

Jornada de Trabajo SEMERGEN Andalucía (Islantilla, 2015)

# “Innovación en la atención a personas con enfermedades crónicas”

## Informe Técnico 1

Condiciones necesarias para facilitar la atención a personas con problemas complejos

## Informe Técnico 2

Taller pluripatología y polimedicación:  
Aportaciones de los grupos de trabajo

Informes Técnicos presentados en la **Jornada de Trabajo “Innovación en la atención a personas con enfermedades crónicas: Formación en el Uso Racional del Medicamento”**, celebradas en Islantilla (Huelva) los días 29 y 30 de Mayo de 2015, en el marco del 10º Congreso Andaluz de Médicos de Atención Primaria organizado por **SEMERGEN Andalucía**.

SEMERGEN Andalucía expresa su agradecimiento a las sociedades SADEMI, SEMG Andalucía y ASANEC, que gustosamente aceptaron participar en estas jornadas y cuyas aportaciones fueron relevantes en las conclusiones obtenidas de las mismas.

Edita: Escuela Andaluza de Salud Pública, 2015.  
[www.easp.es](http://www.easp.es)

*Autoría Informe Técnico 1:* Santiago Martín Acera.

*Autoría Informe Técnico 2:* Carmen Pérez Romero; Diana Gosalvez Prados; Begoña Isac Martínez; Eva Martín Ruiz; María Natividad Moya Garrido.

ISBN: 978-84-608-3651-3





## Índice

### **Informe Técnico 1. Condiciones necesarias para facilitar la atención a personas con problemas complejos**

---

Índice	1
<b>1 Ficha Técnica</b>	<b>5</b>
<b>2 Listas de condiciones necesarias para facilitar la atención a las personas con problemas complejos</b>	<b>8</b>
2.1 Resumen	8
2.2 Lista inicial de condiciones necesarias agrupadas por niveles de gestión responsables de su implantación	9
2.3 Lista ampliada de condiciones necesarias agrupadas por niveles de gestión responsables de su implantación	11
2.4 Análisis estadístico: conclusiones y resultados	14
2.5 Análisis cualitativo. Conclusiones y Resultados	15
<b>3 Usina de ideas para su transducción práctica en la atención a pacientes complejos</b>	<b>16</b>
3.1 Resumen	16
3.2 Glosario de ideas ordenadas alfabéticamente	17

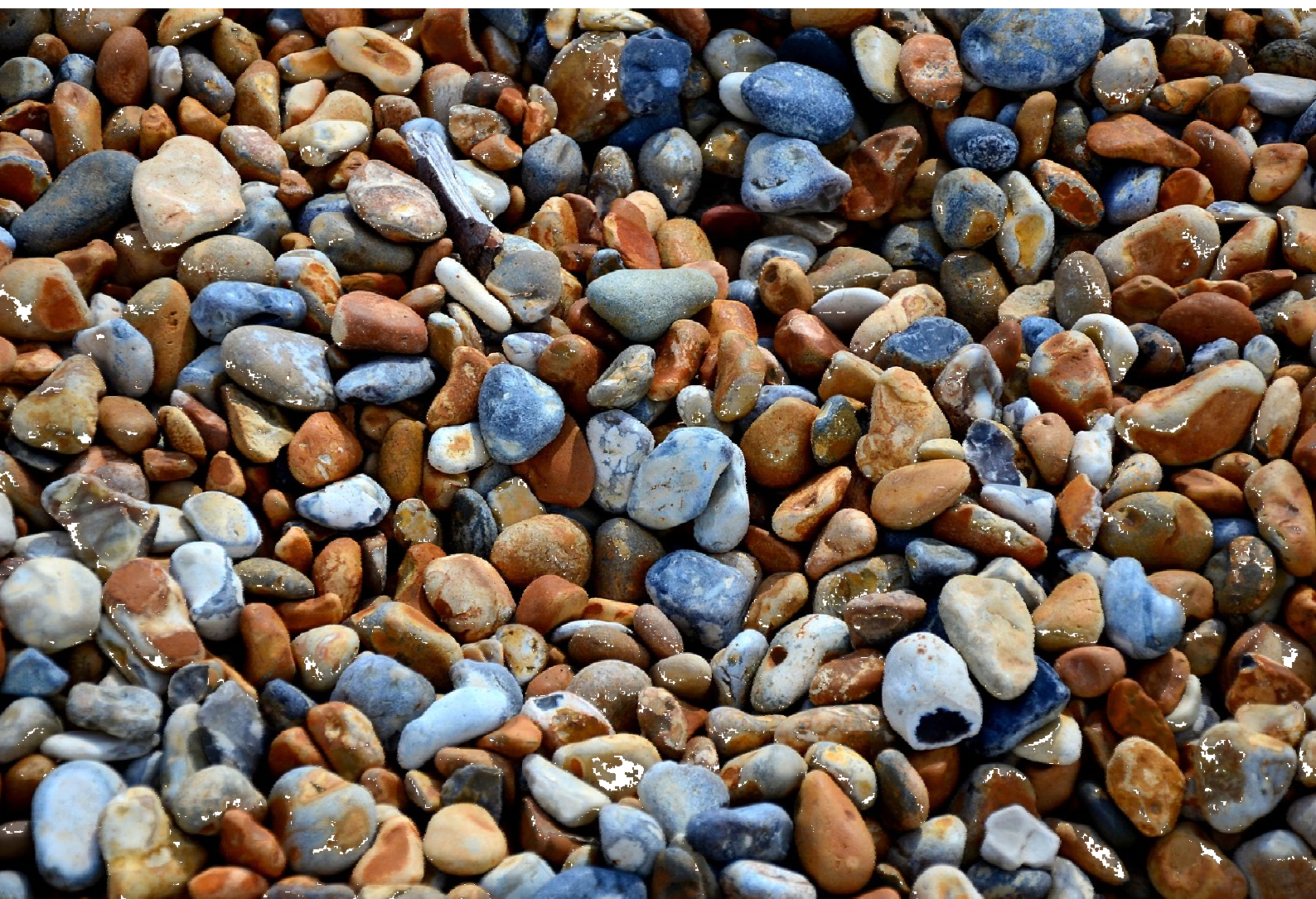
## **Informe Técnico 2. Taller Pluripatología y Polimedicación: Aportaciones de los grupos de trabajo**

---

<b>Introducción</b>	<b>27</b>
<b>1 Objetivos y Metodología</b>	<b>28</b>
1.1 Objetivos	28
1.2 Metodología	28
<b>2 Resultados de los grupos de trabajo</b>	<b>31</b>
2.1 Dificultades en el proceso de atención a pacientes crónicos complejos	31
2.2 Identificación de acciones que facilitan la implantación efectiva de la Estrategia de Cronicidad	36
2.3 Identificación y priorización de acciones específicas	44
<b>ANEXO I: Desarrollo horario de los grupos de trabajo</b>	<b>56</b>
<b>ANEXO II: Participantes en los grupos de trabajo</b>	<b>57</b>

## **Informe Técnico 1**

Condiciones necesarias para facilitar la atención a personas con problemas complejos



## **Autoría**

Santiago Martín Acera

Director de Innovaciones en Gestión Clínica del Servicio Andaluz de Salud



## 1 Ficha Técnica

**Grupo de Expertos:** 20 médicos/as de Atención Primaria.

**Método de selección:** de conveniencia en función de un perfil predefinido.

### Perfil:

- Médico/a de Atención Primaria en ejercicio clínico.
- Con experiencia de trabajo en Atención Primaria superior a 10 años o experiencia de trabajo en Atención Primaria menor pero experiencia de trabajo en planificación y gestión en Atención Primaria que completa el periodo de 10 años.
- Con interés en el trabajo correcto con pacientes complejos (porcentaje de pacientes catalogados como tales de su lista total  $\geq 10\%$ , participante en grupos de trabajo para la elaboración de protocolos o estrategias de intervención).

### Proceso:

1. Identificación de las personas integrantes del Grupo de Personas Expertas con ayuda de las Direcciones de Distrito de las Unidades de Gestión Clínica (UGC) a las que pertenecen. En el caso de Comunidades Autónomas diferentes a la andaluza: identificación desde la coordinación del estudio.
2. Captación telefónica. Explicación de la finalidad del estudio. Aceptación. Compromiso de respuesta reflexiva en menos de siete días.
3. Envío de documento cuestionario con:
  - a. Lista de condiciones pre seleccionadas elaborado por el equipo de proyecto y recogidas desde la bibliografía, casos de éxito y / o entrevista directa a líderes en la atención a pacientes crónicos complejos desde la bibliografía.

- b. Pregunta abierta para identificación de cinco condiciones necesarias que, no estando en la lista inicial, se considerasen muy importantes, ordenándolas de mayor a menor importancia.
  - c. Espacio abierto de “comentarios” a la lista inicial, a su propia lista y / o a la finalidad del estudio.
4. Procesado de respuestas y elaboración de dos listas de condiciones facilitadoras, agrupadas por los tres niveles de gestión: microgestión, mesogestión y macrogestión.  
Programa utilizado: Microsoft Excel.  
Metodología:
  - Cuantitativa: medidas de tendencia central (mediana) y dispersión (distancia).
  - Cualitativa: agrupación por ítems clave y por niveles de gestión.
5. Reenvío del documento de procesado y conclusiones a los participantes.

**Periodo de realización del estudio:** entre el 4 y el 20 de mayo de 2015.



## Grupo de Personas Expertas (por Comunidad Autónoma y orden alfabético)

### ○ Andalucía:

Ángel González (Cádiz)  
Beatriz López (Sevilla)  
Esther Martín Auriolés (Málaga)  
Federico Jiménez (Granada)  
Fermín Quesada (Granada)  
Francisco Atienza (Sevilla)  
Gabriel Gómez (Sevilla)  
Guillermo Moratalla (Cádiz)  
Juana Redondo (Córdoba)  
María Rosa Sánchez Pérez (Málaga)  
Miguel Sagristá (Sevilla)  
Paloma Almagro Martín – Lomeña (Málaga)  
Rafael Baena Sáez (Cádiz)  
Salvador Cuesta Toro (Málaga)  
Yolanda Corchado Alvalat (Sevilla)

### ○ Aragón:

Manuel García Encabo

### ○ Castilla y León:

Verónica Casado Vicente  
Carina Andrés Gonzalo

### ○ Galicia:

Joaquín Serrano Peña

### ○ Madrid:

Ricardo Ruiz de Adana

## 2 Listas de condiciones necesarias para facilitar la atención a las personas con problemas complejos

### 2.1 Resumen

A continuación se presentan 70 condiciones que podrían facilitar la atención a las personas con problemas complejos en el entorno clínico cotidiano en el que ejercen.

Han sido elaboradas por 20 veinte médicos/as de Atención Primaria de Andalucía, Aragón, Castilla y León, Galicia y Madrid participantes en un Grupo de Personas Expertas seleccionado a través de una muestra de conveniencia (ver epígrafe anterior).

Para ello:






1. Se les ha presentado un caso clínico real de un paciente atendido en una Unidad de Gestión Clínica de Atención Primaria, que ha servido para identificar sin lugar a dudas el término “paciente con problemas complejos”.
2. Se les ha facilitado un listado inicial de 24 condiciones facilitadoras de la atención a este tipo de pacientes, elaborado por el equipo de proyecto y recogidas desde la bibliografía, casos de éxito y / o entrevista directa a líderes en la atención a pacientes crónicos complejos.
3. Se les ha pedido que, bajo un criterio único, su experiencia profesional:
  - a. Prioricen por orden de importancia (de 1 a 24 puntos) el listado inicial de condiciones necesarias.
  - b. Que identifiquen un máximo de cinco condiciones más (y diferentes a las anteriores) ordenadas de mayor a menor importancia.
  - c. Que añadan los comentarios relevantes y oportunos al objeto del estudio.









Las condiciones identificadas como “necesarias para facilitar la correcta atención a pacientes con problemas complejos en Atención Primaria” se presentan en varias tablas organizadas por niveles de gestión en que se agrupan las condiciones identificadas:

- Las tres primeras tablas corresponden con la Lista Inicial desagregada por niveles de gestión. La numeración y los colores de los ítems (o condiciones), corresponden con:
  - La numeración original de las condiciones.
  - La identificación por códigos de colores de la importancia que se les ha concedido por el Grupo de Personas Expertas en función del valor mediana (para evitar la influencia de los valores extremos).
- Las tres siguientes tablas corresponden con la Lista Ampliada con las condiciones añadidas por las personas expertas al listado inicial, también agrupadas por niveles de gestión y numeradas correlativamente.

## 2.2 Lista inicial de condiciones necesarias agrupadas por niveles de gestión responsables de su implantación

### Códigos de colores:

-  (mediana 17 sobre 24)
-  (mediana 16 sobre 24)
-  (mediana entre 13 y 15 sobre 24)
-  (mediana en 12 sobre 24)
-  (mediana 9 y 10 sobre 24)

Nivel Gestión	ítem	Descripción
Micro	 1	El espacio a utilizar para llevar a cabo una prestación singular se diversifica: centro de Atención Primaria, familia, entorno, hospital.
Micro	 2	Hay que adecuar el tiempo dedicado y conciliar las agendas a esa realidad. El paciente complejo requiere de un tiempo específico.
Micro	 3	Lo anterior exige distribuir los tiempos de cada rol profesional que interviene en la prestación singular en función de las tareas específicas requeridas.
Micro	 4	Una dirección / liderazgo único, criterios de atención y de aplicación de tareas de cada rol normalizados y coordinados bajo esa dirección
Micro	 6	Los y las profesionales de medicina han de prescindir de dedicar tiempos “preciosos” para problemas que no deberían abordarse en la consulta de medicina de familia y que se relacionan en el ítem 5.
Micro	 7	Identificar y asumir los roles y tareas profesionales definidos en la prestación singular (qué hace quién, incluidos hospital, la persona – autocuidado / autogestión, la familia y el entorno social – de apoyo.
Micro	 10	Identificación inequívoca y nominal de: La persona que necesita y recibe el servicio.
Micro	 11	Identificación inequívoca y nominal de: la agenda individual para esa persona y ese problema del equipo y de todos sus integrantes.

