

TÍTULO:

***“UNIDAD DE CRÓNICOS, un paisaje emocional
Creación del SERVICIO, ASESORÍA SANITARIA”.***

AUTOR: Libertad Sendín Rodríguez.

Abogada. Mediadora. Experta Criminología.

RESUMEN:

Las enfermedades crónicas constituyen un problema de salud pública con gran repercusión económica y social, debido al aumento de la esperanza de vida. El objetivo es conocer este tipo de pacientes, proponiendo una Unidad de Crónicos con un servicio de Asesoría Sanitaria, mediante un Plan de actuación por parte del Estado, ofreciendo información, atención sanitaria universal, integral y de calidad. Hasta el final de su vida, todo un paisaje emocional.

ABSTRACT:

Chronic diseases are a public health problem with significant economic and social impact due to increased life expectancy. The aim is to understand these patients proposing a unit with Chronic Health Advisory Service by establishing a State Action, providing information, universal health care, comprehensive and quality. Until the end of his life, a real emotional landscape.

• **ÍNDICE:**

1. Introducción.
2. Los objetivos.
3. Justificación del tema elegido.
4. ¿Cómo definimos al paciente crónico?.
5. La función del Estado en la visión del paciente crónico.
6. Nuevo modelo de gestión. A dónde vamos..
7. ¿Qué queremos, qué objetivos..
8. Como lo gestionaremos, que haremos. Medidas.
9. Gestión: ¿Qué tipo de gestiones se han realizado por distintos hospitales?.
10. ¿Por qué es necesario una Asesoría Sanitaria?.
- 10.1. ¿Qué tipos de trabajadores formarían la Asesoría Sanitaria?.
11. ¿Cómo identificamos a los pacientes crónicos en el SNS?.
12. ¿Qué derechos tiene el paciente ante el sistema?.
13. ¿Cuánto dedica España en presupuesto para Sanidad?.
- 13.1. ¿Y para cada Comunidad Autónoma en concreto?.
14. ¿Por qué una Unidad de Crónicos?
15. ¿Cómo es el ingreso de un enfermo crónico?.
16. ¿Cómo es la gestión en un Hospital hacia un enfermo crónico?.

17. ¿Cómo llegamos a la Equidad con el mapa comunitario?.
Supuestos extraídos del Congreso de Crónicos 2016, Madrid.

18. Consideraciones Finales, Conclusiones y Recomendaciones.

18.1. Consideraciones de los casos expuestos.

18.2. Valoración personal.

19. Normativa, bibliografía utilizada, notas de prensa.

1. INTRODUCCIÓN:

*¿Cuánto me queda de vida Doctor ?...Preguntó ÉL.
Y el doctor de la Clínica de la Luz, le respondió:
Eso no se sabe, usted tiene una enfermedad crónica...*

(Aquí fue la primera vez, que escuché y sentí, que nos esperaba un largo camino de esperanza, y de vida).

Actualmente en la Sociedad y a nivel mundial el término paciente crónico está en boga, por necesidad de establecerse un plan de actuación por parte de los poderes públicos junto con las administraciones públicas, y el Sistema Nacional de Salud que lleva 20 años si perfilar, ni ponerle soluciones a la atención sanitaria para la mayoría de la sociedad del siglo XXI, los “enfermos crónicos”.

En el año 2016 la esperanza de vida, ha aumentado de los 46 millones que forman la población en España, sabemos que 400.000 son personas mayores de 80 años, y la mayoría de ellas con pluripatologías.

La atención sanitaria debe dar cobertura universal, asistencia de calidad, integral, con equidad, con información, a los enfermos crónicos , así como gestión renovada en todos los procesos asistenciales sanitarios, sociales como legales, asesoramientos e información, de su proceso de instrucciones previas, ya que son la mayoría un colectivo sensible, siendo estas enfermedades de larga duración y de progresión lenta, y deben estar protegidos , adaptándose el sistema sanitario a estos cambios en la sociedad y a ponerle al servicio del paciente crónico la figura de la Unidad de Crónicos y el Servicio de Asesoría Sanitaria.

Por lo que manifestamos que la SANIDAD NECESITA adaptarse a los cambios, a la evolución demográfica y social, introducir y mantener estas dos figuras: Unidad de Crónicos y Asesoría Sanitaria.

