del ciudadano corresponde al comprador o planificador.

3. El **tamaño del centro** es muchas veces más determinante para la continuidad asistencial que el tipo de gestión. Las organizaciones de tamaño pequeño o mediano favorecen el conocimiento mutuo de profesionales, estableciéndose una relación directa y facilitando uno de los instrumentos de la coordinación.

4. Se debe avanzar al **concepto de hospital** como parte de algo y no como el centro de todo. El hospital tiene que cooperar, compartir, desplazarse y ofrecer soluciones de proximidad. Todo ello está actualmente en proceso de cambio y se encuentra en diferentes etapas del proceso en cada territorio, lo que, a igual remuneración, hace menos competitiva (atractiva) la oferta de puestos de trabajo en las organizaciones evolucionadas frente a las tradicionales.

4.1. Para todo esto es clave un cambio de mentalidad (lo más difícil de lograr) en todos los estamentos: políticos, de gobierno, gerenciales, médicos, enfermeros, etc. Para este cambio es imprescindible una dosis elevada de liderazgo, tanto desde la planificación como desde la gestión.

4.2. Es imprescindible la implicación y el compromiso de la autoridad sanitaria. Es necesaria una apuesta del sistema (expresión de la voluntad política) y un sistema de compra adecuado, estableciendo mecanismos que fuercen la coordinación de procesos clínicos.

5. Con una realidad de infrafinanciación generalizada es imposible pensar en modelos de compra que favorezcan nada. En estos momentos, las organizaciones utilizan

la fórmula de compra para sobrevivir. No cabe imaginar cambios sin un aumento presupuestario que pueda soportarlos.

6. El sistema de selección de RR. HH. responde a “viejas” necesidades, sin relación con la realidad del territorio y la necesaria movilidad, flexibilidad, etc. Existe una clara tendencia hacia la funcionarización, cuando deberíamos estar viviendo la situación inversa. Al mismo tiempo, se están dando cambios en la mentalidad de los jóvenes profesionales en cuanto al valor del propio tiempo y los tiempos de trabajo (no disponibilidad para guardias, desplazamientos, etc.). Además, parece claro que no se puede dejar la continuidad asistencial a la sola iniciativa de los profesionales, ya que estos se sienten más vinculados a sus equipos que a la propia organización y sus objetivos.

6.1. *Se necesita que las organizaciones desplieguen nuevas estrategias de planificación profesional y de formación profesional. Los **contratos** deberían ser **más flexibles**, recompensando objetivos que destaquen los valores de la organización, **incentivando la movilidad y la continuidad asistencial**.*

6.2. *Es necesaria la puesta en funcionamiento de estrategias de **formación por competencias** en todo el sistema.*

6.3. *Es necesario **incorporar nuevos roles profesionales** y que el **trabajo en equipo** forme parte del quehacer de todos y cada uno de los que forman parte del sistema sanitario.*

6.4. *Se deben **superar los esquemas clásicos de servicio y jefaturas**: el servicio es depositario de conocimiento, y las **unidades funcionales u operativas** responden a la **gestión transversal**, organizando a profesionales diferentes para trabajar juntos.*

7. Es necesario cambiar la **mentalidad y la cultura sobre la gestión de lo social y la salud**. Ya se está haciendo en la asistencia sanitaria y en trabajo social, y se está comenzando en el ámbito sociosanitario, pero es necesario que cambie la mentalidad en el ámbito local para tener la capacidad de unificar y coordinar la oferta de servicios, dependan estos de quien dependan.

7.1. *En este sentido, es necesario seguir incorporando lo social dentro de la salud para que no se identifique la salud únicamente como lo sanitario.*



PROBLEMAS	SOLUCIONES
La diferente titularidad condiciona la gestión.	Contrato programa y objetivos comunes para todos los implicados en el territorio Favorecer las OIS.
El tamaño del centro es determinante para la C. A.	Incentivar el trabajo en equipo en los grandes centros. Facilitar la relación y la C. A.
Cambio del hospital como centro aparte.	Acelerar el cambio en los hospitales que no lo han dado. Definir el papel en la red asistencial.

Poco atractivo para profesionales.	Incentivar los puestos en los que sí. Incentivos para esta actividad.
Infrafinanciación.	No hacer cambios de calado que no puedan ser implementados mientras no haya presupuesto.
Selección de RR. HH. según viejas necesidades.	Incorporar la flexibilidad y la movilidad en los nuevos perfiles profesionales a contratar.
Parte social no totalmente incorporada a la sanitaria.	Cambio de mentalidad en el ámbito local.
Servicios hospitalarios en vez de unidades operativas.	Cambio de mentalidad en gestores y profesionales.

“Un sistema de pago en base capitativa ajustado por morbilidad y con indicadores de evaluación de resultados favorecería la continuidad asistencial.”

PACIENTE CRÓNICO COMPLEJO

Las conclusiones planteadas respecto a la atención del paciente crónico complejo en el ámbito de Cataluña fueron las siguientes:

1. La **identificación** de personas crónicas complejas, en su origen, se centró mucho en aquellas patologías asociadas a un elevado consumo de recursos de internamiento. Es necesario abrir este aspecto a otras enfermedades que, si bien no causan un consumo elevado de ingresos hospitalarios, añaden **complejidad** a la atención de las personas debido al impacto asociado al deterioro funcional o al deterioro cognitivo. Por ello mismo es necesario asentar y evolucionar el constructo teórico sobre el que se asienta el concepto de paciente crónico complejo.
2. Dado que ha existido un alineamiento de **clasificación PCC/MACA y pagos ligados a objetivos** basados en dicha clasificación, se han producido **situaciones perversas** en las que se ha incentivado lo contrario a lo que se pretendía.
 - 2.1. *Es necesario corregir esta situación y no “premiar” ni a favor ni en contra la clasificación de un paciente como PCC/MACA más allá de por su propia realidad y la necesidad y conveniencia de una atención sociosanitaria especial.*
 - 2.2. **No vincular el marcaje de pacientes PCC/MACA a los resultados económicos de los proveedores.**
 - 2.3. *Además, es necesario **cambiar la forma de retribución a los profesionales** para que la forma diferenciada en la que se atiende a los PCC no los penalice económicamente, o se terminará por conseguir lo contrario a lo propuesto.*
 - 2.4. *Es necesario que la **estrategia de fragilidad** que está a punto de ser publicada esté bien diferenciada o alineada con la de **complejidad**; en este punto es necesario poder diferenciar claramente las dos estrategias y evitar que estas dos entidades sufran de **contradicciones** en su aplicación.*
3. Las **rutas asistenciales territoriales (RAT)** han sido útiles por muchas razones, pero una de las más importantes ha sido la de poner a trabajar a los equipos de diferentes niveles asistenciales en grupo, forzando el conocimiento mutuo y la comunicación. Este hecho, por sí mismo, ha supuesto una gran mejora en la prestación asistencial. Además, al haber incluido en los equipos a las enfermeras, estas se han hecho visibles, cuya gran aportación ha sido evidente. Es de remarcar que las rutas han servido para implementar los propios contratos territoriales entre todos los proveedores.