Nivel Gestión	ítem	Descripción
Micro	12	Identificación inequívoca y nominal de la prestación específica tanto Clínica como de cuidados de enfermería, de atención social, de atención familiar, de grupos de autoayuda y/o del equipo del Hospital.
Micro	13	Identificación inequívoca y nominal de la persona líder, de los responsables de cada área de cuidados y la forma de prestación de la atención: cuando, por qué, dónde y cómo se les localiza (accesibilidad).
Micro	15	Identificación inequívoca de soluciones a los problemas de aptitud (formación instrumental + acompañamiento experto o como mínimo, estancias en centros de éxito + monitorización / ayuda no presencial por personas expertas ante casos dudosos o problemas cuya solución no se encuentra allá dónde se intenta). Utilización de TIC's (telemedicina).
Micro	16	Identificación inequívoca de: Soluciones a los problemas de actitud y/o falta de colaboración (identificación objetiva + sistema de incentivos discriminante).
Micro	23	Abordaje grupal – integral de problemas crónicos: algias crónicas; desórdenes emocionales...: objetivo promover autonomía y desanitarizar.
Meso	1	Redefinir el equipo de atención y prestación del Servicio para que incluya a la persona, la familia, el entorno y el hospital.
Meso	2	<p>Aumentar la competencia en abordaje integral, multiaxial, multiprofesional y centrado en la persona de pacientes crónicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Profesionales de medicina de familia que sepan evaluar los problemas de salud, priorizar intervenciones y reevaluar la terapéutica (eliminar fármacos innecesarios o poco seguros – eficientes) para seleccionar lo esencial junto con el paciente y centrados en sus necesidades.</li> <li>▪ Profesionales de medicina de familia, enfermería y trabajo social que sepan trabajar en equipo a la hora de valorar multiaxialmente al paciente y se fijen objetivos compartidos (aún con prestaciones individuales) y estrategias de seguimiento – reevaluación: gestión compartida del caso.</li> </ul>
Macro	5 22	La enfermería ha de liderar y realizar en su consulta la promoción de la autonomía en la resolución de problemas banales agudos (CVA, gastroenteritis, rinoconjuntivitis alérgicas conocidas...) o complicaciones / descompensaciones leves de problemas crónicos (algias crónicas, glucemias discretamente alteradas, cifras tensionales con variaciones mínimas...). Objetivo promover autonomía y desmedicalizar - desanitarizar
Macro	9	Renovar la forma de prestación del servicio: flexible, específica, sensible, integradora, orientada a la obtención de resultados (prevención, promoción, atención, rehabilitación, médica, enfermera, social, familiar).
Macro	14	La generación de entornos de cuidados integrados 24x367 (especialmente plataformas de cuidados en los espacios “vacíos” tanto de atención cómo de información: información sobre cambios del plan de cuidados que pueden desembocar en una descompensación o necesidad de cubrir “ausencias” de cuidadores o dificultades de localización).
Macro	17	Ajuste de recursos a la complejidad de la morbilidad atendida (asignación ajustada por ACG's o CRG's + análisis y mejora de la variabilidad de los consumos por atención según explotaciones por ACG's o CRG's).

Nivel Gestión	ítem	Descripción
Macro	18	Ajuste de recursos no clínicos (implicación de las áreas de gestión de recursos: Distrito / Hospital para la dimensión clínica + implicación de la macrogestión – SAS / Consejería para la asignación de una oferta de recursos concretos para el área social + implicación del Gobierno para la asignación de una oferta de recursos concretos para el resto de áreas que son concausa del problema).
Macro	19	En definitiva: si el problema es supra sanitario (en cierta medida, global) se trata de que la lista nominal de personas cuya complejidad requiere una atención prioritarias sea compartida por todas las Consejerías afectadas, para una asignación / plan personalizado de recursos. Dicha asignación ha de ser conocida y estar en el marco de la gestión del responsable de la atención a la persona.
Macro	20	Definir quién debería ser la persona responsable (¿médico/a de familia?), cuál es su capacidad de toma de decisiones y con qué recursos cuenta efectivamente.
Macro	21	Definir, vincular, medir y evaluar los objetivos de resultado clínico / en salud a seguir de forma personalizada (persona a persona de la lista nominal de personas con problemas complejos). Ejemplos de resultados podrían ser: ingresos hospitalarios y reingresos hospitalarios sanitariamente evitables, mortalidad sanitariamente evitable y calidad de vida relacionada con la salud de estas personas, es decir, no mediante cuestionarios estandarizados para procesos específicos sino generales.

**Códigos de colores:**

■ (mediana 17 sobre 24), ■ (mediana 16 sobre 24), ■ (mediana entre 13 y 15 sobre 24), ■ (mediana en 12 sobre 24), ■ (mediana 9 y 10 sobre 24).

## 2.3 Lista ampliada de condiciones necesarias agrupadas por niveles de gestión responsables de su implantación

**Códigos de colores:**

- ■ (mediana 17 sobre 24)
- ■ (mediana 16 sobre 24)
- ■ (mediana entre 13 y 15 sobre 24)
- ■ (mediana en 12 sobre 24)
- ■ (mediana 9 y 10 sobre 24)






Nivel Gestión	ítem	Descripción
Micro	25	Definición de objetivos clínicos y personales de manera conjunta con el paciente y su entorno.
Micro	26	Elaboración del Plan de Actuación de pacientes complejos a través de una “valoración multiprofesional” realizada de forma conjunta en el espacio y el tiempo.
Micro	27 6	Disminuir la demanda no médica para permitir dedicar más tiempo al paciente.

Nivel Gestión	ítem	Descripción
Micro	28	Tiempo. Aumentar el tiempo que tenemos los y las médicos/as de familia para atender a pacientes.
Micro	29	Visitas domiciliarias preactivas.
Micro	30	Soporte telefónico proactivo por enfermería.
Micro	31	Reorganización clínica del trabajo de enfermería.
Micro	32	Potenciar la visita domiciliaria conjunta medicina-enfermería.
Micro	33	Habilitar 1 día a la semana para atención domiciliaria programada.
Micro	34	Reorganización con criterios de apoyo clínico del personal administrativo.
Micro	35 12	Educación sanitaria, hay que corresponsabilizar al paciente y su entorno de su propia salud, hay situaciones que se pueden prever que necesitarán apoyo.
Micro	36	Continuidad en el seguimiento de estos pacientes por parte de los mismos profesionales y a lo largo del tiempo.
Micro	37	Aumentar la formación en autocuidado en todas las facetas de su enfermedad y de esta forma potenciar la toma de decisiones compartida. Formación específica de la familia.
Micro	38	Potenciar el trabajo en equipo en Atención Primaria, volver a la Unidad de Atención Familiar (UAF). Organización funcional real medicina-enfermería- (UAF).
Meso	39	Mejorar la comunicación entre los diferentes agentes que participan en la atención al paciente (Atención Primaria, Hospital, Servicios Sociales). Mejorar la coordinación Atención Primaria/Hospital agilizando las consultas y actuaciones con pacientes crónicos complejos. Gestión eficaz de la atención en red en pacientes con problemas complejos. Conocimiento entre especialistas y médicos/as de familia, espacios de formación o asistencia compartidos entre médicos/as de familia y otros especialistas de referencia.
Meso	40	Tener acceso a Cartera de Servicios desde Atención Primaria.
Meso	41	Mayor participación de profesionales implicados en la toma de decisiones sobre los planes de gestión.
Meso	42 8	Tener profesionales referentes (médico/a de familia fuera del Hospital, internista en ingresos y enfermero/a gestor/a de casos de familia para los cuidados) que consensuen los protocolos de atención.
Meso	43	Disponer de circuitos ágiles para el flujo de pacientes.
Meso	44	Implicación de directivos en la creación y mantenimiento de los cambios organizativos.
Meso	45	Homogeneizar mensajes en todos los ámbitos de atención.
Meso	46	Papel de Liderazgo en la planificación de actuación de pacientes complejos, de la Enfermero/a Gestor/a de Casos y Trabajador/a Social, como unidad funcional de coordinación entre todos los recursos sanitarios, sociales, familia y entorno. Mayor implicación Enfermero/a Gestor/a de Casos en la preparación y elaboración del alta hospitalaria, para el correcto recibimiento del paciente en el domicilio.
Meso	47	Acceso inmediato y profesional a médicos/as de otras especialidades.

Nivel Gestión	ítem	Descripción
Meso	48	Disponer de un equipo Multidisciplinar (con experiencia en pacientes de alta complejidad; MF +Enfermería +TS) de Atención Domiciliaria para intervenciones puntuales en pacientes complejos en fase aguda o situación crítica, similar a los equipos de cuidados paliativos.
Meso	49	Adecuada reposición de personal (bajas, jubilaciones, permisos). Acabar con la precariedad en la contratación de profesionales y con el acumulo generalizado de tareas al no cubrir las bajas, que genera de un auténtico problema de desmotivación y burning-out y un deterioro de la atención.
Meso	50	Estructuras intermedias Atención Primaria-Atención Hospitalaria, (ida y vuelta de pacientes al hospital, resolver dudas, citas).
Meso	51	Coordinación socio-sanitaria de forma simultánea en Atención Primaria y Hospitalaria (no puede haber agencias de evaluación independientes).
Meso	52	Creación espacio intermedio de corta estancia tras el alta y domicilios, similar casas de acogidas-cuidados-formación y preparación para la vuelta al domicilio.
Macro	53 14	Historia Clínica única e integrada para la atención al paciente, y que garantice la adecuada comunicación y cooperación entre profesionales de los diferentes estamentos y niveles asistenciales que atienden al paciente, basada en la información compartida y el uso de herramientas comunes. Accesibilidad en todos los ámbitos asistenciales a la HCE.
Macro	54	Potenciar el uso de tecnologías que posibiliten un mejor aprovechamiento del escaso tiempo disponible.
Macro	55	Diseñar escalas de complejidad de pacientes cuantitativas y cualitativas, que ayuden a la priorización de actuaciones.
Macro	56 20	Atención Primaria como eje gestor del sistema. Definir inequívocamente la prestación del servicio (liderazgo) por el EAP. Promover una redistribución de recursos que potencie a la Atención Primaria como provisor de la atención a pacientes complejos. Traslado de recursos desde el hospital hacia Atención Primaria. Aumentar los medios de los que dispone Atención Primaria, conllevaría agilidad y cercanía y aumento de resolución. Potenciar la Atención Primaria ya que supone el sustento de sistema sanitario, dando mayor empoderamiento a sus profesionales ya que son los que conocen a los pacientes crónicos.
Macro	57	Enfermería como entrada del sistema. Triage del acceso al médico/a de familia.
Macro	58 18	Recursos sociales para problemas sociales. En los casos en los que exista una problemática social en los pacientes crónicos complejos los servicios sociales deben asumir y dar respuesta a la misma.
Macro	59	Enfermeros/as especialistas en Atención Primaria. Desarrollar la especialidad de enfermería de familia.
Macro	60	Integrar atención social y sanitaria.
Macro	61 17	Incentivación capítativa ajustada al riesgo. Mayor peso de pacientes complejos (multiplicar su peso por 10). Ajuste presupuestario adecuado.
Macro	62	Aparcar nuevos modelos de atención sin evidencia sólida en mejora de resultados en salud.
Macro	63	Utilización de la receta electrónica en todo el SAS. También por los médicos/as de hospital.

Nivel Gestión	ítem	Descripción
Macro	64	No aprobar la financiación de fármacos de dudosa eficacia o que no aportan nada nuevo.
Macro	65	Promover la desmedicalización.
Macro	66	Aumentar el tiempo que tienen los profesionales de medicina de familia para atender a los pacientes.
Macro	67 21	No medir ni evaluar los resultados clínicos por los ingresos hospitalarios.
Macro	68 17	Definir el paciente y estratificarlo, incluye un amplio y variado grupo de pacientes con distintas necesidades. Estratificación del paciente en función de su capacidad funcional, sanitaria y social.
Macro	69	Desmontar el actual perverso sistema de incentivos híper burocratizado y alejado de la atención a la población. Generador de perversiones (se registra lo que no se hace, se dedica más tiempo al registro que a atender a la población).
Macro	70	Acabar con la precariedad en la contratación de profesionales y con el acumulo generalizado de tareas al no cubrir las bajas, que genera de un auténtico problema de desmotivación y burning-out y un deterioro de la atención: Los pacientes complejos son las primeras víctimas de ello.

**Códigos de colores:**

 (mediana 17 sobre 24),  (mediana 16 sobre 24),  (mediana entre 13 y 15 sobre 24),  (mediana en 12 sobre 24),  (mediana 9 y 10 sobre 24).

**Nota:** El segundo número (en color) corresponde con ítems similares de la LISTA INICIAL.

## 2.4 Análisis estadístico: conclusiones y resultados

1. La valoración de las condiciones necesarias para facilitar la correcta atención a las personas con problemas complejos es plural (elevada distancia entre límites superior e inferior), como expresión lógica de la multifactorialidad del problema.
2. Todas las condiciones, no obstante, son consideradas pertinentes por las personas participantes (salvo tres condiciones – ítems 16, 21 y 23 – todas son puntuadas por encima de una mediana  $\geq 12$  puntos sobre 24 puntos posibles).
3. Las condiciones 17 y 21, por su importancia estratégica para el SAS se estudian a parte.
  - a. Condición 17 (Ajuste por morbilidad – ACG's). Más de la mitad de las personas participantes la consideran entre necesaria y muy necesaria (globalmente obtiene una mediana de 12. Desagregadamente pero ordenados de menor a mayor, las



puntuaciones fueron: 1, 2, 2, 3, 4, 6, 6, 8, 9, 10, 12, 12, 12, 13, 15, 16, 17, 20, 21 y 23).

- b. Condición 21 (Evaluación personalizada de resultados clínicos / en salud). Se aprecia una bipolarización de la opinión. Menos de la mitad de las personas participantes (mediana= 10) la consideran necesaria. Sin embargo, seis de ellas le otorgan una alta o muy alta prioridad (puntuando  $\geq 15$ ) y otros seis baja o muy baja (puntuando  $\leq 6$ ).

## 2.5 Análisis cualitativo. Conclusiones y Resultados

Este análisis hace especial hincapié en las relaciones entre condiciones (ítems) independientemente de que pertenezcan a diferentes niveles de gestión. Con ello se pone el acento en la necesidad de una política corporativa que aporte coherencia (de arriba – abajo) a sus estrategias, impulsando las condiciones necesarias de su ámbito de responsabilidad que estén ligadas a lo operativo, sin las cuales difícilmente será posible aportar sostenibilidad y escapar del voluntarismo o evitar el agotamiento de profesionales y proyectos altamente implicados en la atención al tipo de personas objeto de estudio.

### Caso 1. Ítems 5 y 22 (del nivel macro) como “potenciadores” del ítem 6 (del nivel micro)

Difícilmente los y las profesionales de medicina podrán “liberar tiempos preciosos” para la atención de lo relevante (ítem 6) si otros/as profesionales, especialmente de enfermería (ítems 5 y 22), pero también administrativos/as, no participan activamente en la atención a lo banal o en la desburocratización, respectivamente.

## 3 Usina de ideas para su transducción práctica en la atención a pacientes complejos

### 3.1 Resumen

En el año 2003, Berwick en su “diseminación de innovaciones”<sup>1</sup>, identificó cinco perfiles de personalidad relacionados con la generación de innovaciones científicas, su difusión y la adopción de las mismas (innovadores, adoptadores tempranos, mayoría temprana, mayoría tardía y conservadores).

Básicamente, Berwick, nos viene a decir que cada grupo humano funciona en definitiva como un "sistema generador de innovaciones". De los cuatro microsistemas que Berwick señala como necesarios para la difusión de “innovaciones”, nos interesan dos:

1. La usina de ideas (liderada por los innovadores, es decir, las personas capaces de convertirse en fuente creadora de ideas novedosas).
2. La transducción ideo-práctica (vehiculada por los “adoptadores tempranos”. Personas o profesionales que tienen una mayor tendencia a adoptar las novedades respecto de la media, interactúan con los innovadores y están muy bien conectados socialmente además de ser formadores de opinión).