En relación a la información que disponemos de la OMS de los últimos informes de la población mundial, y en España concretamente vemos que la media de edad para fallecer son los 84 años, y en los últimos cinco años del 2000 al 2016 la esperanza de vida ha crecido en cinco años, y a mayor esperanza de vida, usuario con enfermedades crónicas.

Con lo cual una persona con esta edad tiene unos patrones de enfermedad que se convierten en crónicos por derivar a alguna de las enfermedades determinadas como Crónicas por la OMS.

El trabajo del máster que hoy estoy exponiendo, lo pude visualizar en los cuatro años y medio de las continuas visitas médicas que tuve que realizar como acompañante de un enfermo de cáncer, mi padre. Tomé información, examiné y vi cómo se realizaba todo el proceso por el que íbamos pasando, de protocolos, de cómo se recibe y trata en consulta, que es un consentimiento informado para un tratamiento, y sobre todo

cómo se siente el paciente, cómo está viviendo su noticia, porque hay que asimilarlo, y cómo será su vida a partir de ahora.

La descoordinación de los servicios sanitarios y sociales acerca de la enfermedad y de su proceso, y sobre todo, de los cambios que habrá en su vida, y en la nuestra, darnos toda esta información relación paciente médico. ¿Quién le iba a explicar todo esto a él?, ¿y a nosotros?, ¿cómo lo íbamos a vivir junto a él?.

Soy abogada en ejercicio desde el año 2003 por lo que todo eran preguntas y máspreguntas, sin respuesta.

La situación nueva y dura en la que se vive de quererlo controlar todo, y de querer tener una tranquilidad que ya nunca más, será como antes de la enfermedad detectada.

Consideré que el paciente se pregunta, muchas cosas, sobre su situación como enfermo, de temas de su salud, de temas administrativos, de temas de su entorno, de cómo se va a adaptar a una nueva vida, y psicológicamente estar con sus facultades mentales perfectas, con los cinco sentidos para asimilar todo su proceso, y de las cuestiones para y hasta el final de su vida.

Aquí según la legislación la Ley de Autonomía del Paciente del 2002, sería la adecuada para ir informándole y contándole y resolverle dudas.

Surgen preguntas, ¿puedo pedir mi documentación clínica, mi historia clínica?, y ¿una segunda opinión médica? y ¿dónde se pide?, ¿qué es un segundo tratamiento alternativo?. De los servicios de atención primaria, en las primeras pruebas, en los primeros análisis, y como se iban enlazando y repitiendo pruebas que le pedían de un especialista, a otro, o hay que ir otra vez al médico de cabecera para los resultados, todo un entramado de gestiones, que se deben hacer y que a nadie le apetece ya que te exponen a demasiadas pruebas, a veces repetidas, como tratar con farmacia..las visitas a urgencias , los exámenes radiológicos, los servicios no médicos, como pueden ser fisioterapia, la toma diaria del tratamiento, seguir una alimentación sana, los cambios de vida la adaptación, y posible psicólogo, la cirugía ambulatoria (el ir a la enfermera del centro de salud porque conoce del asunto personal de la enfermedad y tampoco es para ir a urgencias, las ayudas de la comunidad o estatal sobre las ambulancias para los transportes de una sesión de radioterapia, sobre los aparatos necesarios en su enfermedad , lo que se denomina adherencia terapéutica que es un fenómeno múltiple, complejo y cambiante, y la terrible pregunta...¿si estoy enfermo y vivo solo que puedo hacer?. En la mayoría de los casos las personas con enfermedades crónicas o dentro del grupo de crónicos son persona mayores que pueden estar solos debido a su situación personal o a que sus familiares no le acompañan en su proceso ya que están trabajando o en otra ciudad, la estructura familiar ha cambiado, es una realidad el perfil de este enfermo actualmente, los hábitos y estilos de vida, y el apoyo familiar y social , ya que hay defunciones de personas que fallecen solas en los hospitales , se necesita por lo tanto sobre la unificación como mejora para el paciente, y como mejora para el SNS para centralizar para que todos las CCAA sean equitativas con los pacientes, que tengan los pacientes el mismo trato sanitario y social, los costes sanitarios no sean la causa de

discriminación, que se implante como ya se ha hecho en varias CCAA en una sola unidad, la unidad de crónicos.