4. Introducir **trabajo social en los centros de atención primaria** ha permitido hacer prevención e intervención cuando son más efectivas y menos costosas, obteniendo resultados mucho mejores que los alcanzados desde atención hospitalaria, cuando ya hay poco que hacer.
5. Las **rutas asistenciales territoriales (RAT)** deberían servir como modelo para el cambio o adaptación de la propia **historia clínica**, que debe pasar de estar organizada por episodios a estarlo por **procesos** o rutas.
6. En todo el proceso de construcción de las **rutas asistenciales**, una de las labores más difíciles ha sido poner **indicadores** de evaluación a las rutas asistenciales. Todas ellas los tienen, tanto de proceso como de resultado, pero se duda mucho de su operatividad y su valor para medir resultados reales basados en su uso. Se precisa que las rutas asistenciales tengan un **marco evaluativo homogéneo, público y transparente** que ayude a la compatibilidad de resultados en pacientes de diferentes territorios detectando las mejores prácticas (*Right care*) que ayuden a los territorios con mayores dificultades.
 - 6.1. *Es necesario **mejorar el marco evaluativo de las RAT** para que puedan obtenerse de forma sencilla los resultados reales del cambio de modelo de atención al PCC. Aunque los resultados solo puedan medirse a largo plazo, solo sabremos si los cambios fueron positivos si los **indicadores** son los **apropiados**, si miden lo que se quiere medir y si son exactos y fiables.*
7. Se echa de menos la existencia de **indicadores de satisfacción de pacientes en las RAT**. En su evolución en el futuro es necesario introducir el concepto de cuádruple AIM (evaluación de la satisfacción y experiencia del paciente, y el impacto sobre el profesional asistencial que utiliza esta herramienta) en base a la participación de las personas (pacientes) en el desarrollo de las rutas asistenciales (atención centrada en la persona).
 - 7.1. *Se debería **incorporar a los pacientes** en la **construcción** de los nuevos procesos o **rutas asistenciales**, para escuchar sus preferencias y, en la medida de lo posible, adaptarse a ellas. Se debería, también, **añadir la visión del profesional (cuádruple AIM)**¹.*

¹“From Triple to Quadruple Aim: Care of the Patient Requires Care of the Provider”. *Annals of Family Medicine* (www.annfammed.org). Thomas Bodenheimer, MD1 Christine Sinsky, MD 7, vol. 12, núm. 6 noviembre/diciembre 2014.

7.2. La **asignación de un referente del paciente** que asegure la aproximación personal y la particularización del planteamiento a cada paciente en función de la situación. Se destaca la necesidad de que **la relación tenga como base la confianza**.

7.3. Realizar **cambios en el ecosistema de atención del paciente crónico complejo**, tanto en el área de urgencias y hospitalización como en el área de consultas, suavizando sonidos y luces, limitando al mínimo las esperas, gestionando los cambios, etc.

8. Existen actualmente muchas rutas asistenciales territoriales para diferentes patologías, y se duda sobre **cómo se van a actualizar en el futuro**, si se van a mantener o van a confluir entre ellas, etc. Actualizarlas, evaluarlas y modificarlas puede ser un trabajo ímprobo. Las rutas se han convertido en una especie de “superguías” de práctica clínica, pero cuando la complejidad hace su aparición en un paciente, en realidad no hay ruta que valga.

8.1. En este sentido, se está trabajando ahora mismo en una **“ruta de complejidad”** no basada en patología sino en la existencia de la propia complejidad.

9. Las RAT han cambiado drásticamente en cuanto han aparecido los **gestores de casos** para coordinar la atención de las diferentes patologías.

9.1. El nuevo paso va a ser la **teleconferencia** de casos entre los profesionales implicados en la atención de estos pacientes.

10. Las rutas asistenciales han servido también para **hacer visibles** en el mapa todos aquellos **eslabones intermedios entre atención primaria y los hospitales de agudos**: los de subagudos, crónicos o larga estancia, salud mental, atención domiciliaria, sociosanitaria, etc.

PROBLEMAS	SOLUCIONES
La identificación de cronicidad no incluye complejidad.	Cambio en el patrón de PCC/MACA para que incluya la complejidad.
Pagos ligados a objetivos según clasificación de PCC/MACA con resultados perversos.	Corregir la situación revisando los contratos del programa para que no premien ni castiguen la correcta clasificación.



PROBLEMAS	SOLUCIONES
La nueva estrategia de fragilidad puede entrar en contradicción con la de complejidad.	Analizar bien ambas estrategias antes de poner en marcha la de fragilidad.
Las RAT deberían servir de modelo para el cambio en toda la organización.	Adaptación de la HC de episodios a procesos o RAT.
Marco evaluativo de las RAT no homogéneo ni transparente.	Reevaluar los indicadores de las RAT y adaptarlos para que configure un cuadro de mandos homogéneo. Hacerlo público.
No indicadores de satisfacción de pacientes en las RAT.	Introducir indicadores de satisfacción de usuarios y profesionales a los RAT.
Actualización y evaluación de las RAT muy compleja.	Establecer un modelo y proceso de evaluación y actualización para todos los RAT en base a un proceso de mejora continua.
No hay ruta asistencial para la complejidad.	Implementar la RAT de complejidad que se está elaborado.

“Introducir trabajadores sociales en los centros de atención primaria ha permitido hacer una prevención e intervención más efectiva y menos costosa.”