**En nuestro planteamiento para identificar condiciones necesarias para facilitar la mejor atención posible, con los recursos de los que disponemos, a las personas con problemas complejos, hemos utilizado una metodología bottom – up o de abajo – arriba, considerando a:**

- **Como innovadores a los profesionales clínicos** (médicos/as de Atención Primaria, específicamente) quienes, desde su experiencia práctica en la atención a este tipo de personas, **generan las ideas** que, posteriormente,
- Los profesionales de la gestión (especialmente del nivel meso, es decir, de los centros de gestión más próximos a los anteriores, sean Distritos u Hospitales), como **adoptadores**

---

<sup>1</sup> Berwick D. *Disseminating Innovations in Health Care* JAMA. 2003; 289: 1969-1975.

**tempranos**, serán capaces de traducir a la práctica, mediante la identificación de los mecanismos de implantación y generalización.

Esperamos que la tabla que a continuación se presenta, que recoge el lenguaje natural en el que las ideas de los/las médicos/as de Atención Primaria han considerado relevantes para facilitar la mejor atención posible a las personas con problemas complejos, ayude a alcanzar este fin.

### 3.2 Glosario de ideas ordenadas alfabéticamente

Palabra clave	Idea asociada
Accesibilidad (pruebas)	Garantizar <b>acceso a pruebas</b> diagnósticas y terapéuticas con minoración del traslado del paciente.
Actitud	<b>Actitud</b> proactiva del sistema y de profesionales. Utilización de las nuevas tecnologías –teleasistencia, monitorización de pacientes crónicos en el domicilio, llamadas telefónicas, etc., como estrategia de <b>proactividad</b> del sistema y sus cuidadores.
Agendas	Adaptación de <b>agendas</b> al cuidado de pacientes complejos (por morbilidad y riesgo) en consulta y a domicilio.
Asignación	Sistemas de incentivación <b>capitativa</b> de profesionales ajustada al riesgo y complejidad de los pacientes atendidos y resultados obtenidos. Estratificar cupos según morbilidad y riesgo: <b>TAEs</b> (tarjetas <b>ajustadas</b> a estratificación).

Palabra clave	Idea asociada
Atención (modelos)	<p>Alianzas entre profesionales e instituciones para garantizar la <b>atención</b> todos los días y todas las horas.</p> <p>Modelos de <b>atención</b> de relación <b>no presencial</b> (atención telefónica, skype...)</p> <p>La adopción de otros <b>modelos</b> de atención diferentes a la Atención Primaria, sin que existan evidencias sólidas de resultados en salud para esta población puede constituir una fuente de confusión entre los profesionales y producir una proliferación de <b>estructuras de atención</b> paralelas en un sistema público de recursos finitos.</p> <p>Existe experiencia (Casajuana, Bellón) de destinar una mañana a la semana para <b>atención domiciliaria</b>, por parte del médico de familia. Aun no disponiendo de tanto tiempo, permite atender en su entorno a este tipo de pacientes y estabilizarlos.</p> <p>Es muy rentable, en este tipo de pacientes la <b>visita conjunta médico-enfermera</b>.</p> <p>El PAI del Pluripatológico es imposible de realizar en consulta a demanda.</p> <p>Definir bien el equipo que va a trabajar con estos pacientes y conocer el rol de cada uno y que todos lo cumplan después. Que sea una <b>prestación flexible</b>, generando <b>cuidados integrados</b>, desde un abordaje grupal, aumentando la formación, mejorar la aptitud, ajustes de recursos, quién es el responsable, trabajar la actitud, ver la accesibilidad.</p>
Atención Primaria	<p>Empoderamiento de la <b>Atención Primaria</b>: eje central real del sistema, gestora de casos y reguladora de flujos con financiación ajustada a ello.</p> <p>El paciente complejo solo puede ser entendido desde su ámbito más cercano y aquí es donde la <b>Atención Primaria</b> juega un papel fundamental como "agente de salud" del paciente integrando las diferentes respuestas que se ofrecen a sus necesidades. La dotación de recursos (desarrollo competencial para el abordaje -incluyendo el desarrollo de la especialidad de enfermería de familia- y de recursos materiales...) debería, desde mi punto de vista ser el eje central de cualquier estrategia de abordaje.</p>
Autonomía / Autocuidado	<p>No se trata de desmedicalizar para "enfermerizar", sino de que el <b>paciente sea autónomo</b>.</p> <p>Implicación de pacientes y sus cuidadores en el <b>autocuidado</b>.</p>

Palabra clave	Idea asociada
Enfermería	<p>La <b>consulta de enfermería</b> para descompensaciones leves de crónicos es necesaria.</p> <p>Reorganizar la accesibilidad del sistema (la cual no debe perderse) trasladándola del médico de familia a la <b>enfermería comunitaria</b>.</p> <p><b>El liderazgo</b> debe orientarse a través de la <b>Enfermera Gestora de Casos y Trabajador Social</b>.</p> <p>Cambio organizativo profundo: reorganizando la accesibilidad al sistema (la cual no debe perderse) trasladándola del médico de familia a la <b>enfermería</b> comunitaria, aunque el médico de familia también podría hacer consultas de triaje.</p> <p>Promover la <b>autonomía</b> y <b>desanitarizar</b> con consultas de <b>enfermería</b> en procesos agudos y banales y descompensaciones leves de crónicos y abordaje grupal-integral de procesos crónicos.</p> <p>Desarrollo e incorporación de <b>Enfermeras</b> especialistas en Atención Primaria.</p>
Circuitos	<p>Hay que disponer de <b>circuitos</b> ágiles, accesibles y conocidos.</p> <p>Modificar <b>circuitos</b> organizativos. Circuito de <b>comunicación bidireccional</b> mediante las TICS y la historia clínica única integrada.</p>
Compartir (la toma de decisiones) / Comunicación	<p>Hay que realizar una <b>toma de decisiones compartida</b> con el paciente y su entorno socio-familiar, valorando la carga terapéutica que puede soportar y replanteando las intervenciones en la línea de <i>medicina mínimamente impertinente</i>.</p> <p>Falta de <b>comunicación</b> MF- especialistas y MF-Enfermería-T social y otros recursos de A primaria.</p>
Competencias (de los profesionales)	<p>Emplear más recursos para que los profesionales adquieran las <b>competencias</b> necesarias.</p> <p>Identificar y asumir las <b>competencias</b> del abordaje integral multiprofesional y centrado en la persona de pacientes crónicos: médicos de familia, enfermeros y trabajadores sociales que trabajan en equipo con objetivos compartidos.</p> <p>Generar <b>conocimiento</b></p> <p>La complejidad de algunos casos (como el ejemplo que sirve para la definición de paciente "complejo") excede las <b>competencias</b> del Médico de Familia.</p>
Condiciones (de trabajo)	<p>Hay que emplear más recursos para dotar a los profesionales de unas <b>condiciones de trabajo</b> que permitan desarrollar su actividad en condiciones aceptables.</p>
Consensuar	<p>Los referentes del paciente deben <b>consensuar</b> los protocolos de <b>atención</b>.</p> <p><b>Evitar las discrepancias en los mensajes</b> especialmente la dialéctica intervencionismo versus desmedicalización.</p>
Contingencias	<p>Los protocolos de atención han de <b>incluir planes de contingencia</b> ante situaciones posibles.</p>

Palabra clave	Idea asociada
Continuidad (de cuidados)	<p><b>Continuidad</b> de cuidados asistenciales, pero no como unidades asistenciales (estructura) sino que los responsables ejerzan como “<b>médicos de familia hospitalarios</b>” que garantizan el cuidado global e integral del paciente cuando está en el hospital para:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• mejorar el acceso a determinados servicios (salud mental, oncología, ...)</li> <li>• continuidad asistencial en el proceso ingreso / alta.</li> <li>• circuitos específicos de coordinación para los pacientes de alto riesgo, y crónicos complejos</li> <li>• Y hospitalización convencional directa</li> </ul> <p>En las zonas rurales el “tiempo sin atención”, ese que existe entre horario consultas/visita etc, de trabajo diario de profesionales sanitarios, trabajadores sociales, o cuidadores asignados por la administración y las horas donde no existe más que servicio básico de urgencias Médico/Enfermero y que no suelen pertenecer al equipo habitual de trabajo, es un tiempo donde la “<b>desatención</b>” de <b>cuidados básicos</b> se acentúa más que en grandes urbes. Solo se puede atender lo Urgente, y falta esa <b>continuidad</b> diaria que posiblemente evitaría complicaciones.</p>
Coordinación	<p>No cabe duda que en muchos casos se va a requerir también la <b>coordinación</b> con el área de servicios sociales, sin embargo dentro de este tipo de proyectos no debería confundirse la detección de problemas con la <b>responsabilidad</b> de gestionarlos y solucionarlos.</p>
Cuidados (domiciliarios)	<p>Hay que potenciar los <b>cuidados domiciliarios</b>. Puesta en marcha de estrategias para potenciar el <b>domicilio</b> como centro de atención. Existe experiencia (Casajñana, Bellón) de destinar una mañana a la semana para atención <b>domiciliaria</b>, por parte del médico de familia. Aun no disponiendo de tanto tiempo, permite atender en su entorno a este tipo de pacientes y estabilizarlos.</p>
Decisión (toma de)	<p>Desarrollo de sistemas de información potente y proactivos que permitan la identificación de aquellos pacientes de riesgo que requieren un seguimiento especial o un manejo intensivo, adoptando un enfoque de salud poblacional, ofreciendo recuerdos y advertencias de revisiones o analíticas planificadas, integrando <b>algoritmos de ayuda a la decisión</b>, guías de práctica clínica y protocolos diversos, y sustentando la planificación de los cuidados.</p>
Demanda	<p>Por otro lado, la <b>demanda</b> y el trabajo del médico de familia se está desplazando: del paciente enfermo al sano. Con actividades preventivas inútiles, repetidas, consecuencia de la <b>medicalización</b> de los problemas banales e incluso dificultades ordinarias de la vida. Lo que provoca que dediquemos la mayor parte del tiempo a problemas menores en detrimento de los pacientes que más lo necesitan (complejos, terminales...). De las personas de bajo nivel socio-cultural (estos piden poco) hacia personas de nivel elevado (con demandas infinitas). De las personas de bajo nivel económico (tampoco piden nada) hacia personas de niveles más elevados.</p>

Palabra clave	Idea asociada
Desburocratización	Plan de <b>desburocratización</b> de la AP. UAF, Receta electrónica... Aumentar el tiempo que tenemos los médicos de familia para atender a los pacientes. Fácil de conseguir con solo simplificar las tareas administrativas y minimizar la <b>nueva burocracia</b> informática. Creo que los procesos banales agudos los debe atender el médico, no así tanta <b>burocratización</b> que tenemos que soportar día a día.
Desmedicalización	Hay que <b>desmedicalizar (4)</b> : cerrar la puerta de la medicalización. Un médico por mucho que quiera, empleará los recursos que domina, y eso encarece el proceso asistencial aparte de propiciar situaciones de inequidad, pues no pueden acceder a servicios médicos de la mejor calidad posible las personas que más lo necesitan. Terminar con la <b>medicalización</b> de los problemas banales. Evitar consumir el escaso recurso tiempo en problemas banales y administrativos. Promover la <b>desanitarización</b> con consultas de enfermería en procesos agudos y banales y descompensaciones leves de crónicos y abordaje grupal-integral de procesos crónicos. Potenciar la prevención y la promoción. Creo que los procesos banales agudos los debe atender el médico, no así tanta burocratización que tenemos que soportar día a día
Eficacia (fármacos)	No aprobar la financiación de fármacos de dudosa <b>eficacia</b> , por ejemplo sysadoas: <a href="http://www.elcomprimido.com/PDF/SYSADOA%20artrosis_CAST.pdf">http://www.elcomprimido.com/PDF/SYSADOA%20artrosis_CAST.pdf</a> <a href="http://www.cadime.es/es/listado_medicamentos.cfm#S">http://www.cadime.es/es/listado_medicamentos.cfm#S</a> El CADIME lleva a cabo evaluaciones excelentes. Tiene sentido financiar fármacos de dudosa eficacia y que no aportan nada nuevo?: Ser eficientes en farmacia permite reasignar recursos. No financiar fármacos de dudosa <b>eficacia</b> o que no aportan nada nuevo.
Empoderamiento	Hay que potenciar el <b>empoderamiento</b> de <b>pacientes (2) y cuidadores</b> .
Equipos	Necesidad de orientación a través de <b>equipos</b> multifuncionales (más allá del sistema sanitario propiamente dicho). Identificación de los <b>roles</b> de las personas que forman parte de ese equipo multifuncional (no sólo profesionales). Identificar y asumir las competencias del abordaje integral multiprofesional y centrado en la persona de pacientes crónicos: médicos de familia, enfermeros y trabajadores sociales que trabajan en <b>equipo</b> con objetivos compartidos. Promover el <b>abordaje grupal-integral</b> de procesos crónicos. Definir bien el <b>equipo</b> que va a trabajar con estos pacientes y conocer el rol de cada uno y que todos lo cumplan después. Que sea una prestación flexible, generando cuidados integrados, desde un abordaje grupal, aumentando la formación, mejorar la aptitud, ajustes de recursos, quién es el responsable, trabajar la actitud, ver la accesibilidad.
Formación	Favorecer la <b>formación</b> de los profesionales, <b>demandada</b> por los profesionales. Nunca impuesta. Permitiendo la existencia de <b>tiempo y espacios</b> con conexión fácil y ágil a Internet.
Guías	<b>Guías</b> asistenciales <b>integradas</b> .

