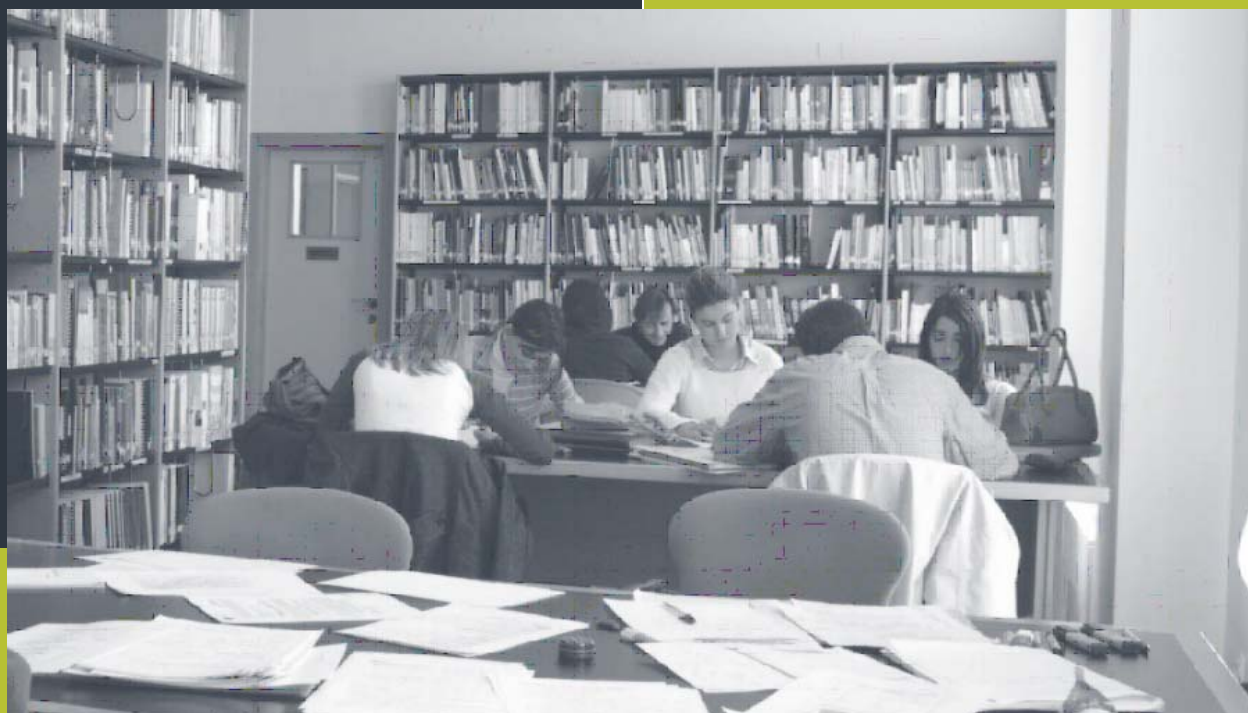


PROPUESTA PRELIMINAR DE  
RECOMENDACIONES DE  
ACCIONES



II ENCUENTRO

SADEMI- samFyC - SEMERGEN Andalucía

Antequera, 20 y 21 Noviembre 2015

# Recomendaciones de acciones que deberían acometerse para la mejora de la atención a pacientes con enfermedades crónicas en Andalucía

Integración de las acciones propuestas de forma preliminar (19 noviembre 2015)

## CONSIDERACIONES PREVIAS

La Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias, en su Título I, del ejercicio de las profesiones sanitarias, y en el Artículo 9, Relaciones interprofesionales y trabajo en equipo, dice:

1. La **atención sanitaria integral** supone la cooperación multidisciplinaria, la integración de los procesos y la **continuidad asistencial**, y evita el fraccionamiento y la simple superposición entre procesos asistenciales atendidos por distintos titulados o especialistas.

3. Cuando una actuación sanitaria se realice por un equipo de profesionales, se articulará de forma jerarquizada o colegiada, en su caso, atendiendo a los criterios de conocimientos y competencia, y en su caso al de titulación, de los profesionales que integran el equipo, en función de la actividad concreta a desarrollar, de la confianza y conocimiento recíproco de las capacidades de sus miembros, y de los principios de accesibilidad y continuidad asistencial de las personas atendidas.