SISTEMAS Y TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN EN SALUD

1. En cuanto a las TIC, aunque se reconoce que es un avance significativo en pro de la continuidad asistencial, se constata que el reto pendiente aún no alcanzado es el de utilizar de forma normal y natural la **tecnología** para **compartir procesos entre agentes y proveedores** del sistema.
 - 1.1. *El **motivo**, el hilo conductor **de las decisiones, nunca debe ser la tecnología, sino los objetivos** de la organización en base a las necesidades del ciudadano/paciente.*
2. Existen experiencias e iniciativas de éxito puntuales, pero no se han extendido al conjunto del sistema a pesar de que son valoradas positivamente por la ciudadanía y por el sistema. También existen multitud de experiencias “piloto” que, aun siendo de éxito, con resultados positivos a nivel individual de la organización y de la sociedad, no consiguen extenderse al conjunto del sistema por falta de liderazgo, coraje o voluntad política.
 - 2.1. *Como toda tecnología, las **TIC** en una organización se pueden utilizar bien o mal, y se pueden implementar bien o mal. El **abordaje óptimo** desde el punto de vista **metodológico** y la **gestión correcta** de los proyectos de **implementación**, con metodología y rigor en el **seguimiento**, es fundamental para la consecución de los objetivos.*
 - 2.2. *En Cataluña existen experiencias que demuestran que, **implantando correctamente la tecnología**, se pueden conseguir resultados positivos: Código Ictus, Teledermatología, eConsulta y Atención telefónica-Triaje.*
3. El **uso y despliegue de la tecnología** para la mejora de los procesos es imparable por la exigencia y presión de la ciudadanía y la sociedad, aunque el ritmo es **lento** y es difícil predecir la temporalidad. Los factores que podrían acelerar el despliegue de la digitalización en nuestro sistema de salud son los siguientes:
 - 3.1. *Los **límites de la salud** están en continua **evolución**, integrándose actualmente con el ámbito social y ampliándose hacia el ejercicio, el deporte, el bienestar, la alimentación, la estética, la belleza... Son estos **otros ámbitos** los que están **tirando en este momento del proceso de digitalización**.*
 - 3.2. *La **resistencia al cambio** por parte de los profesionales es la habitual de cualquier sector público con nula competitividad, que ve como se tambalea la “zona de confort”. En ningún caso justificaría el retraso en relación con otros sectores. La **escasez de profesionales** puede acelerar la aceptación de los*



cambios y el **cambio de mentalidad** necesario para aceptar el **cambio de rol** y la **pérdida de centralidad de los profesionales** médicos inherente a la transformación digital.

- 3.3. *Cualquier iniciativa de mejora se debe plantear en base a la **centralidad del paciente** y del proceso de atención integral e integrada. El paciente-ciudadano, especialmente el joven, debe **participar** y **ser escuchado** para identificar de forma clara qué es lo que quiere y valora. La responsabilización y el empoderamiento del ciudadano en el manejo y control de su salud (**autonomía y auto-gestión**) son altamente positivos para el conjunto de la sociedad.*
- 3.4. *Se trata de alinear los objetivos de los diferentes proveedores, y para ello se apunta la **compra de resultados** como uno de los factores más importantes para conseguir transformar la situación actual.*
- 3.5. *Existe una tendencia clara global a **renunciar a la propiedad de las tecnologías en pro de la utilización de los servicios**. En relación con los modelos de negocio, existen y se pueden desplegar fórmulas que incentiven el buen uso, la prevención y la reducción de costes (primas en función de resultados).*
- 3.6. *Cuantos más datos disponibles se tengan y mayor sea la densidad digital, más rápida será la transformación de un sector. En este sentido, es importante **apostar por la digitalización**, pero también **asegurar la disponibilidad y accesibilidad de los datos**. Todo ello sin contar con el propio valor de la integración de los datos y de la información por delante de otros elementos.*
4. Por el contrario, los **factores que enlentecen o dificultan** la correcta **implantación de las TIC** en el ámbito de la salud son fundamentalmente los **aspectos jurídicos y normativos**, la **resistencia de los profesionales** al cambio, y la **falta de liderazgo**, visión y voluntad política de los directivos.
5. En cuanto a las **tecnologías “emergentes”** con potencial impacto y sobre las que debemos realizar un especial seguimiento, destacan las relacionadas con la **genómica** y la **sensorización de elementos**. La disponibilidad del código genético de los ciudadanos y el conocimiento derivado para la atención preventiva, predictiva, diagnóstica y terapéutica, junto con los datos generados a partir de la sensorización, van a **transformar la forma de proveer salud y asistencia sanitaria**, y la investigación en el ámbito de la salud y el bienestar de las personas. Los **datos como fuente de información y generadores de nuevo conocimiento** (investigación), como vector para la **evaluación de resultados** y para la **generación de valor** (innovación), son, sin lugar a dudas, el activo más potente a considerar.

6. En el proceso de transformación digital de la salud, **el motor del cambio es y va a ser el paciente, la chispa que arranca el motor serán los datos personales y, el combustible, sin duda, la compra por resultados.**

PROBLEMAS	SOLUCIONES
No se utiliza la tecnología para compartir procesos entre agentes y proveedores.	Extender las experiencias de éxito de compartir procesos entre agentes y proveedores por TIC.
Lento despliegue de la tecnología para la mejora del sector.	La ciudadanía y lo social actúan como impulsores de esta implantación. También sectores como el deporte o la educación.
Resistencia al cambio de profesionales.	La escasez de profesionales, los cambios de rol y su pérdida de centralidad acelerada por la transformación digital promoverán el cambio.
Gran inversión necesaria para TIC.	Renunciar a la propiedad de las tecnologías en pro de la utilización de los servicios.
Experiencias piloto de implantación de proyectos con éxito no consiguen extenderse.	
Dificultad de implantación de TIC por aspectos jurídicos o normativos.	

“El uso y despliegue de la tecnología para la mejora de los procesos es imparables por la exigencia y presión ciudadana y social.”

En resumen...

Para llevar a cabo esta transformación es clave un **cambio de mentalidad** (lo más difícil de lograr) en todos los estamentos: políticos, gubernamentales, gerenciales, médicos, enfermeros, etc. Es también necesaria una dosis elevada de liderazgo, tanto desde la planificación como desde la gestión, y es imprescindible la **implicación y el compromiso de la autoridad sanitaria**. En resumen, es necesaria una apuesta del sistema (expresión de la voluntad política) y un sistema de compra adecuado, estableciendo mecanismos que fuercen la coordinación de procesos clínicos.