El siguiente estudio se ha realizado mediante búsqueda exhaustiva en los documentos existentes en España y en Europa relacionados con la Cronicidad, son derivados del Informe de “Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad en el Sistema Nacional de Salud “ elaborado en el año 2012 por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, que a su vez según el Informe “Estadísticas Sanitarias Mundiales “ elaborado por la Organización Mundial de la Salud OMS, en el año 2005 publicó un documento de referencia en Europa “Preving Chronic Disease , a vital Investment”, que instaba a que todos los sistemas de salud en todo el mundo diseñaran y establecieran estrategias adecuadas con medidas eficaces para hacer frente al desafío de la cronicidad, reorientado a sistemas de atención , “El Libro Blanco de la Sanidad”, y el “Congreso de Crónicos Nacional” La Atención Sanitaria al Paciente Crónico Madrid 7-8 de abril del 2016. El objetivo propuesto es promover la salud y la calidad y la eficiencia con equidad, a los pacientes crónicos, es ofrecer una atención sanitaria y social integral e integrada, con una respuesta multidisciplinar a las necesidades de los pacientes en relación con la promoción y prevención de la salud, así como la atención en la fase de descompensación y la rehabilitación funcional, contribuyendo así a su recuperación. Al mismo tiempo es preciso implicar y corresponsabilizar al paciente en la gestión de su propio proceso asistencial, fomentando la participación la educación sanitaria y la autoayuda.

Todo ello debe permitir, además, mejorar la sostenibilidad de los sistemas sanitarios mediante ahorros en términos de costes económicos, sanitarios y sociales a través de un uso más eficiente y coste efectivo de los recursos.

2. LOS OBJETIVOS.

El proyecto pretende investigar cómo está tratada la figura del paciente crónico en la sociedad, en España, y si es viable el modelo de Unidad de Crónicos, para que se siga implantado en los Hospitales. Que se proteja la figura de la Cronicidad a la altura de las leyes de dependencia. En comparativa con otras estrategias que se han llevado a cabo en España, en distintas comunidades, y en la misma como es el caso de Madrid o Barcelona, Pamplona, que se han realizado distintas formas de gestión con los crónicos, pero concretando y estableciendo la Unidad de Crónicos como una tendencia de futuro.

Establecer unos objetivos, que son, dar unas recomendaciones a los centros de salud y al personal sanitario que trabaja con estos pacientes, dar información para los enfermos crónicos, daciones para una mejora en los servicios, en las condiciones de salud y limitaciones en la actividad de carácter crónico y su atención integral.

Desarrollar un cauce de coordinación entre los servicios sanitarios, el paciente y los servicios sociales, así como con el Estado para marcar pautas para prevenir las situaciones de larga duración de la enfermedad con calidad de vida y calidad clínica,

con el objetivo de lograr de forma progresiva una atención integral de los pacientes con problemas crónicos de salud.

- 1) Promover la salud y la calidad y eficiencia con equidad a los pacientes crónicos.
- 2) Ofrecer una atención sanitaria y social integrada.
- 3) Respuesta multidisciplinar de los profesionales en los centros hospitalarios, a las necesidades de los pacientes.
- 4) Promover la integración asistencial entre Atención Primaria y Atención Especializada. Evitar duplicación de pruebas, disminuir urgencias, disminuir ingresos hospitalarios, disminuir consultas médicas.
- 5) Que tengan atención permanente.
- 6) Implicar al Paciente, gestionando su enfermedad.
- 7) Fomentar la educación sanitaria, y la autoayuda.
- 8) Reconocer el papel de la familia o cuidador, ya que la mayoría necesitan ayuda, por ser pacientes polimedcados.
- 9) El Estado debe mantener el Sistema Sanitario buscando una gestión de curar y cuidar.
- 10) Todos estos objetivos suponen una mejora en la eficiencia del Servicio, de Unidad de Crónicos, para los pacientes.