La continuidad asistencial<sup>1</sup> es el resultado de la coordinación desde la perspectiva del paciente. El grado de coherencia y unión de las experiencias de la atención que percibe el paciente a lo largo del tiempo. Determina los siguientes tipos de continuidad en la atención: de información o disponibilidad, de relación y de gestión<sup>2</sup>.

Una **Sociedad Científica** (National Science Foundation) puede distribuir al gobierno y al público “*declaraciones de sus posiciones*” y conclusiones sobre cómo las investigaciones que sus miembros han realizado afectan al público en general. Estas declaraciones de posición

<sup>1</sup> Haggerty J, Reid R, Freeman GK, Starfield BH, Adair CE, McKendry R. Continuity of care: a multidisciplinary review. Br Med J 2002; 327(7425):1219-21

<sup>2</sup> El tesoro (MeSH de PubMed) dice: Continuity of Patient Care:

Health care provided on a continuing basis from the initial contact, following the patient through all phases of medical care. Year introduced: 1991(1975)

buscan enfatizar la importancia del conocimiento científico en la toma de decisiones de las políticas y para que se las considere legítimas, deben estar dentro del ámbito de investigación que la sociedad profesional promueve y que la mayoría de sus miembros aprueba.

El **Profesionalismo** (Medical Professionalism in the New Millenium: A Phhysician Charter) es el contrato de la Medicina con la Sociedad. Sus Principios fundamentales son:

- Principio de primacía del bienestar del paciente.
- Principio de autonomía del paciente.
- Principio de justicia social.

El conjunto de responsabilidades profesionales, significa el compromiso con: la competencia profesional, la honestidad con los pacientes, confidencialidad del paciente, mantener relaciones adecuadas con los pacientes, mejora de la calidad de la atención, mejora del acceso a la atención, justa distribución de los recursos finitos, conocimiento científico, mantenimiento de la confianza mediante la gestión de conflictos de interés.

La desigualdad social determina exposición a distintos factores de riesgo cuyo resultado se traduce en determinadas enfermedades crónicas, lo que supone aumento de la carga de enfermedad y por tanto muertes prematuras y discapacidad<sup>3</sup>.

El **Plan Andaluz de Atención Integrada a Pacientes con Enfermedades Crónicas (PAAIPEC)** propone los siguientes objetivos: control de los factores de riesgo, reducir la capacidad y la dependencia de los pacientes, participación activa de la ciudadanía, evitar las inequidades, responder a las necesidades generadas por el envejecimiento, garantizar el abordaje integral, evaluar las intervenciones, garantizar la formación y mejorar la adecuación de la organización asistencial y la oferta de servicios a las necesidades del paciente.

Sin embargo, en la actualidad existen en el Sistema Sanitario Público de Andalucía (SSPA) **dificultades que deben tenerse en cuenta** al recomendar propuestas en los planes de mejora de la atención a los pacientes crónicos en Atención Primaria (AP), tales como:

---

<sup>3</sup> Social inequality in chronic disease outcomes. Helen Nordhal. Dan Med J 2014; Mechanisms underlying social inequality in chronic diseases. Whitehead M et al. Soc Sci Med 2000