LAS PROPUESTAS DE MEJORA POR NIVELES DE GESTIÓN, A MODO DE RESUMEN

En este apartado se exponen, a modo de resumen, las propuestas de mejora que se trabajaron en los grupos de trabajo, enmarcados en los talleres, para abordar la continuidad asistencial. En cada ámbito o grupo de trabajo se incluyen propuestas detalladas desde distintos niveles de gestión: desde la planificación (*macro*), desde la organización (*meso*) y para la práctica profesional (*micro*).

GRUPO DE TRABAJO Talleres	CLASIFICACIÓN de las propuestas
Perspectiva desde la que se abordan las propuestas	Nivel de gestión desde el que se realizan las propuestas
MODELO DE GESTIÓN	DESDE LA PLANIFICACIÓN (<i>macro</i>)
PACIENTE CRÓNICO COMPLEJO	DESDE LA ORGANIZACIÓN (<i>meso</i>)
SISTEMAS Y TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN EN SALUD	PARA LA PRÁCTICA PROFESIONAL (<i>micro</i>)

Perspectiva desde la que se abordan las propuestas	Coordinadores
MODELO DE GESTIÓN	Dr. Xavier Pérez Berruezo
PACIENTE CRÓNICO COMPLEJO	Dr. Sebastià Santa Eugènia
SISTEMAS Y TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN EN SALUD	Dr. Francesc García Cuyàs

MODELOS DE GESTIÓN

Propuestas desde la planificación (*macro*)

- El modelo de compra de servicios que mejor se adapta al concepto de continuidad sería un sistema de pago de base poblacional ajustado por morbilidad, combinado con el pago por procesos y variable según resultados.
- Para garantizar una buena continuidad en la atención, se requieren territorios con un tamaño adecuado y un mínimo de población asignada.
- Es necesaria una financiación suficiente de las estructuras actuales. La mejora de la financiación debería acompañarse del pago por resultados y, entre ellos, resultados de continuidad.
- Todos los modelos de gestión deben promover la integración de la red social con la red sanitaria. Es necesario compartir objetivos comunes para todas las entidades implicadas con la atención a la misma población.

Propuestas desde la organización (*meso*)

- Las titularidades o modelos de gestión comunes parece que deberían condicionar positivamente la continuidad de información (datos clínicos accesibles desde toda la red) y de gestión (facilidad de acceso a los diferentes dispositivos).
- Es una necesidad promover las alianzas territoriales entre diferentes entidades proveedoras para alcanzar un tamaño adecuado que permita la prestación de servicios con continuidad y eficiencia.
- La incorporación del ciudadano-paciente en la definición de la prestación de servicios es independiente del modelo de gestión y es imprescindible en todos ellos.
- Recordar que la coordinación entre centros no garantiza la continuidad —condición necesaria pero no suficiente—, hay que analizar la percepción del paciente.
- Se precisa orientar los hospitales como estructuras abiertas al territorio y la población como integrantes de la red asistencial, no como su centro.
- Incorporar nuevas políticas en la gestión de las personas es una capacidad que sí presenta diferencias entre modelos de gestión. Hay que incorporar nuevos elementos de flexibilidad laboral, incentivación de la movilidad, formación por competencias y nuevos roles profesionales.
- Se debe considerar la diferente velocidad de distintas entidades y modelos de gestión de esta transformación hacia hospitales integrados en la red, ya que dificulta la oferta laboral con condiciones homogéneas.



Propuestas para la práctica profesional (*micro*)

- Se debe potenciar el trabajo en equipos pluridisciplinarios, y las decisiones compartidas son imprescindibles para la atención a los pacientes con complejidad.
- Los profesionales deben reorganizarse hacia las unidades funcionales clínicas, saliendo del confort de un equipo que tiene en común el título y la especialidad hacia un equipo que tiene en común los procesos y los pacientes.
- Dotar a las unidades clínicas de mayor autonomía organizativa.
- Orientar los objetivos de los profesionales hacia resultados en salud.

PACIENTE CRÓNICO COMPLEJO

Propuestas desde la planificación (*macro*)

- Integración social y sanitaria para una única identificación y un único plan de intervención social y sanitaria.
- Evolucionar hacia el marco de identificación de una persona en situación de complejidad (PCC/MACA) no vinculado solo al consumo de recursos (visión poblacional) sino también a la dificultad de la toma de decisiones (visión individual), en la que se requiere la participación del ciudadano.
- Desarrollar una política sanitaria del *Transition care* más allá del *Pre-Alt*.
- Contratos a proveedores que estimulen el liderazgo claro y visible de la atención primaria en la gestión de estos enfermos.
- Los sistemas de pago ligados a objetivos no deberían incentivar la identificación de estos pacientes en el sistema sociosanitario.
- En el desarrollo de rutas asistenciales hay que hacer una actualización periódica y crear un marco evaluador público que detecte las buenas prácticas territoriales y poblacionales.
- Hay que planificar los profesionales que se necesitarán y priorizar su formación, porque la falta de profesionales afectará a la atención a personas en situación de complejidad.

Propuestas desde la organización (*meso*)

- La tecnología debe permitir que el profesional que atiende al paciente crónico complejo tenga ayudas en la toma de decisiones. Hay que abandonar las prácticas que viven solo para el registro.
- Implantar rutas asistenciales más prácticas que permitan una comunicación rápida y fluida entre diferentes niveles profesionales.
- Hay que evaluar y compartir los avances en la atención a pacientes complejos, detectando buenas prácticas que puedan ser escalables al sistema.

Propuestas para la práctica profesional (*micro*)

- La atención a los pacientes complejos requiere **conocimiento** (necesidades formativas específicas en detección y manejo de pacientes complejos) y **tiempo** (reconocer el tiempo necesario para diagnosticar y hacer planes de intervención integrales).
- Desarrollo curricular de los profesionales en nuevas habilidades para afrontar la atención a personas con complejidad: entrevista motivacional, trabajo en equipo, multidisciplinariedad, liderazgo, etc.
- Desarrollar la visión comunitaria en los territorios a través de la participación de los ciudadanos, la cocreación (*design thinking*) y el codesarrollo del modelo de atención al paciente crónico complejo.