Palabra clave	Idea asociada
Implicación	Sin <b>implicación directiva</b> es difícil el rediseño organizativo.
Incentivación	Sistemas de <b>incentivación</b> capitolativa de los profesionales ajustada al riesgo y complejidad de los pacientes atendidos y resultados obtenidos.
Información	<b>Información</b> adecuada y suficiente de pacientes, familiares y cuidadores.
Información (sistemas de)	Desarrollo de <b>sistemas de información (2)</b> potente y proactivos que permitan la identificación de aquellos pacientes de riesgo que requieren un seguimiento especial o un manejo intensivo, adoptando un enfoque de salud poblacional, ofreciendo recuerdos y advertencias de revisiones o analíticas planificadas, integrando algoritmos de <b>ayuda a la decisión</b> , guías de práctica clínica y protocolos diversos, y sustentando la planificación de los cuidados. <b>Sistemas de información</b> potentes, integrados y comunes.
Integrar (acciones)	La atención a los paciente crónicos complejos exige <b>integrar</b> un conjunto de acciones y/o elementos, no existiendo soluciones unifactoriales, y siendo justamente la <b>interacción armónica</b> entre ese conjunto de acciones/elementos la clave del éxito. Integrar el sistema sanitario con el social y los recursos comunitarios.
Liderazgo	<b>El liderazgo</b> debe orientarse a través de la <b>Enfermera Gestora de Casos</b> y <b>Trabajador Social</b> . Un <b>liderazgo</b> único, criterios de atención y de aplicación de tareas de cada rol normalizados. El médico de familia es el responsable de la coordinación de la atención al paciente crónico, dotándole de recursos para realizarla con el apoyo y la coordinación con los servicios hospitalarios y servicios sociales. Disponibilidad de <b>liderazgo</b> : MF como figura central y de referencia (“director de orquesta”).
Objetivos (evaluación)	Los objetivos los pondría al final, por supuesto que hay que <b>evaluar</b> cómo funcionan los programas pero no ser lo más importante y fijarse sólo en los números y no en la calidad de cómo se consiguen esos números. En mi entorno los objetivos se viven como una carga.
Oferta (de Servicios)	Incorporación de la atención al paciente crónico complejo en la <b>oferta de servicios</b> de Atención Primaria.
Perfiles (nuevos)	Incorporación de <b>perfiles profesionales</b> con funciones educativas en AP, agentes comunitarios en salud, gestores de casos socio sanitarios, coordinadores de cuidados, consejeros de salud para grupos de inmigrantes o minorías étnicas, etc.
Plan	Lista nominal de personas cuya complejidad requiere que la atención sea compartida por todas las Consejerías afectadas para un <b>plan personalizado</b> de <b>recursos</b>
Prescripción (medicamentos)	Plan de desburocratización de la Atención Primaria: UAF, Receta electrónica... Exigir que en la <b>consulta externa hospitalaria</b> , y el propio hospital se facilite medicación a los pacientes mediante la <b>receta electrónica</b> y por el tiempo que la precisen. Es absurdo obligar a que acudan al médico de familia a por recetas (existiendo medios técnicos a día de hoy que lo permite Receta XXI).

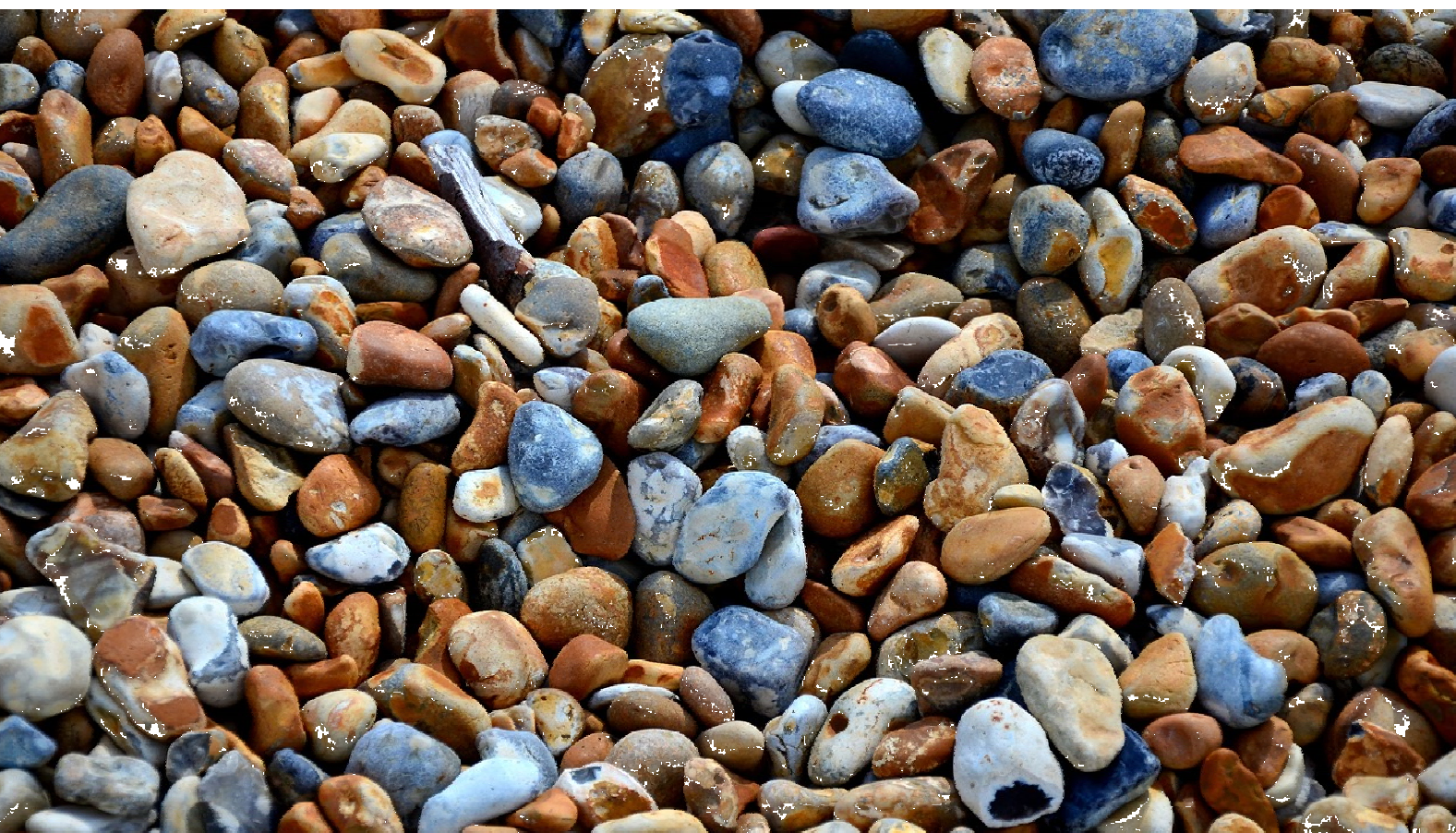


Palabra clave	Idea asociada
Prioridades	<p><b>Identificación</b> de pacientes crónicos complejos para determinar las prestaciones que necesitan y la asignación de recursos. Desarrollo de sistemas de información potente y proactivos que permitan la <b>identificación</b> de aquellos pacientes de riesgo que requieren un seguimiento especial o un manejo intensivo.</p> <p><b>Coordinación y liderazgo</b> en la planificación de actuaciones.</p>
Referentes	<p>Tras la definición de objetivos <b>el paciente debe tener claros sus referentes</b></p>
Recursos (clínicos)	<p>Si los PACIENTES complejos pasan de ser atendidos en el Hospital a ser atendidos en Atención Primaria, los <b>RECURSOS</b> también deben pasar del Hospital a Atención Primaria. Ejemplos: anticoagulados, oncológicos graves, post operados, terminales, pluripatológicos, ancianos institucionalizados, enfermedades neurológicas avanzadas (demencias), adicciones (toxicómanos, alcohólicos,...), trastornos mentales...</p>
Recursos (no clínicos)	<p>Hay que proporcionar recursos extrasanitarios.</p> <p>Ajuste de <b>recursos</b> no clínicos, lista nominal de personas cuya complejidad requiere que la atención sea compartida por todas las Consejerías afectadas para un plan personalizado de <b>recursos</b>.</p> <p>Lo primero es conocer bien si realmente disponemos de <b>recursos</b> sociales o vamos a trabajar en detectar estos pacientes con problemas y después no se les puede ofertar ninguna solución??</p> <p>Este tipo de pacientes el gran problema con el que nos solemos encontrar no es solo médico sino <b>social</b>, trabajamos sin posibilidades casi de ofrecer a los pacientes ninguna solución a su problema, el pasado marzo asistí a unas jornadas sobre pacientes frágiles: abordaje sanitario, jurídico y social. La conclusión es que estos pacientes si no tienen familia están solos. No hay apoyos. Ante esto como médicos nos vemos totalmente impotentes.</p> <p>Hasta hoy si detectamos un caso similar al expuesto que son bastante frecuentes nos ponemos en contacto con trabajador social, enfermería de enlace de los centros de salud y del hospital, sin obtener CASI respuestas.</p>
Resultados (clínicos/en salud)	<p>No medir ni evaluar los <b>resultados</b> clínicos por los ingresos hospitalarios. Lo que más influye en los ingresos hospitalarios son los criterios de ingreso y la disponibilidad de camas. Cada vez resulta más DIFICIL INGRESAR a un paciente grave o complejo en el Hospital.</p> <p>Se dan ALTAS PRECOCES de pacientes complicados de manejar por ejemplo: Quirúrgicos, pluripatológicos, dependientes etc.</p>
Roles / Responsabilidad	<p>Necesidad de identificar los <b>roles (2)</b> de las personas que forman parte de los equipos multifuncionales (no sólo de los profesionales).</p> <p>No cabe duda que en muchos casos se va a requerir también la coordinación con el área de servicios sociales, sin embargo dentro de este tipo de proyectos no debería confundirse la detección de problemas con la <b>responsabilidad</b> de gestionarlos y solucionarlos.</p> <p>Un liderazgo único, criterios de atención y de aplicación de tareas de cada rol normalizados. El médico de familia es el <b>responsable</b> de la coordinación de la atención al paciente crónico, dotándole de recursos para realizarla con el apoyo y la coordinación con los servicios hospitalarios y servicios sociales.</p>

Palabra clave	Idea asociada
Tecnologías	<p>Utilización de las <b>nuevas tecnologías-TICs (2)</b> –teleasistencia, monitorización de pacientes crónicos en el domicilio, llamadas telefónicas, etc., como estrategia de proactividad del sistema y sus cuidadores.</p>
Tiempo	<p>El <b>tiempo</b> de dedicación. Imprescindible.</p> <p>La condición más importante que necesitamos para atender a un paciente complejo o un paciente con un problema de salud importante es el <b>TIEMPO</b>. El recurso más importante es el que menos tenemos. Con agendas en las que lo mismo entran 30 que 40 que 50 pacientes... Con días en los que falta un compañero y con tu agenda ya llena, meten otros 6-8-10 pacientes... QUÉ CALIDAD DE TRABAJO PODEMOS OFRECER.</p> <p>El trabajo realizado con falta de tiempo, es un trabajo de baja calidad y muy caro, ya que provoca en el profesional insatisfacción, y como no puede abordar los problemas, receta más, pide más pruebas complementaria, manda más pacientes al hospital y deriva más a otras especialidades... como mecanismos naturales de defensa.</p> <p>Disponer del <b>tiempo</b> que precisa la atención de un paciente crónico complejo y evitar consumir ese tiempo en problemas banales y administrativos.</p> <p>Aumentar el <b>tiempo</b> que tenemos los médicos de familia para atender a los pacientes. Fácil de conseguir con solo simplificar las tareas administrativas y minimizar la <b>nueva burocracia</b> informática.</p> <p>Lo primero que necesitamos es <b>tiempo</b>. Con consultas cada 5 minutos rígidas, sin consultas programadas y sin tiempo para contactar con otros profesionales es muy difícil abordar este tipo de pacientes. Cada PAI de los que tenemos implantados cuesta realizarlos y, en concreto, el del Pluripatológico es imposible de realizar en consulta a demanda.</p> <p>En las zonas rurales el “<b>tiempo</b> sin atención”, ese que existe entre horario consultas/visita etc, de trabajo diario de profesionales sanitarios, trabajadores sociales, o cuidadores asignados por la administración y las horas donde no existe más que servicio básico de urgencias Médico/Enfermero y que no suelen pertenecer al equipo habitual de trabajo, es un tiempo donde la “desatención” de cuidados básicos se acentúa más que en grandes urbes.</p> <p>Solo se puede atender lo Urgente, y falta esa continuidad diaria que posiblemente evitaría complicaciones.</p>
Unidades de Atención Familiar (U.A.F.)	<p><b>Incentivación de las UAF (2):</b> Unidades de atención familiar: MFyC, EFyC, Administrativos Familiares y Comunitarios con apoyo de trabajador social.</p> <p>Es muy rentable, en este tipo de pacientes la <b>visita conjunta médico-enfermera</b>.</p>

## Informe Técnico 2

Taller pluripatología y polimedicación:  
Aportaciones de los grupos de trabajo



## **Autoría**

Equipo de Consultoría de la Escuela Andaluza de Salud Pública:

Carmen Pérez Romero

Diana Gosalvez Prados

Begoña Isac Martínez

Eva Martín Ruiz

María Natividad Moya Garrido



## Introducción

En este documento se presentan las aportaciones realizadas por los grupos de trabajo que se constituyeron en el **Taller “Pluripatología y Polimedicación”** que se realizó en Islantilla, los días 29 y 30 de mayo de 2015, en el marco del 10º Congreso Andaluz de Médicos de Atención Primaria organizado por SEMERGEN Andalucía.

Con la finalidad de orientar el debate y la identificación de acciones a impulsar, se pidió a la Escuela Andaluza de Salud Pública que diseñara una propuesta para la conducción de los grupos, basada en metodologías participativas que facilitasen la reflexión sobre las condiciones necesarias para prestar una adecuada atención a pacientes con enfermedades crónicas complejas y se propusieran acciones específicas que podrían facilitar la implantación efectiva de la estrategia andaluza de atención a la cronicidad en los centros de Atención Primaria del Servicio Andaluz de Salud (SAS).

A continuación se presenta el diseño metodológico de los grupos de trabajo y se sintetizan los principales resultados obtenidos.

## 1 Objetivos y Metodología

### 1.1 Objetivos

#### General:

- Identificar **acciones específicas** que faciliten la implantación efectiva de la *estrategia de atención a las personas con enfermedades crónicas complejas de Andalucía* en el entorno de las **Unidades de Gestión Clínica de Atención Primaria** del SAS.

#### Específicos:

1. Explorar, desde una perspectiva multidisciplinar, cuáles son las *principales dificultades y necesidades* que afrontan los y las profesionales de Atención Primaria para prestar una adecuada atención a las personas con enfermedades crónicas complejas.
2. Debatir sobre cuáles son las *condiciones necesarias* que deben garantizarse en los centros de Atención Primaria para prestar una adecuada atención a personas con enfermedades crónicas complejas, de acuerdo con los planteamientos que se recogen en Planes y Procesos Asistenciales relacionados con la cronicidad y la pluripatología.
3. Identificar y priorizar *propuestas específicas* que facilitarían la implantación operativa de la estrategia andaluza de atención a la cronicidad en los centros de Atención Primaria del SAS.

### 1.2 Metodología

Para la consecución de los objetivos de esta iniciativa se desarrollaron tres **Grupos de trabajo** paralelos, constituidos cada uno de ellos por 13-14 *profesionales de los servicios sanitarios*, con perfiles tanto directivos/gestores como asistenciales, con implicación en la atención a las personas con patologías crónicas complejas. Su participación resultó esencial para la consecución de los objetivos de esta iniciativa, ya que sobre la base de su experiencia y aportaciones emergieron las propuestas de acciones a implementar.

A continuación se describe brevemente el enfoque metodológico que se siguió en el desarrollo de los Grupos de trabajo.