1. Amortización de plazas con aumento del número de pacientes por cupo.
2. La AP ha asumido casi el doble de los recortes sanitarios en relación a la Atención Hospitalaria (AH) según datos del Ministerio de Sanidad del año 2015.
3. Desmotivación de los y las profesionales. Se precisan equipos directivos expertos en ejercer un liderazgo clínico, con capacidad para impulsar voluntades, crear motivación y transmitir optimismo a sus profesionales. Para que los equipos directivos de las Unidades Clínicas de AP y de AH puedan ejercer este liderazgo, requieren herramientas de gestión y, también, disponibilidad de tiempo, con una mayor flexibilidad en la dedicación a tareas asistenciales. Esta prioridad ha resultado muy sacrificada en los últimos años debido a los ajustes presupuestarios.
4. Priorización de la consulta a demanda infravalorando la necesidad de consultas programadas y visitas domiciliarias de médicos/as de familia y de médico/a-enfermero/a. El objetivo de "Citas rechazadas de Salud Responde" en la organización de la atención sanitaria sigue siendo el objetivo principal de la Unidad de Gestión Clínica (UGC) de AP, por lo que supedita el resto de la actividad de AP. Se prioriza la atención a consulta a demanda del médico/a de familia sin demora por encima de cualquier otra actividad sanitaria. Para la organización sanitaria, tal como se refleja en los Acuerdos de Gestión Clínica, el tiempo que se dedica a la atención a programas de salud, a la atención comunitaria, ó a la atención a domicilio de Medicina de Familia es accesoria. Lo que más importa es cumplir el objetivo de demora en la agenda de los/las médicos/as de familia, aunque ello contribuya a generar una atención sanitaria ineficiente.
5. Dificultades para trabajar en equipo, tanto entre profesionales de los centros de salud, como entre AP y AH. En este sentido, destacan la pérdida del trabajo en equipo y las dificultades para la realización de la valoración integral y el abordaje biopsicosocial que caracteriza el trabajo de los/las médicos/as de familia y de los equipos de AP.

En este contexto, se plantea indicar recomendaciones para la mejora de la atención a los pacientes crónicos con *"prácticamente los mismos recursos con los que contamos actualmente"*.

En este documento se recogen las **recomendaciones propuestas de forma preliminar** por SADEMI, SAMFyC y SEMERGEN Andalucía para mejorar la atención a personas con enfermedades crónicas, para su posterior priorización y consenso en el desarrollo del II Encuentro organizado por las tres sociedades. Inicialmente, las acciones propuestas se agrupan en **cuatro apartados**:

I. Análisis de situación y puesta en valor de la atención a la cronicidad

II. Acciones de Estructura.

III. Acciones de Proceso.

IV. Acciones de Resultados.

Dicha clasificación se realiza también con carácter preliminar. Las acciones que finalmente se consensuen podrían agruparse aplicando otro criterio que pudiera, en su caso, resultar más adecuado (p.e. diferenciando entre acciones de competencia institucional y acciones que podrían impulsarse desde el ámbito profesional en el entorno de las Unidades de Gestión Clínica).

## RECOMENDACIONES

### I. Análisis de situación y puesta en valor de la atención a la cronicidad

#### ACCIÓN 1.

**Operativizar el Plan de Cronicidad de Andalucía, desde las Unidades de Gestión Clínica (UGC), con análisis de fortalezas y debilidades,** asumiendo las debilidades a cambiar y marcar una hoja de ruta para el futuro desde las Gerencias de Área ó Distritos de Atención Primaria, con impulso real y decidido, desde el Servicio Andaluz de Salud y la Consejería de Salud.

#### ACCIÓN 2.

**Marketing desde la esfera política y directiva** para dar valor y categoría a toda la asistencia sanitaria.

### II. Acciones de Estructura

#### ACCIÓN 3.

**Medidas de Promoción de Salud:** educación, vivienda, alimentación, estilos de vida... Estas actividades deben realizarse desde políticas gubernamentales.

#### ACCIÓN 4.

**Dotar de herramientas que permitan medir la complejidad del producto sanitario en Atención Primaria (ACGs),** para ajustar recursos, y establecer en cada UGC la complejidad de la atención sanitaria según su situación territorial de dispersión, ruralidad, ó desigualdad social, sin olvidar la atención diferenciada a la existencia de residencias de mayores ó de personas discapacitadas en el entorno de la UGC.

#### ACCIÓN 5.

**Reordenar, y si precisa incrementar, los recursos profesionales** tanto en AP como en Medicina Interna (MI). Existe disparidad y frecuentemente deficiencia de recursos.

#### ACCIÓN 6.

**Profesionalizar los/las directivos/as.** Es necesario el “conocimiento” y actitud “proactiva” de responsables de los Centros de AP y AH.

#### ACCIÓN 7.

**Promover la autonomía de las Unidades de Gestión Clínica.**

#### ACCIÓN 8.

**Responsabilidad sociosanitaria.** De la propia Administración sanitaria.

#### ACCIÓN 9.

**Desplegar recursos (profesionales y materiales) donde se encuentran los/las pacientes,** en el entorno del domicilio, con medida de ajuste de recursos según la complejidad del paciente.