SISTEMAS Y TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN EN SALUD

Propuestas desde la planificación (*macro*)

- Utilizar la compra por resultados como uno de los elementos más importantes para estimular la transformación.
- Evolucionar la propiedad de las tecnologías a la utilización de soluciones en modo de servicios.
- La apuesta por la digitalización también debe asegurar la disponibilidad y accesibilidad de los datos.
- Las actuales barreras que dificultan la correcta implantación de las TIC, y que habrá que superar, son los aspectos jurídicos y normativos, la resistencia de los profesionales al cambio y la falta de liderazgo.



Propuestas desde la organización (*meso*)

- Utilizar la tecnología para compartir procesos entre agentes y proveedores en base a las necesidades de los ciudadanos.
- Hay que extender las experiencias tecnológicas piloto de éxito dentro de las organizaciones. En Cataluña hemos demostrado que, implantando correctamente soluciones tecnológicas de forma transversal, conseguimos muy buenos resultados (Código Ictus, Teledermatología, prescripción electrónica, eConsulta, etc.).
- En el proceso de transformación digital de la salud, el motor del cambio es el paciente. El proceso arrancará con el manejo de los datos personales de salud. La participación de los ciudadanos dentro de las organizaciones en este proceso también será imprescindible, sobre todo la población joven.

Propuestas para la práctica profesional (*micro*)

- Vencer las resistencias al cambio por parte de los profesionales puede ser facilitado por la llegada de las nuevas generaciones en la profesión, pero puede ser dificultado por la falta de profesionales (exceso de cargas o dificultad de repuesto), por la necesidad de cambios de rol o definición de nuevos, y por la pérdida de centralidad en el profesional sanitario inherente a la transformación digital.
- Los procesos de atención integrada se deben plantear en torno al paciente, con empoderamiento del ciudadano en la promoción del autocuidado (sobre todo en pacientes sanos, por tanto, jóvenes). Para este propósito, las TIC son estratégicas, de forma que deben incorporarse dentro de las herramientas de los profesionales para facilitar el manejo y control de los condicionantes de la salud.

EXPERIENCIAS DE ÉXITO EN CATALUÑA

MODELOS DE GESTIÓN Y CONTINUIDAD ASISTENCIAL

- **Atención oncológica en una red asistencial integrada.** Remei Blanco, oncóloga, y Carme Sala, jefa del Servicio de Curas Paliativas. Consorci Sanitari de Terrassa.

La atención al paciente neoplásico sintomático en cualquier etapa de la enfermedad, y fundamentalmente en la fase avanzada o terminal, es el prototipo de la necesidad de integración y coordinación de la atención oncológica especializada y la asistencia experta en cuidados paliativos.

Este modelo de asistencia integrada se ha desarrollado progresivamente en el Consorci Sanitari de Terrassa (CST) en los últimos 15 años, tanto en el ámbito ambulatorio, la hospitalización convencional y el hospital de día, como en la atención domiciliaria. La iniciativa parte de la intervención precoz de los especialistas en cuidados paliativos desarrollada a lo largo de toda la enfermedad simultáneamente al tratamiento oncológico específico.

Esta estrategia conjunta comporta una mejoría muy relevante en la calidad de vida del paciente y su familia, y ha mostrado, además, efectos positivos en la supervivencia de pacientes con cáncer avanzado, así como una reducción de los ingresos en las últimas semanas de vida, asistencia en urgencias y muerte hospitalaria.

El CST es uno de los hospitales españoles pioneros en este modelo y ha sido reconocido por la European Society of Medical Oncology como centro de excelencia en la integración de la oncología y los cuidados paliativos.

- **Unidad de Diabetes, Endocrinología y Nutrición Territorial de Girona (UDENTG).** Mercè Fernández. Servicio de Endocrinología. Hospital Universitari Josep Trueta de Girona.

La región sanitaria de Girona dispone de un hospital de referencia, 6 hospitales comarcales y 58 áreas básicas de salud (ABS). La UDENTG da respuesta a toda la demanda endocrinológica sobre la base de una cartera de servicios consensuada de varios niveles asistenciales y que se concreta en: sesiones de tutoría individualizadas en las unidades básicas asistenciales (UBA) de las ABS, una asistencia directa de endocrinología en el ámbito de los hospitales comarcales y unidades monográficas de alta complejidad en el Hospital Universitari Josep Trueta de Girona.

La UDENTG incorpora nuevas tecnologías para dar respuesta a consultas electrónicas en menos de 48 horas, realizar sesiones de consultoría por videoconferencia y gestionar la historia clínica compartida desde múltiples proveedores. La unidad



cuenta con un hospital de día para pacientes agudos y subagudos, con el objetivo de evitar hospitalizaciones, y con un sistema de evaluación.

La creación de esta ruta asistencial única para atender a los pacientes para el control de la diabetes ha permitido garantizar la continuidad asistencial, mejorar la capacidad resolutoria de la atención primaria, y lograr una menor morbilidad y número de hospitalizaciones, un mejor control metabólico y una reducción del gasto en fármacos.

- **Proyecto de integración horizontal y vertical de los servicios sociales y sanitarios para grupos frágiles (PISSA) en la comarca del Maresme.** Emili Burdoy. Director de atención primaria. Consorci Sanitari del Maresme.

El objetivo del proyecto PISSA es mejorar la atención a los pacientes crónicos a partir de la coordinación entre los profesionales de los servicios sanitarios y sociales del Consorci Sanitari del Maresme y de los servicios sociales municipales. Se elabora de forma conjunta el Plan de Intervención Individual de cada paciente seleccionado para el proyecto.