### Perfiles profesionales:

Con objeto de recoger las distintas experiencias y perspectivas sobre la materia, la selección de los/las participantes que conformaron cada Grupo de trabajo se realizó teniendo en cuenta los siguientes criterios:

- Profesionales de los Distritos de Atención Primaria del SAS:
  - Dirección de Distrito de Atención Primaria.
  - Dirección Asistencial.
  - Coordinación de enfermería
  - Profesionales de Trabajo Social.
  - Profesionales sanitarios
  
- En los Grupos de trabajo se contó asimismo con la participación de directivos de Atención Hospitalaria y con especialistas en Medicina Interna de referencia para Atención Primaria en la atención a pacientes con enfermedades crónicas complejas, contribuyendo con sus experiencias y aportaciones sobre los temas planteados.
  
- La composición de los grupos se completó con la incorporación de otros perfiles implicados en la atención a la cronicidad en Andalucía (p.e. profesionales de los Servicios de Apoyo del SAS).

### Dinámica de los Grupos de trabajo:

- Moderación:

Cada Grupo de trabajo contó con el apoyo metodológico de una profesional de la EASP experta en la moderación y dinamización de grupos.

Asimismo, en cada grupo se designó a un/a profesional de Atención Primaria que asumió la función de portavoz y de canalización del debate.

○ Plan de trabajo:

Con anterioridad a la jornada de trabajo, se envió a los/as participantes el *desarrollo horario* de la sesión y los *puntos que se abordarían* en el análisis, con la finalidad de permitir la reflexión previa y el intercambio de experiencias e ideas con otros/as profesionales de sus centros.

Como marco de referencia, se establecieron los documentos que definen estrategias, acciones y/o pautas específicas para el abordaje de patologías crónicas complejas, y que debían ser tenidos en cuenta en el proceso de reflexión de los grupos, tales como:

- Plan Andaluz de Atención Integrada a Pacientes con Enfermedades Crónicas. 2012-2016.
- Proceso Asistencial Integrado Atención a Pacientes Pluripatológicos (2ª edición). 2007.
- Estrategia de Cuidados de Enfermería (PI-Cuida).

En los tres grupos se siguió idéntica secuencia de trabajo, combinado la generación individual de ideas, el debate estructurado y la técnica de panel. Con la dinámica grupal los/las profesionales abordaron los siguientes temas de análisis:

- *Principales dificultades* que encuentran los profesionales asistenciales en el proceso de atención a pacientes con enfermedades crónicas complejas.
- *Acciones* (concretas y operativas) que podrían ponerse en marcha para facilitar, en el ámbito de las UGC de Atención Primaria, la *implantación efectiva* de la estrategia andaluza de atención a estas personas.
- *Tipología de recursos* serían necesarios para posibilitar la puesta en marcha de dichas acciones.



## 2 Resultados de los grupos de trabajo

### 2.1 Dificultades en el proceso de atención a pacientes crónicos complejos

El trabajo grupal se inició con la identificación de las principales dificultades que encuentran los/las profesionales asistenciales de Atención Primaria para prestar una adecuada atención a pacientes crónicos complejos.

En este apartado se recogen las principales dificultades identificadas en cada uno de los grupos. En su presentación se ha procurado conservar las expresiones con las que fueron expuestas por los/las profesionales, por lo que éstas pueden aportar en la comprensión de sus experiencias y percepciones:

#### Grupo 1

- **Falta de encuentro en los diferentes niveles asistenciales** por falta de espacios y tiempos definidos; **falta de tiempo** para visitas domiciliarias y para realizar una mejora integrada.
- **Falta de conocimiento** por parte de usuarios y profesionales de circuitos, recursos y cartera de servicios, en uno y otro nivel asistencial, para la toma de decisiones.
- Inclusión de **problemáticas sociales** en la gestión de estos pacientes, con desconocimiento por parte de los actores implicados de los recursos de apoyo social existentes en la comunidad; escaso tiempo para una buena atención biopsicosocial.
- **Demasiados objetivos** que cumplir.
- **No hay cultura de abordaje integral del paciente**: la cartera de servicios es disgregadora; intervienen demasiados actores; existe mucha fragmentación; falta de comunicación interprofesional fluida, rápida y eficaz.
- No desarrollo de una **estrategia profesional conjunta** del equipo de Atención Primaria, desde la gestión macro y meso.

- **Atención rutinizada** en la atención a procesos agudos: inexistencia de encuentros conjuntos; falta de coordinación y comunicación; actividad orientada a la patología aguda.
- La **educación terapéutica** es difícil llevar a cabo, se ha excluido de los centros de salud.
- **Falta de formación** con orientación a la atención de pacientes crónicos, fundamental para el cambio: sentimiento de estar insuficientemente preparados por la falta de adiestramiento; necesidad de reforzar competencias en la toma de decisiones, tanto clínica como cultural; requerimiento de un perfil profesional específico; falta de conocimientos específicos sobre el abordaje de pacientes crónicos complejos en Atención Primaria.
- **Déficit en la información** integrada sobre los distintos contactos que mantiene el paciente con el SSPA.
- Mucha **presión asistencial**, que impide la implantación de la estrategia.
- Dificultad de acceso a consulta de **internista de referencia único**. Lo ideal sería disponer de una Historia Clínica única.
- **Saturación de pacientes agudos** de profesionales de Atención Primaria, que hacen centrar la atención en aspectos clínicos específicos y no a toda la complejidad.
- No utilización (o no de la forma adecuada) de la **primera consulta para la complejidad**: gestión de casos; problemas en la continuidad relacionados con los cupos excesivos.
- **Falta de coordinación real y efectiva** con otros agentes: residencias socio-sanitarias; 061; apoyos de primaria; etc.

## Grupo 2

- Deficiencias en el **modelo organizativo**:
  - Falta de espacio y/o tiempo normalizado para debatir y elaborar planes de actuación compartidos entre distintos profesionales: médicos, enfermeros, fisioterapeutas, trabajo social...
  - Falta de comunicación entre profesionales sanitarios, dentro del equipo de Atención Primaria y en las relaciones con especialistas hospitalarios.
  - Atención Primaria no suficientemente orientada a volcar más esfuerzo en pacientes con más necesidades.
- Pérdida de **trabajo en equipo o colaborativo**.

- Déficit de **contextualización del paciente** en su entorno: desconocimiento de sus recursos y de los recursos de la comunidad, lo que dificulta poder realizar planes de acción centrados en el paciente.
- Problema de falta de **personalización de la atención** en ambos niveles: deficiencias en el modelo de asignación de usuarios/as; no hay atención familiar; falta de identificación de activos.
- **Déficit de conocimientos y habilidades** en el abordaje de problemas complejos, tanto a nivel clínico como a nivel relacional, social, etc.
  - Se precisa un cambio hacia la atención sanitaria centrada en el paciente.
  - Falta de formación homogénea de los/las profesionales, con conocimientos, habilidades y actitudes concretas para la implantación, seguimiento y evaluación de un plan terapéutico.
- Identificación de la **población diana** por el clínico.
- Decidir los **criterios de inclusión** de un paciente como población diana: “¿Sólo el paciente complejo? ¿Y los demás?”
- **Tiempo para la atención:**
  - Personalizar el tiempo de atención en función de la complejidad del paciente.
  - Exceso de actividades que se han ido incrementando en los últimos años, algunas con escasos resultados en salud.
  - Falta de priorización, no estratificación con ley de cuidados inversos y realización de intervenciones ineficaces, falta de objetivos.
  - Agendas mal estructuradas y masificadas.
- Elevada **presión asistencial**.
- La visión de los/las profesionales de Atención Primaria en cuanto a la atención de pacientes: existe atención a pacientes agudos y no se dedica tiempo a la promoción de la salud y a la prevención de la cronicidad.
- Falta de comunicación el **especialista de referencia** y falta de acceso a **pruebas complementarias**.
- **Barreras de comunicación interniveles** y relación con multiplicidad de especialistas médicos y quirúrgicos, cada uno con sus diferentes criterios y con escasa accesibilidad, salvo excepciones, por los profesionales.
  - Falta de coordinación, con distintos profesionales y lugares de atención.
- **Accesibilidad a Atención Hospitalaria:** presencial y no presencial.

- **Sistemas de información** (HSD + herramientas de explotación) no bien orientados a la identificación del paciente complejo.
- Falta de **historia digital única** en Atención Primaria y Hospitalaria. También falta de HSD móvil.
- **Fragmentación de la atención** a estos pacientes en el ámbito hospitalario. Se requiere un espacio de trabajo compartido en Atención Hospitalaria.
- **Polimedicación**: asistencia hospitalaria por multiespecialidades.
- Falta de **proactividad para una atención integral** de los pacientes desde una perspectiva **sociosanitaria**.
- Mejorar la **capacidad de resolución de Atención Primaria** y la continuidad asistencial.
- Falta de impulso en la configuración de los Acuerdos de Gestión Clínica que incluyan **objetivos concretos** de atención a la cronicidad.
- **No se evalúa lo que se hace**: desconocimiento de resultados clínicos, cuidados... por lo que no es fácil cambiar la práctica.

### Grupo 3

- No se cuenta con el **tiempo necesario** para una adecuada atención a estos pacientes: organización de los tiempos de trabajo y del tiempo en la consulta, agendas rígidas y excesivas, condicionadas por los cupos (a causa de objetivos de accesibilidad), horarios profesionales puestos por intereses y no atendiendo a las necesidades de los pacientes, distribución de tareas, etc.
- **Organización de los tiempos de trabajo** (no es falta de tiempo, se trata de distribuirlo mejor). El profesional no puede gestionar su tiempo, ni ser proactivo.
- **Distribución de tareas** en Atención Primaria que dificulta la correcta atención: el trabajo de profesionales de medicina y enfermería está muy estructurado y es difícil adaptarlo a problemas imprevistos, tener flexibilidad.
- La escasez de tiempo se ve agravada por la **escasez de recursos humanos**. Sobrecarga asistencial.
- **Incapacidad para selección de profesionales**: se hace estrictamente por antigüedad (el mérito es la vejez) y ésta no es la mejor manera.
- Recursos humanos insuficientes con **reparto no adecuado de cargas de trabajo**.
- Insuficiente desarrollo de los **servicios sociales** para apoyo de la asistencia sanitaria.

- **Variabilidad de la práctica asistencial** de los/las profesionales del SSPA.
- No existe **especialización** del puesto de trabajo de **enfermería**.
- No hay **criterios uniformes** para diagnósticos.
- **Ausencia de coordinación interniveles**: unidad de medicina familiar y enfermería; especialista de medicina interna referente en cada centro de Atención Primaria.
- **Carencias en la comunicación y organización del trabajo** en equipo de Atención Primaria: no se ponen en común las valoraciones de enfermería y medicina, ni se dispone de tiempo de trabajo en común.
- No hay relación desde Atención Primaria con los diferentes **servicios del hospital** que atienden al paciente pluripatológico.
- Se explotan escasamente los **recursos de accesibilidad y monitorización basados en las TICs**: los dispositivos móviles están cada vez más presentes en las familias; podían crearse sistemas de aviso, de monitorización, apps...
- No se cuenta con una **estratificación de la población** por niveles de complejidad o de necesidad de cuidados.
- Imposibilidad de **identificar y clasificar a todos los pacientes pluripatológicos** de un cupo con las actuales clasificaciones complejas y que requieren de un tiempo del que no se dispone. Ausencia de una vía integrada única cuando se precisan consultas o pruebas complementarias en el hospital.
- **Descoordinación** en la transferencia de los pacientes de hospital a primaria. No hay circuitos de comunicación reales, factibles y relevantes.
- **División de competencias** muy rígida.
- Dificultades para el **abordaje multidisciplinar**: la delimitación de responsabilidades y campos de actuación no están todavía interiorizadas, aunque en los textos si están bien delimitadas las competencias.
- **Dificultades burocráticas**.
- **Accesibilidad compleja** de los/las pacientes a los recursos y al sistema sanitario, descoordinación en el proceso del paciente complejo.
- **Rol pasivo del paciente**: activar al paciente; no se les pregunta por la salud autopercebida, hasta dónde quieren que los profesionales intervengan en su forma de vida, etc.

- **Difícil continuidad** de la atención a pacientes pluripatológicos en las zonas rurales.
- **Dicotomía existente a nivel directivo** entre Atención Primaria y Hospitalaria: no tiene sentido que se pida que se coordinen los profesionales si no se comparten sistemas directivos.
- Carencia de un **referente hospitalario**: la organización hospitalaria, fragmentada en múltiples especialidades, dificulta la atención a los pacientes pluripatológicos.
- **Abordaje a la cronicidad centrada en la enfermedad**, en los procesos y no en las personas.

## 2.2 Identificación de acciones que facilitan la implantación efectiva de la Estrategia de Cronicidad

Con objeto de promover la reflexión sobre acciones que podrían impulsarse para la implantación efectiva de la estrategia andaluza de atención la cronicidad, se pidió a los participantes que expresaran cuáles son las acciones más relevantes que, desde su experiencia y perspectiva, facilitan o podrían facilitar la implantación de dicha estrategia, pudiendo contemplar:

- Acciones desarrolladas con éxito en centros de Atención Primaria.
- Acciones innovadoras que podrían ponerse en marcha (nuevas acciones a desarrollar).

Se exponen a continuación las principales ideas aportadas por cada grupo, manteniendo el modo en que fueron expresadas por los/las participantes.

### Grupo 1

- Volver a implantar **espacios para compartir**.
- Fomentar las actuaciones de **promoción de la salud**.
- Impulsar acuerdos de **coordinación sociosanitaria**, como los del AGS Norte de Córdoba o convenios de colaboración como los del H. Virgen de la Nieves y los centros socio-sanitarios, que integran ayuntamientos y otros recursos locales.
- Utilizar **recursos comunitarios**, la **escuela de pacientes**, la **formación de formadores**.
- Creación y utilización de las **TICs para crear puntos de encuentro** entre profesionales de Atención Primaria y Hospitalaria.

- Tener **referente hospitalario de medicina interna** (lo difícil es identificarlo).
- Aumentar la **capacidad de resolución de primaria**.
- **Unidades de pacientes residentes**.
- Trasladar la **información diagnóstica** de los pacientes agudos, para tenerlos identificados.
- Facilitar las **interconsultas** con determinados profesionales.
- **Reuniones sociosanitarias para la dependencia** con servicios sociales comunitarios, para una asignación más adecuada de recursos.
- Coordinaciones en **reuniones breves** al inicio de la jornada laboral de casos complicados
- Acciones conjuntas con las **asociaciones generalistas** (p.e. vecinos, deportivas, ayuntamientos).
- Utilizar las **hospitalizaciones para ordenar la medicación**, pero siempre con comunicación con primaria.
- Reservar espacios para que las **unidades de atención familiar** reúnan los casos y los estudian.
- **Coordinación interniveles**, paso imprescindible, como se ha realizado en el Distrito Sevilla (UCAMI).
- **Promoción de autocuidados**.
- Actuar sobre los **factores de salud y condicionantes sociales**.
- **Conciliación de la medicación al alta**, confirmación del médico familia.
- **Acuerdos compartidos entre Medicina Interna y UGCs de Atención Primaria** con el objetivo de “no hacer” y de “desprescripción”.
- Acuerdo de colaboración entre Atención Primaria y Medicina Interna, con **teléfono corporativo y aplicación informática**.
- **Sesiones de videoconferencia** entre la Unidad de medicina interna y los centros de salud; compartir casos.
- **Modelo de gestión de casos enfermeros**: existe numerosa evidencia en pacientes crónicos complejos.
- **Cambio del modelo de atención enfermera** a pacientes crónicos: Educación terapéutica vs modelo clásico del profesional “experto”; modelo biomédico; paciente experto, asunción de responsabilidades y manejo de la enfermedad.