3. JUSTIFICACIÓN DEL TEMA ELEGIDO.

En la sociedad actual a nivel mundial, la salud es un tema esencial y primordial en el Estado del Bienestar, y aun así un deber ya que la sanidad tiene que ser Universal, integral, dar información al paciente, con asistencia social, y con una asistencia integral hasta el final de sus días. La enfermedad crónica en la sociedad es tan importante su impacto ya que cada vez son más las personas que la padecen que se convierte en un individuo enfermo pero a la vez un individuo de la sociedad, con lo cual forma parte y hay que tratarlo como una Política de acción social.

Ya que tenemos un escenario en el que vemos una necesidad imperiosa que se trate el tema de los pacientes crónicos, porque ha aumentado la esperanza de vida a nivel mundial y en unos años, serán ciudadanos de más de 80 años un número importante de la población y serán un colectivo sensible y se debe dar una atención centrada en una unidad de crónicos para que se instauren en todos los Hospitales, para optimizar recursos. Evitando los ingresos, las estancias hospitalarias innecesarias, poco adecuadas en otras unidades.

Los recursos que tenemos y que hemos utilizado nos llevan a comprobar que el mejor sistema para los enfermos crónicos es un seguimiento y control como se lleva en una unidad de crónicos, atención personal, potenciar la atención clínica, con equipos de evaluación y soporte que evalúan cada caso, con la "historia clínica resumida", calidad de vida.

Mantener una unidad de crónicos, tal y como se ha estado realizando en numerosos centros Hospitalarios a nivel estatal, y en la mayoría con buenos resultados, según lo evaluado en el “Congreso Nacional de Crónicos , Atención Sanitaria al Paciente Crónico” celebrado en Madrid los día 7 y 8 de 2016, ofrecerle al “paciente crónico” complejo o multiingresador una nueva atención centrada en su proceso en concreto, personalizada y directa con atención especializada, centrada en su cronicidad y adaptada a sus necesidades clínicas , así como a su entorno familiar.

Se trata de mantener esta unidad de crónicos para poder unificar las características de pacientes con patologías diversas, y con un entorno social frágil, para poder ellos solos enfrentar su situación de enfermedad, con ayuda de sus familiares y del estado, que se sientan cuidados.

Estableciendo siempre los mecanismos impuestos a nivel mundial como en la Conferencia de Ottawa (Canadá) sobre la Promoción de la salud Mundial por la OMS en el año 1986 “Estrategia para el Abordaje”, y las pautas a seguir para socialmente y de manera proactiva trabajar en una realidad que es la Enfermedad Crónica.

4. ¿CÓMO DEFINIMOS AL PACIENTE CRÓNICO?. Su perfil.

La OMS define enfermedades crónicas de la siguiente manera, “las enfermedades crónicas son enfermedades de larga duración y por lo general de progresión lenta”. Las enfermedades cardiacas, los infartos, el cáncer, las enfermedades respiratorias y la diabetes, son las principales causas de mortalidad en el mundo, siendo responsables del 63% de las muertes. En 2008, 36 millones de personas murieron de una enfermedad crónica, de las cuales la mitad era de sexo femenino y el 29% era de menos de 60 años de edad.



El progresivo envejecimiento hará que en el año 2020 más del 20% de los ciudadanos tengan más de 64 años.

Se prevé también que en ese año las enfermedades crónicas sean la principal causa de “discapacidad” o “dependencia”, lo que obliga a los Estados en sus Políticas Sociales a garantizar calidad del servicio y continuidad de estos cuidados, a los enfermos crónicos, y a buscar mejoras en este sentido, según las fuentes de información consultadas, los planes de acción en España, es viable tras estudios demostrados el IMPLANTAR LA UNIDAD DE CRÓNICOS, y de manera accesoria como garante de información para asesorar a los pacientes la ASESORÍA SANITARIA, combinando dos recursos nuevos dando un servicio carente en nuestro servicio sanitario, y que se adaptarán a las necesidades de la sociedad actual y futura.