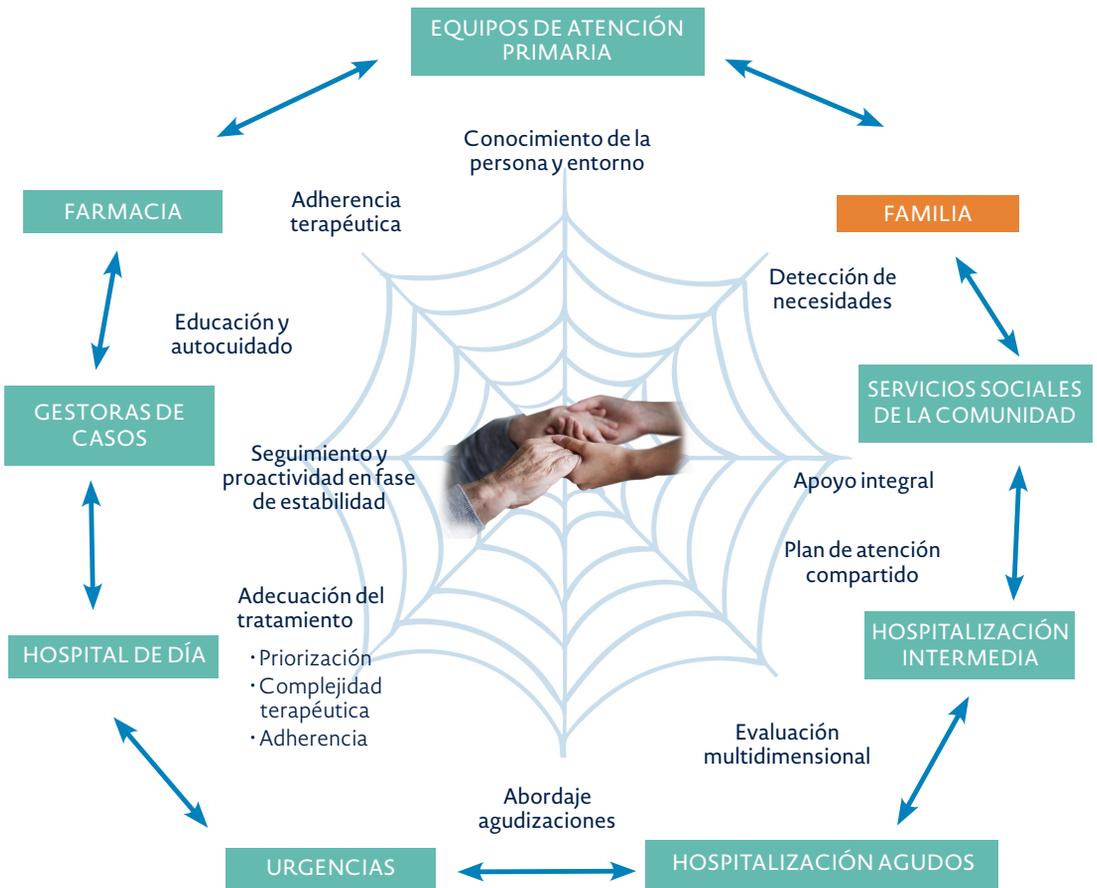
El instrumento de trabajo del proyecto PISSA son las sesiones socioclínicas, a las que asisten todos los profesionales que intervienen en la trayectoria asistencial, en el ámbito de primaria, hospitalaria y sociosanitaria, así como los trabajadores sociales municipales, con el fin de elaborar un plan de atención individualizado para cada paciente. Uno de los profesionales de la sesión es el referente del caso, habitualmente una enfermera o un trabajador social. Los médicos se concentran en aspectos clínicos.

El Plan de Intervención Individual es un elemento de coordinación vinculado al eCAP (historia clínica de primaria), hecho que garantiza que la información socioclínica esté disponible en todos los niveles asistenciales.

Los nuevos retos son incorporar la visión del farmacéutico, aplicar nuevas tecnologías e introducir, por parte de atención primaria, la elaboración del plan de actuación de alta hospitalaria en pacientes seleccionados.

En este esquema se incluyen, a modo de resumen, las claves de este proyecto de integración.

ATENCIÓN INTEGRADA



CRONICIDAD Y CONTINUIDAD ASISTENCIAL

- **Abordaje cronicidad-complejidad en atención primaria.** Ángel Jover. Director territorial de Atención Primaria. Gerencia Territorial Metropolitana Sud. Instituto Catalán de la Salud (ICS).

Programa puesto en marcha por parte del Servicio de Atención Primaria (SAP) Baix Llobregat Centre, del Instituto Catalán de la Salud, de abordaje de la cronicidad, que actúa de forma integral y coordinada entre los dispositivos de atención primaria, hospitales, residencias y centros sociosanitarios.

Gracias a este proyecto, en 2013, el SAP Baix Llobregat Centre logró reducir en un 16,8 % los ingresos hospitalarios de pacientes crónicos. Del período 2012 al 2014, se consiguió disminuir el número de hospitalizaciones de este tipo de pacientes en un 47,65 %.

El programa implica los siguientes dispositivos y recursos: equipos de atención primaria (EAP), profesionales del Programa de Atención Domiciliaria y Equipos de Soporte (PADES), hospitales de día, centros sociosanitarios, hospitales, técnicos de salud, trabajadores sociales y residencias.

En el siguiente esquema se muestran, de forma resumida, los procesos que implican este programa de abordaje del paciente crónico o complejo, liderado desde la atención primaria.



- **Integración social y sanitaria en la comarca de Osona. Proyecto de Atención de Gestión Compleja (PGAC).** Jordi Amblàs. Unidad de Geriátria. Hospital Universitari de Vic.

Programa dirigido a las personas con necesidades complejas de atención (sociales y sanitarias). Se basa en un modelo de gestión de caso y en un contexto de atención integrada entre los profesionales del ámbito social y sanitario. El programa tiene por objetivo mejorar la salud y el bienestar de las personas, adecuar la utilización de servicios sociales y sanitarios, así como mejorar la experiencia de atención tanto de las personas atendidas como de los profesionales que participan.

La identificación de las personas candidatas atendidas por parte de este proyecto se lleva a cabo en dos etapas, a partir de la siguiente combinación:

1. Identificación a partir de los sistemas de información en base a la complejidad clínica (personas con multimorbilidad y/o pacientes identificados como pacientes crónicos complejos (PCC)) y a la complejidad social (personas que hayan iniciado la valoración de la dependencia).
2. Posteriormente se lleva a cabo una evaluación multidimensional para diseñar un plan de intervención individual compartido entre la persona, la familia y los profesionales implicados en su atención. Las actividades incluidas en este abordaje cuentan también con un proceso de empoderamiento, formación y autocuidado, ambos dirigidos al propio paciente, con intervenciones educativas directas. Se facilitan servicios y apoyo, una interlocución única y directa con el paciente, y una monitorización y seguimiento del paciente para redireccionarlo, si es necesario.

- **Proyecto de atención al paciente complejo.** Ramon Miralles. Director clínico territorial de cronicidad. Gerencia Territorial Metropolitana Nord. Instituto Catalán de la Salud.