- Innovar en **políticas de desmedicalización**.
- La importancia de la implantación de la **enfermería gestora de casos y de enlace**, es una figura relevante.
- Desarrollar **nuevos roles y competencias en enfermería**.
- Fomentar las **consultas de enfermería**, focalizándolas en educación terapéutica, efectuar y prescripción enfermera para el seguimiento del paciente crónico, extrapolar las experiencias de coordinación social y sanitaria de éxito en otros distritos.
- Acuerdos con **asociaciones de pacientes**.
- Fomentar la hospitalización domiciliaria y la **atención domiciliaria**; promoción del autocuidado.
- Reuniones periódicas del **abordaje del ámbito social**.
- Fomentar la **telecontinuidad**, planificación conjunta del alta entre Atención Hospitalaria y Primaria.
- Dotar de sistemas de comunicación que conecten los **dispositivos de urgencias** con las consultas de medicina de familia.
- **Jornadas** con la universidad, los centros sanitarios y el Distrito.
- Utilización y aplicación del **Proceso Asistencial Integrado**.
- Utilizar las **nuevas tecnologías** con profesionales, pacientes y sus referentes.
- **Espacios de encuentro** entre el paciente y el profesional.

## Grupo 2

- Fomentar **“Mi plan de salud”**:
  - Planes de atención compartida con el paciente y su familia. Documento escrito y firmado, donde existan compromisos por parte del profesional y el paciente.
  - Educación terapéutica y medición de resultados.
- **Especial mirada a las desigualdades**.
  - Alianzas con las Asociaciones de pacientes para la acogida y el seguimiento, especialmente en las poblaciones con mayor desventaja social. Incorporar otros recursos sociales.
  - Alfabetización en salud a personas en desventaja social.



- Reforzar equipos en ZNTS.
- **Generar encuentros:** institucionalizar espacios de debate de casos complejos y revisión de los mismos, tanto a nivel de Atención Primaria como Hospitalaria.
- **Acciones formativas y educativas** para pacientes realizadas con expertos y pacientes expertos.
  - Formación de pacientes, escuela de pacientes.
- **Promoción de salud** desde activos comunitarios.
- Rediseñar la “**consulta enfermera**”:
  - Orientándola fundamente a la educación terapéutica y la promoción del autocuidado midiendo su cobertura.
  - Reforzando el papel de la consulta enfermera en la resolución de la demanda (puerta de entrada) y en el control efectivo de pacientes crónicos.
- **Dejar de hacer** intervenciones y programas inefectivos (salud escolar, citologías masivas, cirugía menos “estética”, burocracia...) y hacer intervenciones más efectivas (educación terapéutica,...).
- **Entrenar a médicos de familia en la gestión de la demanda** previsible, generando espacio para dedicar más tiempo a la atención clínica al paciente complejo y al abordaje en equipo del mismo.
- **Formación a profesionales del equipo de Atención Primaria**, tanto en el proceso de atención, como en el fomento de la autonomía de las personas usuarias.
- Medir de forma desagregada los **indicadores de reagudizaciones** con ingreso por profesional, enfocando aún más la actividad de Atención Primaria al resultado obtenido.
- Reflexión en los equipos de Atención Primaria para un **cambio de estrategia**:
  - Análisis en los EBAP del trabajo desarrollado por cada profesional.
  - Identificar áreas de mejora en la organización:
    - asignación de tareas más eficientes por cada profesional.
    - gestión del tiempo en actividades que aporten valor en la salud de los pacientes.
    - dejar de hacer lo que no aporte valor.
  - Apoyo institucional que potencie los equipos de Atención Primaria.
    - Campañas informativas a la población como profesionales referentes en el cuidado y apoyo en autocuidado de la salud de los ciudadanos.
- **Implantación del proceso y estrategias** de atención a la cronicidad y **plan de cuidados**, siguiendo el ejemplo de implantación de otros procesos que han obtenido buenos resultados (p.e. Diabetes).

- Establecimiento de **vía clínica/ guía de actuación compartida** (Entrada → causa → interviniente → plan). Definición de escenarios clínicos concretos
- **Plan local de abordaje al crónico** mediante un consenso entre los profesionales del EBAP sobre:
  - Población diana: ¿a qué tipo de paciente va dirigido el plan?.
  - Identificar a un grupo de pacientes crónicos utilizando criterios operativos simples que permitan una actuación conjunta del equipo EBAP.
  - Plan de continuidad asistencial entre EBAP/ Hospital de referencia/ Medicina interna.
- **Gestión conjunta de los casos complejos** por equipo EBAP.
  - Fomentar los espacios de comunicación/ coordinación en el equipo.
- **Sectorización poblacional por equipos.**
- Aumentar el número de **visitas domiciliarias conjuntas**, con el establecimiento de un plan conjunto de actuaciones.
- **Identificación previa a la atención.**
  - Para asignación al circuito o vía clínica interna del centro. Asignación de recursos necesarios en cada ocasión concreta, similar a programas como área, corazón, etc.
- Desarrollo de **Historia Digital única**, accesible y adaptadas a las recomendaciones.
- Asegurar **conocimiento, al alta hospitalaria**, por parte del paciente del plan de actuación ante descompensaciones o crisis/ necesidad.
- Realizar **check-list** de confirmación de tratamiento al alta, teniendo en cuenta: adecuación, conciliación,....
- **Cronograma/ agendas de atención** al paciente pluripatológico complejo y a su familia.
- Incorporación en los **Acuerdos de Gestión Clínica** de objetivos con acciones concretas de intervención sobre los pacientes (p.e. establecimiento del plan terapéutico consensuado, adherencia al tratamiento), priorizándolos y vinculándolos a incentivos.
- Impulsar de forma efectiva la **comunicación entre todos los actores** de proceso de atención: profesionales y pacientes.
- Desarrollo de herramientas de **consulta no presencial.**
- **Definir un Plan o secuencia de trabajo:**
  - Estratificar los cupos de pacientes.

Es importante tener claro qué se quiere hacer sobre qué grupo de pacientes; por ello deben tenerse agrupados.

- Decidir con qué profesionales se quiere trabajar.

Previamente, se analizaría la situación en el centro.

Medición y establecimiento de cronograma, lo más exhaustivo posible.

### Grupo 3

- Organizar, flexibilizar los **tiempos de asistencia y agendas** para dar respuesta real a los/las pacientes complejos, disminuyendo la presión sobre objetivos de accesibilidad. Permitir la gestión individual de las agendas, con capacidad para realizar una arquitectura a medida y utilizar todo el tiempo.
- **Gestión de la demanda:** incluir en las agendas un espacio para la coordinación, las visitas domiciliarias programadas conjuntas de medicina y enfermería.
- Establecer un **tiempo de asistencia común** de profesionales de medicina y enfermería.
- Invertir tiempo y esfuerzo en **pacientes de alta complejidad y media.**
- **Realizar un pilotaje** con grupo seleccionado desde Atención Primaria de pacientes crónicos con complejidad clínica, de cuidados y social (no esperar a la estratificación y empezar a trabajar con el grupo).
- Facilitar la **transferencia de información** entre profesionales en grupos reducidos de pacientes realmente complejos.
- Explicitar en la historia clínica que hay que **transferir información entre profesionales de la UGC:** por ejemplo, que aparezca una alerta cuando sea visto por otro profesional un paciente es de alta complejidad.
- Crear **Áreas de Gestión Sanitaria** (integrando Atención Primaria y Atención Hospitalaria).
- Establecer la figura de **internista de referencia.**
- Optimizar o hacer efectivo el **espacio compartido con Medicina Interna** (como ejemplo el Plan Comparte en Aljarafe) facilitando el uso de la tecnología (webcam, correos electrónicos, WhatsApp, etc.) para mejorar la comunicación.
- Equiparar, en lo posible, el **número de profesionales** de enfermería a los de medicina en Atención Primaria.

- **Difusión social y política de las Estrategias:** no imponer la estrategia desde arriba, sino comunicarla adecuadamente; hacerlas también llegar a la ciudadanía para contar con su colaboración y que no genere rechazo, de modo que entiendan por qué se toman determinadas decisiones, etc.
- **Ofertar servicios hospitalarios** a Atención Primaria para pacientes que precisan soluciones más complejas. Por ejemplo, como el Hospital de Día Médico para pacientes que se están empezando a desestabilizarse (experiencia en Antequera).
- **Formación y concienciación** de los profesionales en educación sanitarias y el abordaje de pacientes crónicos.
- Invertir en **formación de profesionales** para dar herramientas.
- Fortalecer las intervenciones de **promoción de la salud y fomento de modelos de vida saludables**, de modificación de estilos de vida: tabaquismos, fomento de la actividad física, consejo dietético, etc.
- Conseguir la **proactividad de los/las profesionales**, orientar las acciones a la autogestión del paciente.
- **Tener identificados a los/las pacientes de alta complejidad**, para evitar la cadena de ingresos y reingresos, poner el foco en los cuidados transicionales y la gestión de casos, y en la coordinación entre profesionales de medicina y enfermería.
- Establecer **comunicación interprofesional** desde AP en casos concretos con seguimiento del paciente.
- **Monitorizar los ingresos** o seguimiento del paciente en especialidades distintas. Tener citas programada con los/las pacientes para obtener información.
- Selección de un **grupo pequeño de pacientes pluripatológicos** de alta complejidad (con criterios diagnósticos concretos) para empezar a trabajar con él (y después extender el modelo).
- Establecer las **actuaciones en pluripatológicos complejos con problemas sociales** añadidos, con intervenciones prioritarias por parte de los servicios sociales.
- **Compartir la atención** a los pluripatológicos de forma más eficiente entre profesionales y con pacientes.
- **Clasificar mediante métodos cualitativos consensuados** entre Atención Primaria y Hospitalaria para establecer la complejidad de la persona.

- Compartir los **mismos objetivos** clínicos, de cuidados, de tratamiento y farmacia a todos los niveles, incluidos administradores.
- Realizar una **valoración adecuada** de una selección de pacientes, desde punto de vista de los/las profesionales que los atienden conjuntamente. Contar siempre con lo que piensan los/las pacientes y lo que desean.
- **Preguntar al paciente** “qué quiere que hagamos con él”: proponer metas cortas tanto al paciente como a sus referentes sanitarios.
- Realizar una **estrategia diagnóstica**, con criterios concretos que ayuden a reducir el riesgo de los/las pacientes y la seguridad de los tratamientos que reciben.
- **Coordinación compartida** dentro del mismo Centro de Salud y con especialistas hospitalarios (Medicina Interna) cuando sea oportuno.
- Mejorar **asignación del cupo de enfermería**.
- **Personalización de la labor de enfermería** (no trabajar por tareas).
- **Abrir otras puertas de entrada**: no solo por médico de Atención Primaria, sino también mediante la agenda de enfermería.
- Potenciar la **enfermería gestora de casos** como recurso en las altas complejas.
- Realizar **sesiones clínicas** de los casos más reseñables en los que se consensúen estrategias y planes de acción con cada paciente crónico complejo.
- Promover la **atención domiciliaria proactiva**, antes de la demanda, antes de que se desestabilice el/la paciente.

## 2.3 Identificación y priorización de acciones específicas

Los grupos de trabajo concluyeron con una reflexión individual para generación de propuestas de **acciones (concretas y operativas)** que seleccionarían para ponerlas en marcha en las Unidades de Gestión Clínica de Atención Primaria, para la mejora de la atención a personas con enfermedades crónicas complejas.

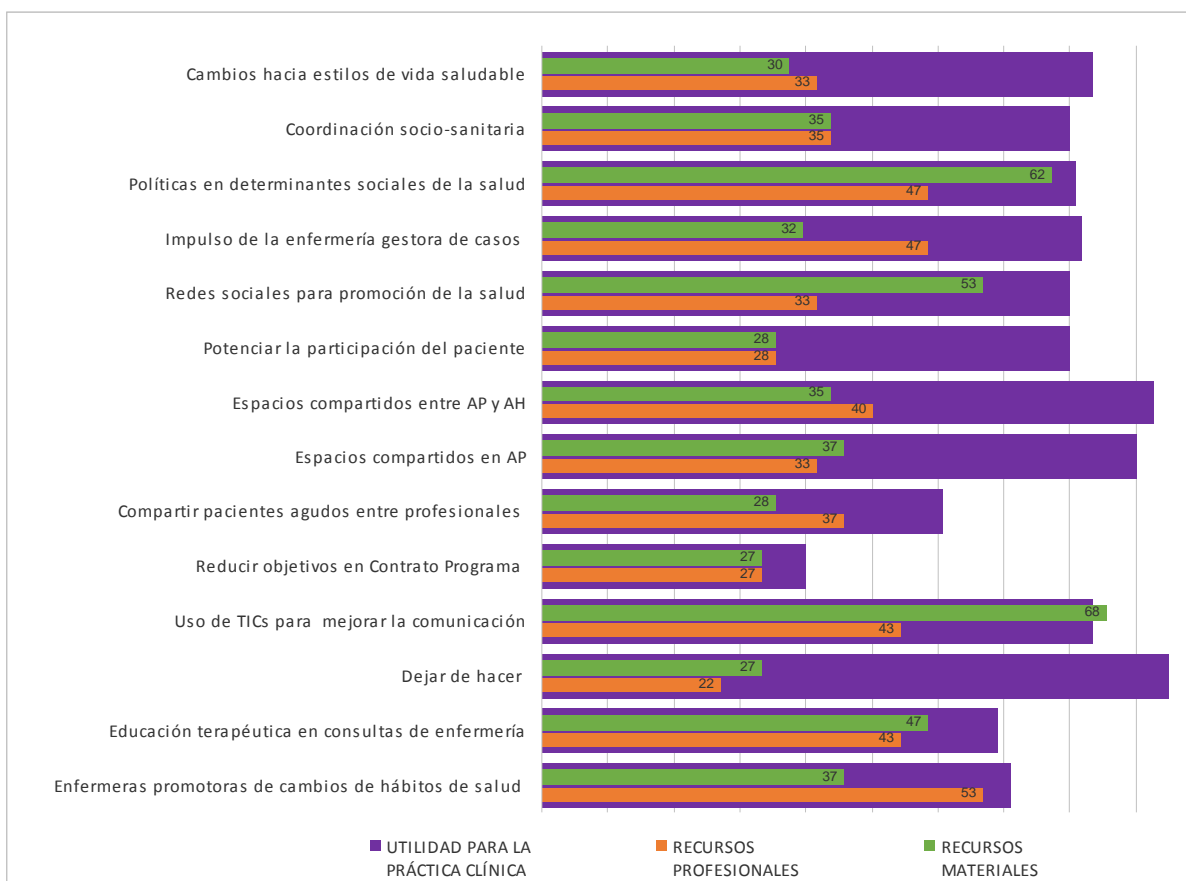
Posteriormente, se hizo un ejercicio de priorización de cada una de las acciones propuestas, bajo tres criterios:

- *Utilidad para la práctica clínica*: valor añadido que aporta la acción para la mejora de la atención a pacientes crónicos complejos.
- Necesidad de *recursos profesionales* para la implementación operativa de la acción.
- Necesidad de *recursos materiales* para la implementación operativa de la acción.