En la actualidad está en desarrollo el Plan de Acción para la Implementación de la Estrategia Europea para la Prevención y Control de las Enfermedades no transmisibles, como respuesta a la Estrategia Mundial adoptada por la OMS en el año 2000 y el subsiguiente Plan de Acción 2008-2013. Este Plan de Acción tiene en cuenta la Declaración de Moscú aprobada por la Asamblea Mundial de la Salud, en la resolución WHA64.11 tras la primera Conferencia Ministerial Mundial sobre Estilos de Vida Saludables y Control de Enfermedades No Transmisibles que tuvo lugar en abril de 2011, con la participación activa de la OMS y los Estados europeos miembros de la región, entre ellos España.

Da respuesta a este problema ya que lo cataloga como uno de los principales obstáculos para el desarrollo en el siglo XXI, se exponen formas de fortalecer las capacidades nacionales para hacer frente a las ENT y dar respuesta a este problema mediante la reducción de los factores de riesgo, el fortalecimiento de los sistemas de salud y la mejora del seguimiento y la evaluación.

Dar recomendaciones con unos objetivos, para prevenir y controlar las ENT.

Dar pautas para orientar a los Estados Miembros en el desarrollo de los objetivos y los indicadores nacionales.

Colaborar con Naciones Unidas, de un informe de las opciones para fortalecer y facilitar medidas multisectoriales a fin de prevenir y controlar la ENT pro conducto de una alianza de colaboración efectiva.

Que considero necesario con creencias reales y experimentadas que algo había que hacer, necesitaban crear algún servicio o entidad donde los enfermos crónicos junto a sus familiares pudieran estar bien informadas y se sintieran ayudadas, en el proceso de su enfermedad, de sus gestiones que tienen que ver con el derecho a la salud, a la información a las gestiones hospitalarias y administrativas de su vida personal, ya que se cuestionan muchas cosas, y el término “adherencia terapéutica”, que es el seguimiento de las recomendaciones dadas por el médico es clave en el control de las enfermedades crónicas y también en como se administraban los tratamientos farmacológicos, ya que la mayoría están polimedicados, y las dudas, gestiones o preguntas del paciente... quedaran resueltas.

Información plural y de calidad contrastada, decisiones centradas en el paciente., respeto a los valores a la autonomía del paciente informado. Aquí toma importancia la figura ya determinada del paciente crónico, y su relevancia actual. La relación médico paciente basada en el respeto y la confianza mutua, formación y entrenamiento específico en habilidades de comunicación para profesionales, participación de los pacientes en la determinación de prioridades en la asistencia sanitaria, y se puede determinar que la atención sanitaria debía ser efectiva en condiciones de igualdad. Según el art. .2 de la Ley General de Sanidad, los derechos de los ciudadanos y pacientes, habría que elaborar medidas en la organización y coordinación de todos los servicios, y sobre todo basándose en una gestión de calidad y personal para cada paciente, con la democratización formal de las decisiones sanitarias, conocimiento de los pacientes de sus derechos básicos, garantía de cumplimiento de los derechos básicos de los pacientes.

Explicarles los Protocolos, las Guías de Práctica Clínica , beneficios daños..etc, o Vía Clínica, así como los procesos del final de la vida.

En España, se han seguido las pautas recomendadas por la OMS, y el MSSSI, en las CCAA se ha desarrollado Estrategias para la coordinación de la Cronicidad basándose en el Plan de Calidad para el SNS, estrategias para la atención a algunas de las enfermedades con mayor carga de enfermedad; cáncer, cardiopatía, isquemia, ictus, diabetes melitus, salud mental, cuidados paliativos, enfermedad pulmonar obstructiva crónica y enfermedades raras.

A los enfermos crónicos se les suele encuadrar en las Unidades de Pacientes Pluripatológicos y en Unidades de Tratamiento, y en estas áreas se han elaborado recomendaciones concretas, basándose en la Estrategia de Abordaje a la Cronicidad. Que se incluyó en las medidas acordadas el 18 de marzo de 2010, por el Pleno Extraordinario del Consejo Interterritorial del SNS,

con la finalidad de afrontar nuestro Sistema Sanitario, reforzando la calidad, la equidad y la cohesión por una parte y optimizando el uso de los recursos por otra.

España ha ido introduciendo distintos modelos organizativos y de gestión. En las distintas CCAA, se han ido creando en los distintos servicios de salud, han realizado planes estratégicos, implantando proyectos y programas para la atención de personas con patologías crónicas, con distintas soluciones aunque todas centradas en las recomendaciones de la estrategia de Abordaje para la cronicidad, y todas adaptadas a la mejora de la evolución demográfica, los recursos asistenciales y la relación de estos integrados y coordinados con los servicios sociales.