Proyecto que consiste en desarrollar, de forma consensuada entre profesionales, enfermos y cuidadores, un programa de atención integrada para pacientes crónicos complejos, pivotado en los equipos de atención primaria y centrado en la comunidad.

Se han diseñado tres fases:

1. Constitución de una nueva dirección clínica territorial de cronicidad (DCTC) para un territorio de 200 000 habitantes en forma de plan piloto.
2. Despliegue asistencial de la DCTC a través de 5 unidades funcionales, con 40 000 habitantes cada una, que reciben las derivaciones de forma centralizada de atención hospitalaria, recursos sociosanitarios, unidades de paliativos y unidades funcionales interdisciplinarias sociosanitarias (UFISS).
3. Consolidación del modelo integral de cronicidad, a través de la evaluación continuada, la gestión directa de recursos sociosanitarios y la consolidación de las líneas de investigación.



Están participando un total de 63 profesionales: 5 coordinadores, 17 médicos, 30 enfermeras, 2 fisioterapeutas, 3 trabajadores sociales, 1 psicólogo y 5 administrativas. Los primeros resultados apuntan a una reducción en el número de ingresos hospitalarios, ingresos más adecuados y una mejor respuesta domiciliaria en las crisis de descompensación.

SISTEMAS Y TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN EN SALUD Y CONTINUIDAD ASISTENCIAL

- **Integración social y sanitaria en la ciudad de Barcelona.** Oscar Solans. Responsable funcional eSalut. Departamento de Salud de la Generalitat de Catalunya.

Se trata de presentar el plan transversal de interoperabilidad entre servicios sanitarios y servicios sociales de la ciudad de Barcelona, como ejemplo para evolucionar después al resto de Cataluña.

Actualmente, existe la historia clínica compartida de Cataluña (HC3) para todos los servicios sanitarios, en la que se nutre un repositorio con todos los informes y pruebas complementarias de un paciente procedente de cualquier hospital público o centro de atención primaria (CAP) que se haya visitado.

Por otra parte, los servicios sociales disponen de tres sistemas de información principales, de diversa implantación según el territorio.

Se ha trabajado un sistema para compartir los datos sanitarios y sociales, especificados en la siguiente imagen:

Datos sanitarios y sociales a compartir acordados

Categoría	Historia Clínica Compartida	SIAS (Sistema de Información de Atención Social de Barcelona)
Datos de identificación	CIP NIF/NIE	CIP NIF/NIE
Datos de referencia del sistema	Profesional de referencia (médico/enfermera) Centro sanitario UP	Profesional de referencia Centro de servicios sociales Municipio/Ayuntamiento
Datos complementarios		Incapacitación legal (estado del proceso, fecha y tutor legal)

Categoría	Historia Clínica Compartida	SIAS (Sistema de Información de Atención Social de Barcelona)
Datos de salud	Diagnósticos Marcaje crónico (PCC/MACA)	Discapacidad (grado de discapacidad reconocida, tipos de discapacidades y baremo de movilidad reducida) - Mapeo SNOMED CT Dependencia: grado de dependencia - Mapeo SNOMED CT
Datos de valoración de necesidades	Escala de dependencia por ABVD – Barthel Escala de dependencia AIVD – Lawton Brody Escala de valoración cognitiva – Pfeiffer Valoración persona cuidadora (Zarit) Escala <i>Mini Nutritional Assessment</i> Indicador de riesgo social	Diagnóstico social (problemáticas) - Mapeo en SNOMED CT
Datos de intervención	PIIC (Plan de Intervención Individual Compartido) Plan de medicación Informe de alta Informe de urgencias / CUAP Informe de atención continuada en domicilio Informe alta de trabajo social sanitario	Prestaciones prescritas - Mapeo en SNOMED CT: • SAD (Servicio de Atención Domiciliaria) • TAD (Teleasistencia Domiciliaria) • Comedor social • LOPE (Localizador Personal)

Para hacerlo posible se utiliza un *web service* como método de comunicación entre ambos sistemas. Un visor común permite visualizar, al mismo tiempo, los diagnósticos sociales, los datos de valoración de discapacidad y la HC3 completa.

Se ha desplegado inicialmente en el área correspondiente a cinco áreas básicas de salud de Barcelona, y está en proceso de despliegue para todos los equipos de la ciudad.

En una segunda fase se compartirán también las escalas funcionales entre profesionales de las dos redes (social y sanitaria) y se realizarán PIIC estructurados comunes.

- **Integración social y sanitaria en la comarca de Osona utilizando tecnologías móviles.** Jordi Roca. Director-gerente. Fundació Hospital de la Santa Creu de Vic.

Proyecto TIC elaborado en el marco del Proyecto de Atención de Gestión Compleja (PGAC) para lograr un marco de trabajo común y preparado para compartir datos sociales y sanitarios en personas consideradas frágiles (en situación sanitaria y social compleja).

La plataforma tecnológica debe ser compartida entre profesionales del ámbito de la atención sanitaria y social, hacer un seguimiento conjunto de los pacientes, integrar formularios de evaluación conjunta y adaptar herramientas TIC, así como ofrecer apoyo a los profesionales. El proyecto, que ya se ha empezado a implantar en un área básica de salud y social de Osona, pretende ir ampliándose al resto de la comarca.

- **Continuidad asistencial en la atención especializada ambulatoria usando la mHealth.** Anna Benavent. Directora de Organización y Sistemas de Información. Fundació Hospital de Granollers.

Proyecto de transformación del Hospital General de Granollers para desplegar la cartera de servicios no presenciales en el área de atención ambulatoria y obtener indicadores de tiempo real para gestionar la demanda. Desde 2013, se han desplegado iniciativas para aproximar el hospital a las personas mediante las tecnologías de la información y la comunicación (TIC).

Una de estas iniciativas es el proyecto GHATA, fruto de la evolución de una aplicación móvil que se puso en marcha en el hospital en 2014 y que ya cuenta con más de 9000 usuarios. La plataforma consiste en la incorporación de cuestionarios clínicos que permiten realizar un seguimiento a distancia de los pacientes con enfermedades crónicas. Actualmente, se ha iniciado como prueba piloto para enfermos con insuficiencia cardiaca.

El sistema es un modelo simple para los pacientes, ya que no requiere de otro dispositivo electrónico que no sea un teléfono inteligente o un ordenador. El usuario solo debe rellenar un cuestionario que le llega a través de la aplicación móvil del hospital.