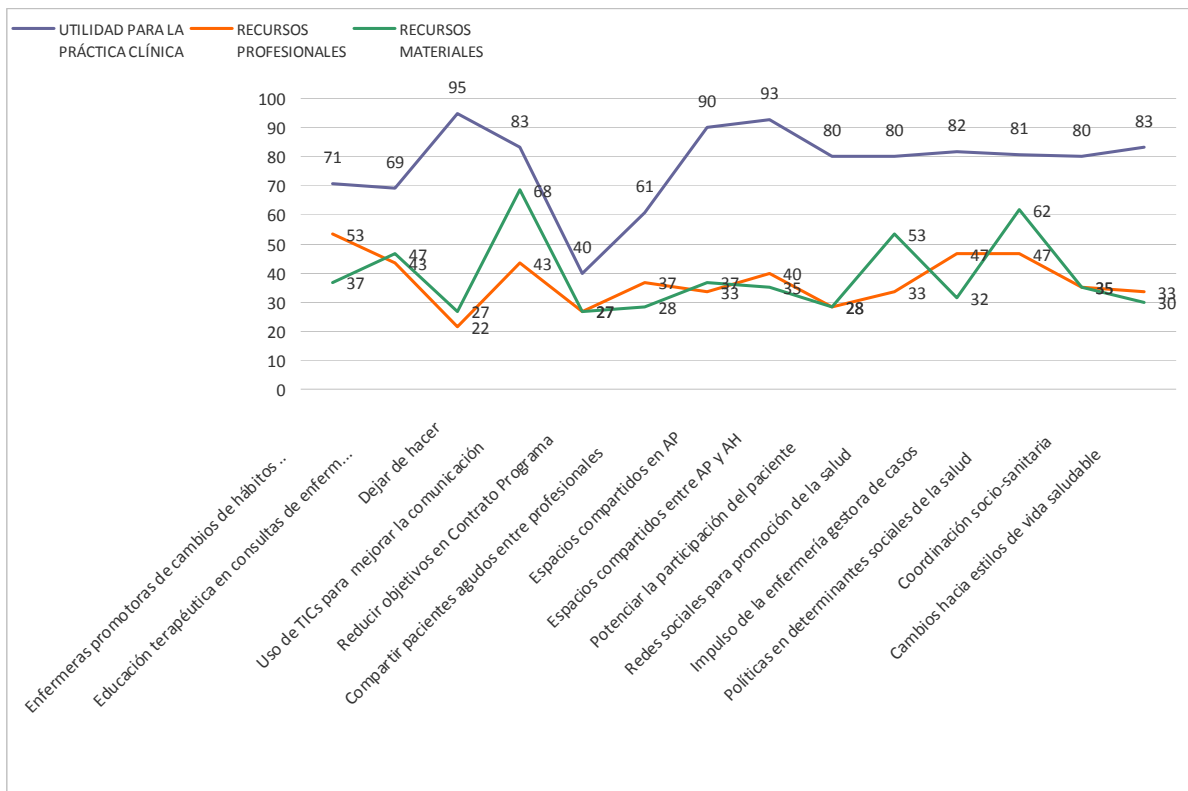
A continuación se muestran mediante gráficas las acciones propuestas por cada grupo, reflejando las puntuaciones (en escala 0-100) otorgadas a cada acción de acuerdo con los criterios de priorización planteados. Se adjunta también una tabla en la que se sintetizan las propuestas realizadas por el Grupo de trabajo, marcando en **color verde** aquellos criterios en los que la puntuación obtenida por cada acción fue superior a la mediana (en el caso de la “utilidad para la práctica clínica”), o inferior a la mediana de las puntuaciones (en los criterios de “necesidad de recursos”).

## Grupo 1

**Gráfico 1. Acciones propuestas para la mejora de la atención a pacientes crónicos complejos en Atención Primaria, priorizadas según “Utilidad para la práctica clínica” y “Necesidad de recursos profesionales y materiales”. GRUPO 1**



**Gráfico 2. Acciones propuestas para la mejora de la atención a pacientes crónicos complejos en Atención Primaria, priorizadas según “Utilidad para la práctica clínica” y “Necesidad de recursos profesionales y materiales”. GRUPO 1**





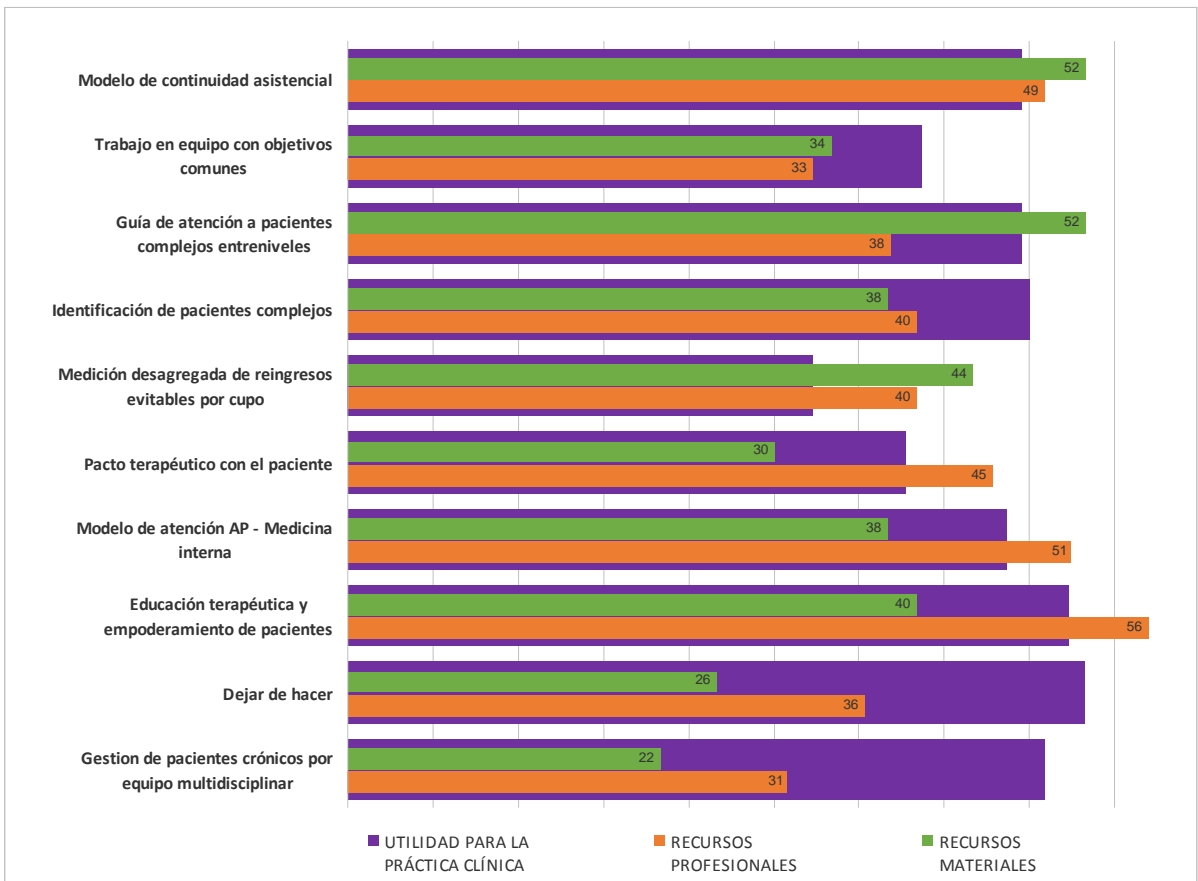
**Tabla 1. Acciones propuestas para la mejora de la atención a pacientes crónicos complejos en Atención Primaria, priorizadas según “Utilidad para la práctica clínica” y “Necesidad de recursos profesionales y materiales”. GRUPO 1**

ACCIONES		UTILIDAD PARA LA PRÁCTICA CLÍNICA	RECURSOS PROFESIONALES	RECURSOS MATERIALES
1	Enfermeras promotoras de cambios de hábitos de salud	71	53	37
2	Educación terapéutica en consultas de enfermería	69	43	47
3	Dejar de hacer	95	22	27
4	Uso de TICs para mejorar la comunicación	83	43	68
5	Reducir objetivos en Contrato Programa	40	27	27
6	Compartir pacientes agudos entre profesionales	61	37	28
7	Espacios compartidos en AP	90	33	37
8	Espacios compartidos entre AP y AH	93	40	35
9	Potenciar la participación del paciente	80	28	28
10	Redes sociales para promoción de la salud	80	33	53
11	Impulso de la enfermería gestora de casos	82	47	32
12	Políticas en determinantes sociales de la salud	81	47	62
13	Coordinación socio-sanitaria	80	35	35
14	Cambios hacia estilos de vida saludable	83	33	30
<b>Mediana</b>		<b>80,42</b>	<b>35,83</b>	<b>35,00</b>

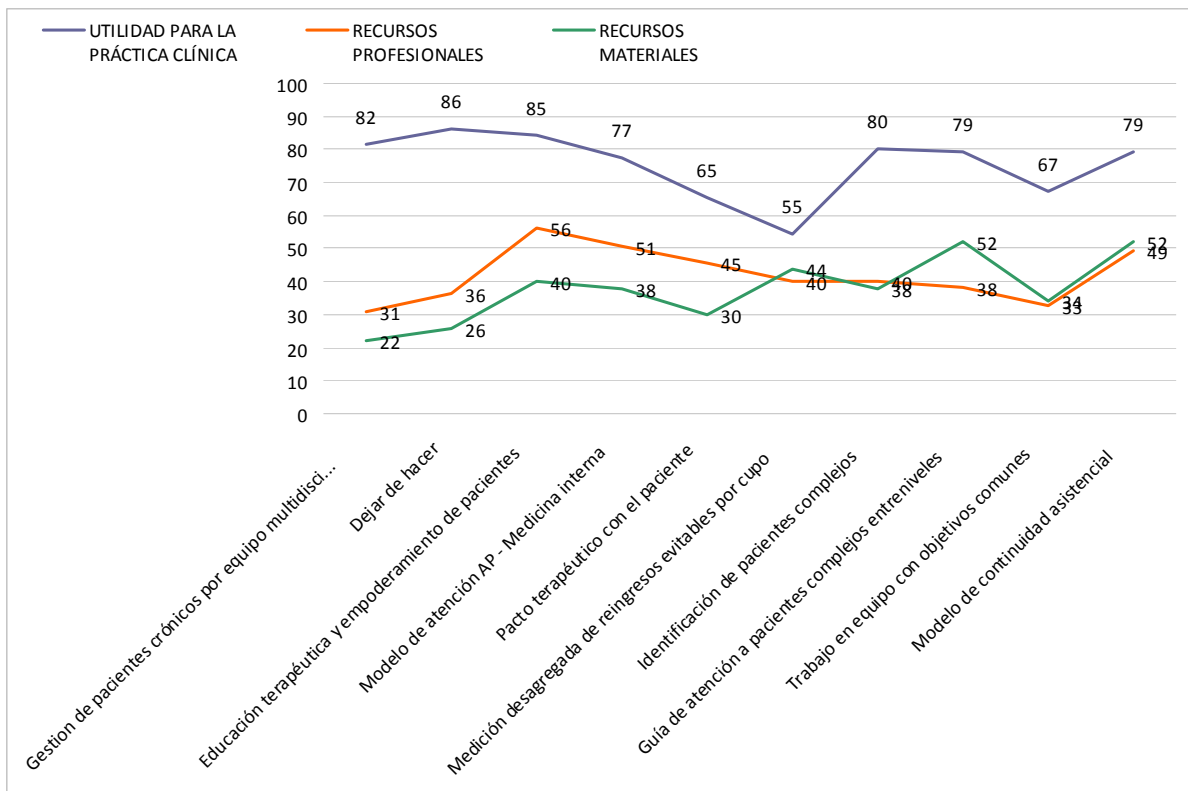
Nota: Se marcan en color verde aquellos criterios con mayor puntuación en el criterio “Utilidad para la práctica clínica” (puntuación superior a la mediana) y aquellos con menor puntuación en el criterio “Necesidad de recursos” (puntuación inferior a la mediana).

## Grupo 2

**Gráfico 3. Acciones propuestas para la mejora de la atención a pacientes crónicos complejos en Atención Primaria, priorizadas según “Utilidad para la práctica clínica” y “Necesidad de recursos profesionales y materiales”. GRUPO 2**



**Gráfico 4. Acciones propuestas para la mejora de la atención a pacientes crónicos complejos en Atención Primaria, priorizadas según “Utilidad para la práctica clínica” y “Necesidad de recursos profesionales y materiales”. GRUPO 2**



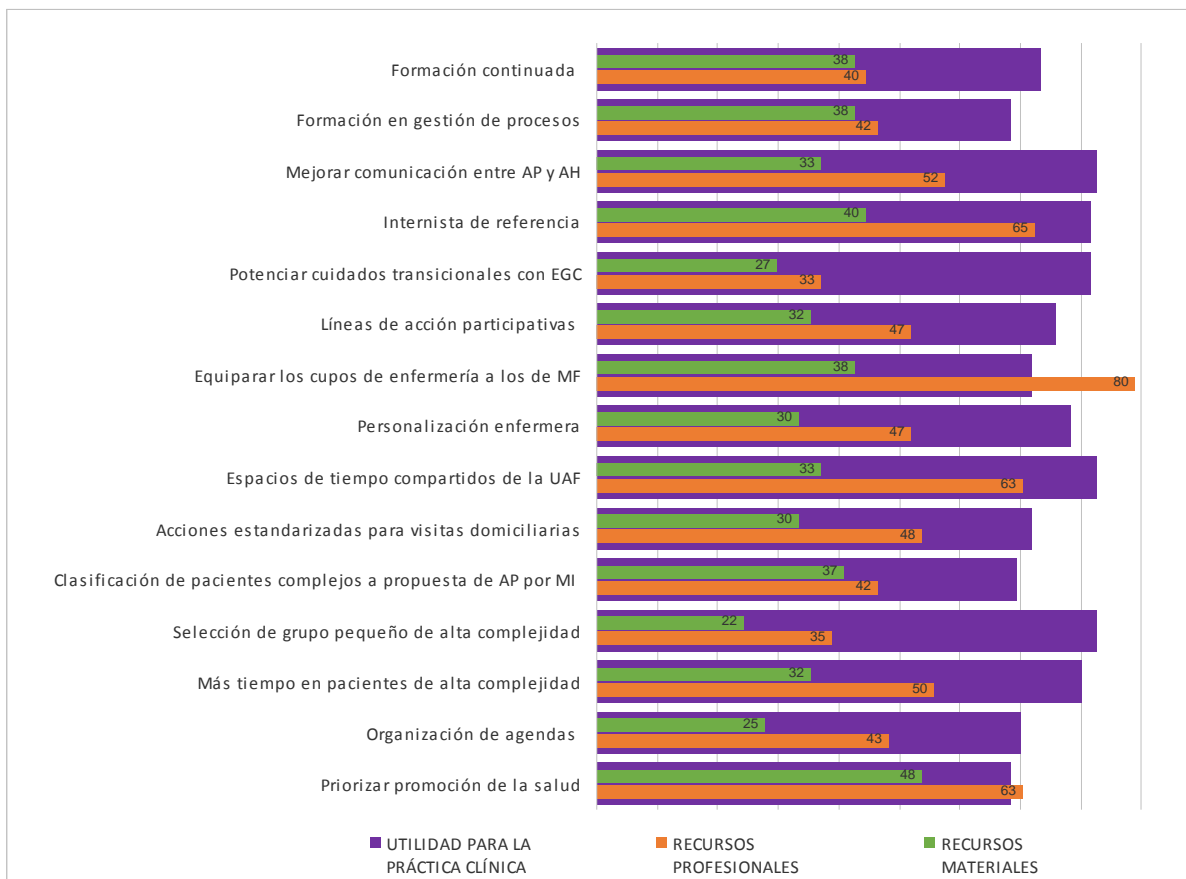
**Tabla 2. Acciones propuestas para la mejora de la atención a pacientes crónicos complejos en Atención Primaria, priorizadas según “Utilidad para la práctica clínica” y “Necesidad de recursos profesionales y materiales”. GRUPO 2**