Las medidas para poner en marcha deben empezar por un mayor presupuesto por el Estado en la Sanidad Pública, una coordinación entre todas las CCAA, así como entidades locales y hospitales, ya que hay un hecho constatado de los enfermos crónicos, y es que a mayor edad, mayor sobre coste sanitario.

Se da un alto consumo sanitario por causas clínicas. Y al ser distinta la gestión política de cada CCAA también hay que evitar desigualdad sanitaria.

En todas las CCAA, se ha implantado la estrategia para el desarrollo a la cronicidad, y están en proceso de implantación, es de destacar la Estrategia para afrontar el reto a la cronicidad en Euskadi, el Plan Andaluz de Atención Integrada a Pacientes con Enfermedades Crónicas (2012-2016), el Programa de Prevención y Atención a la Cronicidad de Cataluña , el Plan de Atención a pacientes con enfermedades crónicas de la Comunidad Valenciana. Estas son las primeras que la realizaron, se recoge en la pag 35 de EACSNS.

Pero el ciudadano tiene derecho al principio de Equidad, es decir que el trato para los enfermos crónicos sea igual en todas las CCAA.

En las estrategias de las CCAA revisadas, y también propuestas por la Carta de Ottawa para la promoción de la salud, (OMS .Carta de Ottawa. Primera Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud de la Población. Ottawa, Canadá. 17-21 de noviembre de 1986. Ontario: OMS; 1986, destacamos que el contenido de las Estrategias estudiadas en las CCAA todas hacen referencia al cambio demográfico que se está dando a nivel mundial, aquí aplicaríamos la primera área de acción que es incorpora la salud como eje transversal en todas las políticas públicas, crear entornos que protejan y favorezcan la salud en todos los ámbitos vitales, y la necesidad de que las enfermedades crónicas pasen a centrar en detrimento de las enfermedades agudas, con cambios en el Sistema Sanitario. Basándose todas en Estrategias, planes o programas de atención, en coordinación con la atención socio-sanitaria integral, aquí incluiríamos la tercera área de acción que propone la carta de Ottawa, de acción que es toma de decisiones y la elaboración y puesta en marcha de estrategias de planificación para alcanzar un mejor nivel de salud, en un trato directo con el paciente, para que se empodere, aquí la cuarta área de acción de Ottawa, de fortalecer las habilidades y capacidades

de los individuos y las Comunidades en términos de información y educación para la salud con la finalidad de aumentar su capacidad para ejercer un mayor control sobre su salud, en adaptarlo a su nueva vida, sin sacarlo de sus costumbres,..y la cuarta área de acción que es reorientar los servicios sanitarios hacia la promoción de la salud y la equidad, esto conlleva a que el trato de los pacientes sea igual en todo el territorio nacional y justo sin discriminación, que sea una sanidad universal.

5. LA FUNCIÓN DEL ESTADO EN LA VISIÓN DEL PACIENTE CRÓNICO.

El concepto del Cuarto Pilar del Estado de Bienestar consiste en que el ciudadano tiene derechos sociales, que encuadran los “ciudadanos de larga duración”, por lo que encuadramos aquí dentro de los propósitos atención y dispositivo que atiendan a personas en situación especial de vulnerabilidad el acceso a una sanidad de calidad, en sus derechos como ciudadanos, el derecho a la información. Como ya mencionamos antes área de acción que propone la Carta de Ottawa, y por lo tanto viable para crear la Asesoría Sanitaria en el Centro de Salud u Hospital.

Sería a través del SNS crear un servicio para informar, dando una mejora para beneficio del paciente, y así descargar a la familia de preocupaciones creadas por la falta de información, y trámites administrativos y legales, de mediación, acuerdos extrajudiciales, con el servicio de salud o algún trabajador del centro, siendo el médico responsable junto con el abogado y mediador los que valoren los casos en particular, y que se requieren durante todo el proceso de la enfermedad..

Surge la necesidad de dar respuesta a la demanda que genera la cronicidad en toda su dimensión, y desde los distintos sistemas administrativos.