Los resultados son interpretados por los sistemas de información para detectar si existe descompensación de la enfermedad. En este caso, se indicará al paciente cómo proceder y, en caso contrario, el usuario recibirá un mensaje motivador para continuar con el mismo tratamiento.



PARTICIPANTES

A continuación, se incluyen los profesionales que participaron en los talleres del workshop “Cómo hacer efectiva la continuidad asistencial y mejorar la experiencia del paciente” celebrado el 23 de enero de 2018. Los cargos de los participantes corresponden al que ostentaban cuando se llevó a cabo la inscripción.

Taller “Modelos de gestión y continuidad asistencial”

Ramon Cunillera

Gerente. Consorci Sanitari del Maresme

Xavier Pérez

Director asistencial. Serveis de Salut Integrats Baix Empordà

Esteve Picola

Director general. Mútua Terrassa

Beatriu Bayés

Gerente. Hospital Germans Trias i Pujol

Xavier Bayona

Director de Servicios de Atención Primaria. Institut Català de la Salut

Jaume Boadas

Director asistencial. Consorci Sanitari de Terrassa

Emili Burdoy

Director de Atención Primaria. Consorci Sanitari del Maresme

Roser Fernández

Gerente. Institut Guttmann

Manel Jovells

Director gerente. Fundació Althaia

Olga Pané

Gerente. Parc Salut Mar

Núria Prat

Directora. Àmbit de Atenció Primària de la Metropolitana Nord.
Institut Català de la Salut

Helena Ris

Directora. Unió Catalana d'Hospitals

Núria Serra

Directora del Sector Sanitari Vallès Occidental. CatSalut

Taller “Cronicidad y continuidad asistencial”

Sebastià Santaeugènia

Director del Programa de Prevenció y Atenció a la Cronicidad.
Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya

Marco Inzitari

Director asistencial de investigació y docencia. Parc Sanitari Pere Virgili

Anna Aran

Gerente de la Gerencia Territorial de Catalunya Central. Institut Català de la Salut

Xavier Borràs

Coordinador del Proceso de Atenció al Paciente Ambulatorio.
Hospital de la Santa Creu i Sant Pau

Alba Brugués

Presidenta. Associació d'Infermeria Familiar i Comunitària a Catalunya

Belén Enfedaque

Directora asistencial Àmbit d'Atenció Primària Barcelona, Institut Català de la Salut

Esther Giménez

Directora del Centro de Atenció Primària (CAP) Matadepera.
Adjunta de direcció CAP Terrassa Nord. Institut Català de la Salut

Marta Larrosa

Jefe del Servicio de Reumatología. Hospital Parc Taulí



Maria Victòria Mir

Coordinadora de Trabajo Social. Direcció de Cuidados. Institut Català de la Salut

Joan Miquel Nolla

Jefe de Servicio. Hospital de Bellvitge

Jordi Riba

Responsable del Área de Trabajo Social. Ámbito Barcelona Ciutat.
Institut Català de la Salut

Ignasi Riera

Jefe de Servicios Operativos. Sant Joan de Déu

Eric Sitjas

Jefe de Atención Ambulatoria. Parc Salut Mar

Jordi Varela

Consultor y editor del blog *Avances en gestión clínica*

Taller “TIC y continuidad asistencial”

Francesc Garcia-Cuyàs

Director de la Fundació TICSalut.

Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya

Jordi Martínez

Director de Innovación de la Fundació TICSalut Social.

Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya

Xavi Aldeguer

Jefe de Servicio. Hospital Josep Trueta

Jaume Benavent

Gerente. CAPSBE

Mireia Boixadera

Directora del Servicio de Atención Primaria Litoral. Institut Català de la Salut



Cristina Carod

Directora ejecutiva. Hospital de Sabadell

Núria Costa

Responsable para la coordinación de actuaciones del Consell Consultiu de Pacients.
Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya

Manel del Castillo

Gerente. Hospital Sant Joan de Déu

Francesc Iglesias

Adjunto a Gerencia. Hospital Universitari Vall d'Hebron

Yolanda Lejardi

Coordinadora de la Secretaría de Atención Sanitaria y Participación.
Departament de Salut

Javier Martín de Carpi

Jefe de Servicio. Hospital Sant Joan de Déu

Xesca Moya

Subdirectora médica. Mútua Terrassa

Antoni Peris

Director gerente. CASP Castelldefels

PONENTES

A continuación, se incluyen los ponentes de la jornada “Cómo hacer efectiva la continuidad asistencial y mejorar la experiencia del paciente” celebrada el 21 de septiembre de 2018. Los cargos de los ponentes corresponden al que ostentaban cuando se llevó a cabo la jornada.

Albert Alonso

Presidente de la International Foundation for Integrated Care

Jordi Amblàs

Adjunto de la Unidad de Geriátría de Agudos. Hospital Universitari de Vic

Anna Benavent

Directora de organización y sistemas de información. Fundació Hospital de Granollers

Remei Blanco

Oncóloga del Consorci Sanitari de Terrassa

Emili Burdoy

Director de atención primaria. Consorci Sanitari del Maresme

Ramon Cunillera

Director gerente del Consorci Sanitari del Maresme y miembro de la Junta Directiva de la Sociedad Catalana de Gestión Sanitaria

Mercè Fernández

Médica del Servicio de Endocrinología. Hospital Josep Trueta

Francesc Garcia Cuyàs

Director de Cátedra TIC y Salud de la Universitat de Vic

Àngel Jover

Director territorial de Atención Primaria. Gerencia Territorial Metropolitana Sur. Institut Català de la Salut

Ramon Miralles

Director clínico territorial de cronicidad. Gerencia Territorial Metropolitana Nord. Institut Català de la Salut

Xavier Pérez

Director asistencial de Serveis de Salut Integrats Baix Empordà

Jordi Roca

Director gerente. Fundació Hospital de la Santa Creu de Vic



Carme Sala

Jefa del Servicio de Cuidados Paliativos. Consorci Sanitari de Terrassa

Sebastià Santaeugènia

Director del Programa de Prevención y Atención a la Cronicidad de la Dirección de Planificación en Salud del Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya

Òscar Solans

Responsable funcional eSalut del Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya

Pere Vallribera

Presidente de la Sociedad Catalana de Gestión Sanitaria





ES-ABBV-190067



abbvie