ACCIONES		UTILIDAD PARA LA PRÁCTICA CLÍNICA	RECURSOS PROFESIONALES	RECURSOS MATERIALES
1	Priorizar promoción de la salud	68	63	48
2	Organización de agendas	70	43	25
3	Más tiempo en pacientes de alta complejidad	80	50	32
4	Selección de grupo pequeño de alta complejidad	83	35	22
5	Clasificación de pacientes complejos a propuesta de AP por MI	69	42	37
6	Acciones estandarizadas para visitas domiciliarias	72	48	30
7	Espacios de tiempo compartidos de la UAF	83	63	33
8	Personalización enfermera	78	47	30
9	Equiparar los cupos de enfermería a los de MF	72	80	38
10	Líneas de acción participativas	76	47	32
11	Potenciar cuidados transicionales con EGC	82	33	27
12	Internista de referencia	82	65	40
13	Mejorar comunicación entre AP y AH	83	52	33
14	Formación en gestión de procesos	68	42	38
15	Formación continuada	73	40	38
	<b>Mediana</b>	<b>75,83</b>	<b>46,67</b>	<b>33,33</b>

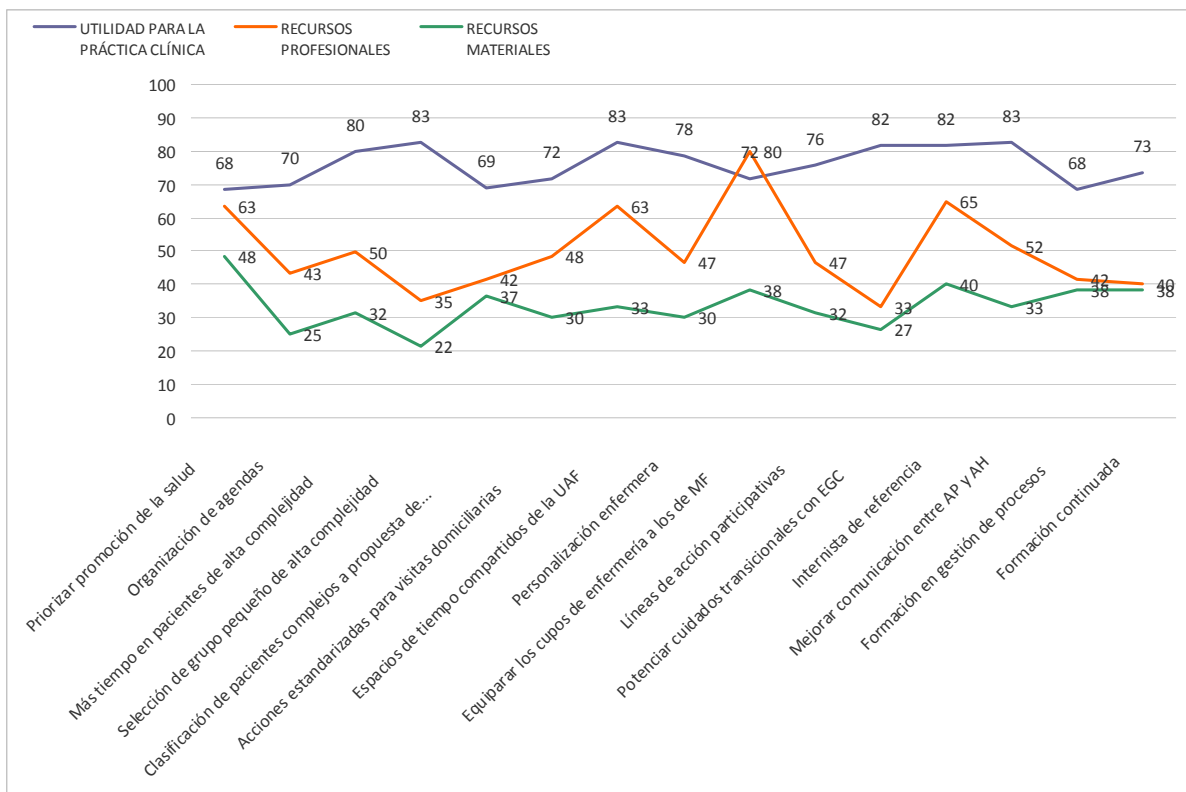
Nota: Se marcan en color verde aquellos criterios con mayor puntuación en el criterio “Utilidad para la práctica clínica” (puntuación superior a la mediana) y aquellos con menor puntuación en el criterio “Necesidad de recursos” (puntuación inferior a la mediana).

### Grupo 3

**Gráfico 5. Acciones propuestas para la mejora de la atención a pacientes crónicos complejos en Atención Primaria, priorizadas según “Utilidad para la práctica clínica” y “Necesidad de recursos profesionales y materiales”. GRUPO 3**



**Gráfico 6. Acciones propuestas para la mejora de la atención a pacientes crónicos complejos en Atención Primaria, priorizadas según “Utilidad para la práctica clínica” y “Necesidad de recursos profesionales y materiales”. GRUPO 3**



**Tabla 3. Acciones propuestas para la mejora de la atención a pacientes crónicos complejos en Atención Primaria, priorizadas según “Utilidad para la práctica clínica” y “Necesidad de recursos profesionales y materiales”. GRUPO 3**

ACCIONES		UTILIDAD PARA LA PRÁCTICA CLÍNICA	RECURSOS PROFESIONALES	RECURSOS MATERIALES
1	Gestión de pacientes crónicos por equipo multidisciplinar	82	31	22
2	Dejar de hacer	86	36	26
3	Educación terapéutica y empoderamiento de pacientes	85	56	40
4	Modelo de atención AP - Medicina interna	77	51	38
5	Pacto terapéutico con el paciente	65	45	30
6	Medición desagregada de reingresos evitables por cupo	55	40	44
7	Identificación de pacientes complejos	80	40	38
8	Guía de atención a pacientes complejos entre niveles	79	38	52
9	Trabajo en equipo con objetivos comunes	67	33	34
10	Modelo de continuidad asistencial	79	49	52
	<b>Mediana</b>	<b>79,09</b>	<b>40,00</b>	<b>38,00</b>

Nota: Se marcan en color verde aquellos criterios con mayor puntuación en el criterio “Utilidad para la práctica clínica” (puntuación superior a la mediana) y aquellos con menor puntuación en el criterio “Necesidad de recursos” (puntuación inferior a la mediana).

## Resultados integrados

La tabla adjunta recoge la relación de acciones propuestas por los tres Grupos de trabajo, integrando aquellas que fueron coincidentes. Se aprecian acciones que difieren en matizaciones o especificaciones, por lo que en un ejercicio posterior podrían ser susceptibles de ser integradas operativamente. No obstante, en este documento se mantienen individualizadas, respetando de este modo las indicaciones de las personas participantes, quienes dieron valor a su presentación pormenorizada.

**Tabla 4. Acciones propuestas para la mejora de la atención a pacientes crónicos complejos en Atención Primaria, priorizadas según “Utilidad para la práctica clínica” y “Necesidad de recursos profesionales y materiales”. INTEGRADO**

ACCIÓN		Grupos en los que se propone la acción	Nº personas que proponen la acción	UTILIDAD PARA LA PRÁCTICA CLÍNICA	RECURSOS PROFESIONALES	RECURSOS MATERIALES
1	Enfermeras promotoras de cambios de hábitos de salud	G1	1	71	53	37
2	Educación terapéutica y empoderamiento de pacientes	G1, G2	6	77	50	44
3	Dejar de hacer	G1, G2	8	91	29	26
4	Uso de TICs para mejorar la comunicación	G1	2	83	43	68
5	Reducir objetivos en Contrato Programa	G1	1	40	27	27
6	Compartir pacientes agudos entre profesionales	G1	1	61	37	28
7	Espacios compartidos en AP (1)	G1, G2	8	86	32	30
8	Espacios compartidos entre AP y AH	G1	3	93	40	35
9	Potenciar la participación del paciente	G1	1	80	28	28
10	Redes sociales para promoción de la salud	G1	1	80	33	53
11	Impulso de la enfermería gestora de casos	G1	2	82	47	32
12	Políticas en determinantes sociales de la salud	G1	1	81	47	62
13	Coordinación socio-sanitaria	G1	1	80	35	35
14	Cambios hacia estilos de vida saludable	G1, G3	3	76	48	39
15	Modelo de atención AP - Medicina interna	G2	2	77	51	38
16	Pacto terapéutico con el paciente	G2	1	65	45	30



ACCIÓN		Grupos en los que se propone la acción	Nº personas que proponen la acción	UTILIDAD PARA LA PRÁCTICA CLÍNICA	RECURSOS PROFESIONALES	RECURSOS MATERIALES
17	Medición desagregada de reingresos evitables por cupo	G2	1	55	40	44
18	Identificación de pacientes complejos	G2	3	80	40	38
19	Guía de atención a pacientes complejos entreniveles	G2	3	79	38	52
20	Trabajo en equipo con objetivos comunes	G2	1	67	33	34
21	Modelo de continuidad asistencial	G2	1	79	49	52
22	Organización de agendas	G3	4	70	43	25
23	Más tiempo en pacientes de alta complejidad	G3	2	80	50	32
24	Selección de grupo pequeño de alta complejidad	G3	3	83	35	22
25	Clasificación de pacientes complejos a propuesta de AP por MI	G3	1	69	42	37
26	Acciones estandarizadas para visitas domiciliarias	G3	1	72	48	30
27	Espacios de tiempo compartidos de la UAF	G3	4	83	63	33
28	Personalización enfermera	G3	1	78	47	30
29	Equiparar los cupos de enfermería a los de MF	G3	1	72	80	38
30	Líneas de acción participativas	G3	2	76	47	32
31	Potenciar cuidados transicionales con EGC	G3	3	82	33	27
32	Internista de referencia	G3	2	82	65	40
33	Mejorar comunicación entre AP y AH	G3	2	83	52	33
34	Formación en gestión de procesos	G3	1	68	42	38
35	Formación continuada	G3	1	73	40	38
	<b>Mediana</b>	<b>G2</b>	<b>3</b>	<b>79,09</b>	<b>43,33</b>	<b>35,00</b>

Nota: Se marcan en color verde aquellos criterios con mayor puntuación en el criterio "Utilidad para la práctica clínica" (puntuación superior a la mediana) y aquellos con menor puntuación en el criterio "Necesidad de recursos" (puntuación inferior a la mediana).

## ANEXO I: Desarrollo horario de los grupos de trabajo

### Viernes, 29 de mayo (sesión de tarde):

- Presentación de los objetivos y metodología de trabajo (10 minutos).
- Introducción al tema de análisis (20 minutos).
  - Presentación de casos clínicos.
  - Presentación del informe: “Listas de condiciones necesarias para facilitar la atención a las personas con problemas complejos”.
- Trabajo en Grupos (2,5 horas):

### Sábado, 30 de mayo (sesión de mañana):

- Integración de los resultados obtenidos en los grupos (3 horas).

Sesión de trabajo con la participación de los/as moderadores/as de cada grupo. Se elaborará un documento de síntesis en el que se recogerán las reflexiones y propuestas generadas en los Grupos de trabajo.
- Presentación de resultados en plenario y debate (60 minutos).

## ANEXO II: Participantes en los grupos de trabajo

<p>Grupo 1</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Alberto Ruiz Cantero</li> <li>- Alicia Cominero Belda</li> <li>- Ana Varella Safont</li> <li>- Bienvenida Gala</li> <li>- Carlos Alberto Cabrera Rodríguez</li> <li>- Carlos Gutiérrez Amaro</li> <li>- Ignacio Pajares Bernaldo de Quiros</li> <li>- Juan Espinar</li> <li>- Juan Pedro Batres Sicilia</li> <li>- Manuel Aljama Alcantara</li> <li>- Maximiliano Vilaseca Fortes</li> <li>- Patricia García Roldán</li> <li>- Susana Rodríguez Gómez</li> </ul>
<p>Grupo 2</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Antonio Fernández Moyano</li> <li>- Bernardo Herrera García</li> <li>- Enriqueta Carrillo Badillo</li> <li>- Francisca Cruz Rodríguez</li> <li>- Francisco Atienza Martín</li> <li>- Francisco Peregrina Palomares</li> <li>- Hilario López Cano</li> <li>- José Luis Gutiérrez Sequera</li> <li>- José Lupiáñez Castillo</li> <li>- José Nicolás García Rodríguez</li> <li>- M<sup>a</sup> Angeles Tarilonte Delgado</li> <li>- Nieves Lafuente Robles</li> <li>- Pilar Baraza Cano</li> <li>- Rafael García Vargas Machuca</li> </ul>
<p>Grupo 3</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Alejandro Granados Alba</li> <li>- Antonio Velázquez Salas</li> <li>- Bárbara Torres Verdu</li> <li>- Francisco Martín Santos</li> <li>- Juan Carlos Morilla Herrera</li> <li>- Lucía Carrión Domínguez</li> <li>- M<sup>a</sup> Victoria Mengíbar del Pino</li> <li>- Manuel Herrera Sánchez</li> <li>- Manuel Niño</li> <li>- Miguel Ballesta García</li> <li>- Ricardo Gómez Huelgas</li> <li>- Rosa Sánchez Pérez</li> <li>- Servando Baz Montero</li> </ul>