Mediante test, (que adjunto) que me orientó para saber en los sujetos enfermos y personas no enfermas futuros enfermos o acompañantes, que respondieran a las preguntas de si veían necesario este servicio de información al que he llamado Asesoría Sanitaria, y que aportó, contestaran el cuestionario y preguntaba sobre las necesidades del servicio y la necesidad personal como paciente y como ser humano, basándonos en los Derechos Fundamentales, la importancia de la salud en nuestra Constitución, que está recogido en el art. 43 CE reconoce el derecho a la protección de la salud, aunque el derecho a la salud no es un derecho fundamental en el art 10 CE, de la dignidad de la persona y que le son inherentes aquí si rige como derecho fundamental, hay que valorar el aspecto de alcance de la salud como pieza fundamental, y salvaguardarlos manteniendolos siempre al enfermo tan importantes, como la dignidad, integridad, equidad, de la persona humana, información, etc....

Esta creencia de ver mejoras en los pacientes con un servicio base donde les dieran información legal, sobre su persona, y gestiones relacionadas con su vida en ese momento de la enfermedad, su proceso, y gestionaran sus cuestiones administrativas directamente, me facilitó ver, que existía una coordinación con la Atención Primaria, y con Atención Especializada siendo todo más sencillo si estuviera centralizado la cronicidad de ciertos pacientes, de que su trato hospitalario de pruebas y seguimiento sería de mayor calidad si esto existiera.

En concreto que existiera una sola puerta de acceso a la gestión de crónicos, y que estuviera perfectamente perfilado las características o personas que se concretarían en ese conceptos de “crónicos”.

Sería la implantación de un nuevo servicio público por el SNS que realice cambios en la organización y que responda a que en la actualidad existen unas enfermedades crónicas que padecen un número elevado de usuarios y que pueden surgir dudas y necesidad de asesoramiento legal y personal para las personas, con un servicio de mediación que también realice la asesoría sanitaria en los centros de salud y hospitales, y por lo tanto deberían orientar la organización de los servicios en garantizar una asistencia sanitaria adecuada, en mejorar los servicios y adecuarlos a las nuevas necesidades que la sociedad está necesitando.

El concepto de calidad en el Sistema Sanitario, y como término amplio en sí es subjetivo aunque cada uno de nosotros sabe que es una atención de calidad si lo extrapolamos al ámbito sanitario. Según el diccionario de la Real Academia la “Calidad” ; *“es una propiedad o conjunto de propiedades inherentes a una cosa que permiten apreciarla como igual, mejor o que las restantes de su misma especie”*.

-Hacer lo correcto (eficacia).

-Hacerlo correctamente (efectividad).

-Con los recursos adecuados (eficiencia).

-De acuerdo a los conocimientos científicos disponibles (evidencia clínica).

-Hacerlo con los menores riesgos posibles (seguridad).

La esperanza de vida y los indicadores de la mortalidad según el INE el día 27 de febrero del 2015, defunciones según la causa de muerte en el año 2013, la tasa bruta de mortalidad se situó en 837,9 fallecidos por 100.000 habitantes, un 2,7% menos que el año anterior.

El número de defunciones ha disminuido un 3,1% respecto a 2012. Los tumores fueron la principal causa de muerte en los hombres y las enfermedades del sistema circulatorio en las mujeres.

En el año 2013, se produjeron en España 390.419 defunciones, 12.531 menos que en el año anterior (-3,1% en términos relativos). Este descenso se ha visto afectado en parte por el importante incremento de la mortalidad por enfermedades respiratorias que se registró en el año 2012.

Por sexo, fallecieron 199.834 hombres (un 3,0% menos que en 2012) y 190.585 mujeres (un 3,3%).

La tasa bruta de mortalidad se situó en 837,9 fallecidos por cada 100.000 habitantes, un 2,7% menos que el año anterior. La tasa femenina fue de 805,5 fallecidas por cada 100.000 mujeres (-3,1%) y la masculina de 871,4 por cada 100.000 hombres (-2,4%).

La mayoría de las defunciones se debieron a causas naturales (enfermedades). En 2013, fallecieron 375.741 personas por estas causas, lo que representa el 96,2 % del total. Esta cifra es un 3,4% que el año anterior.