#### ACCIÓN 10.

**Reorientar las Agendas de AP.**

- Facilitar tiempo para la atención sanitaria, sobre todo en AP.
- Introducir cambios para la dedicación a determinadas tareas.
- Disponibilidad de tiempo para hacer una valoración integral del paciente.
- Establecer una agenda específica para la realización de visitas domiciliarias conjuntas medicina-enfermería y para la valoración de pacientes crónicos complejos.

### III. Acciones de Proceso

#### ACCIÓN 11.

**Formación de los/las profesionales** en atención integral a pacientes crónicos. Es necesario que los/las profesionales se formen en lo que hacen.

- Cursos de formación de formadores en los Distritos de AP.
- Cursos de formación en los servicios de MI.

#### ACCIÓN 12.

**Reorientar actividades de la Escuela de Pacientes** hacia las personas enfermas. En la actualidad están más orientadas hacia las enfermedades.

#### ACCIÓN 13.

**Promoción del autocuidado de los pacientes desde la UGC** y apoyo desde la esfera política y directiva de la necesidad de la corresponsabilidad ciudadana en la sostenibilidad de los servicios públicos.

#### ACCIÓN 14.

**Abrir pruebas complementarias a AP de forma protocolizada.** Acceso de los/las médicos/as de familia a la petición de las pruebas complementarias necesarias para la valoración y seguimiento de pacientes crónicos.

#### ACCIÓN 15.

**Establecer población diana por UGC, Áreas de Gestión Sanitaria o Distritos de AP:**

- Establecer **población diana** por UGC, Área de Gestión Sanitaria, ó Distrito de Atención Primaria con hospital de referencia de su población asignada, y **estratificar pacientes según gravedad**, para identificar los casos más complejos. Estos casos requieren del sistema sanitario ser proactivo para su cuidado, y circuitos rápidos y efectivos para las crisis de inestabilidad clínica.
- Realización de **Valoraciones Integrales** a los pacientes incluidos en los **Programas de inmovilizados**.
- **Estratificar a los pacientes pluripatológicos**, con enfermedades crónicas avanzadas y paliativos.
- Facilitar **electrónicamente** dicha acción.

#### ACCIÓN 16.

**Prácticas de “no hacer” o elegir juiciosamente.**

- Creación de un Grupo de Trabajo en cada Unidad de Gestión Clínica para establecer propuestas de **"dejar de hacer"**.
- Son conocidas por muchos e implementadas por pocos. Esta reunión podría ser un momento para protocolizarlas sin necesidad de inventar, ya que hay experiencias como la propia del Ministerio de Sanidad, NICE y Choosing wisely.



#### ACCIÓN 17.

Impulsar **actuaciones específicas de colaboración entre AP y MI** en el seguimiento de pacientes crónicos:

- Definir la **población de pacientes crónicos complejos**.
- **Conciliación terapéutica transicional**. Depende de nosotros/as y lo hacemos poco.
- Establecer los **mecanismos de derivación** de AP a la consulta de MI de crónicos.
- Asignación de un **internista de referencia** en cada UGC.
- **Facilitar la comunicación entre los/las profesionales** (electrónicas, telemáticas...). Obtener dispositivos para poder comunicarse. Incluir en Agendas de AP y AH.
- Reservar un espacio definido en las agendas para **consultas telefónicas**.
- Realización de **sesiones clínicas conjuntas AP/Internista de referencia**.
- **Compartir espacios y objetivos de trabajo** entre AP y AH, y entre médicos/as y enfermeros/as, con identificación de equipos multidisciplinares y reparto de responsabilidades.

#### ACCIÓN 18.

- Poner en marcha en todas las Áreas de Gestión la **Hospitalización y Atención domiciliaria**. Inequidad manifiesta.

### IV. Acciones de Resultados

#### ACCIÓN 19.

**Evaluar el impacto del objetivo de “Citas rechazadas de Salud Responde”** en la organización de la atención sanitaria en AP.

#### ACCIÓN 20.

**Evaluar medidas implementadas mediante indicadores**. Explotación de resultados desde las herramientas electrónicas que ya poseemos.