Principales causas de muerte por grupos de enfermedades.

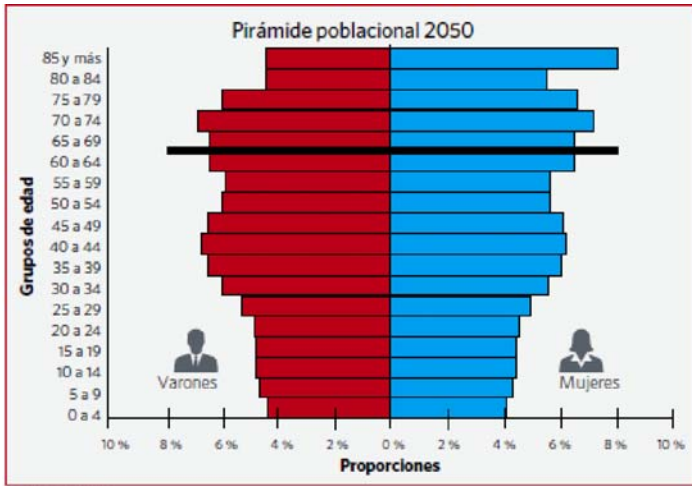
La primera causa de muerte fue el grupo de las enfermedades del sistema circulatorio (la tasa de 252,1 fallecidos por cada 100.000 habitantes), seguida de tumores (238,3), y de las enfermedades del sistema respiratorio (91,4). Las enfermedades del sistema nervioso, que incluyen al Alzheimer, fueron la cuarta causa de muerte (46,1).

Las once primeras causas de muerte en el año 2013 en España según el I.N.E fueron: Enfermedades del sistema circulatorio, 2) Tumores, 3) Enfermedades del sistema respiratorio, 4) Enfermedades del sistema nervioso y de los órganos de los sentidos, 5) Enfermedades del sistema digestivo, 6)Trastornos mentales y del comportamiento, 7) Causas externas de mortalidad, 8) Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas,9) Enfermedades del sistema genitourinario, 10) síntomas signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, 11) enfermedades infecciosas y parásitas.

Los pilares de las enfermedades crónicas los introducimos en estos cinco grupos:

- Enfermos crónicos
- Personas con grandes discapacidades
- Enfermos geriátricos
- Enfermos terminales
- Dependientes funcionales

Evolución de la esperanza de vida al nacer.



Fuente: Crecido propio

Salud (actualizado 2 junio 2016)

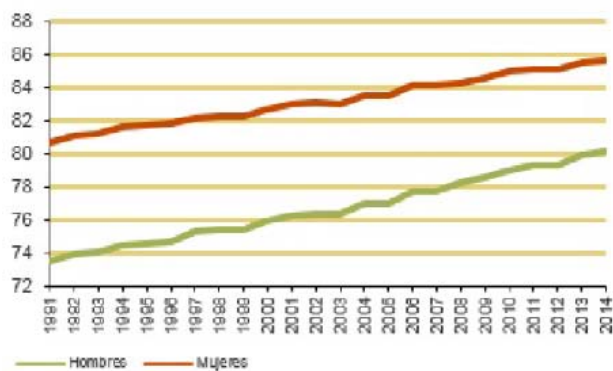
Evolución de la esperanza de vida al nacimiento. Brecha de género. España

	Hombres	Mujeres	Brecha de género (mujeres-hombres)
1991	73,5	80,6	7,1
1992	73,9	81,1	7,2
1993	74,1	81,2	7,1
1994	74,4	81,6	7,1
1995	74,5	81,7	7,2
1996	74,6	81,8	7,2
1997	75,3	82,2	6,9
1998	75,4	82,3	6,9
1999	75,4	82,3	6,9
2000	75,9	82,7	6,8
2001	76,2	83,0	6,8
2002	76,4	83,1	6,7
2003	76,4	82,9	6,6
2004	77,0	83,5	6,6
2005	77,0	83,5	6,5
2006	77,7	84,1	6,4
2007	77,8	84,1	6,3
2008	78,2	84,3	6,1
2009	78,6	84,6	6,0
2010	79,0	85,0	6,0
2011	79,3	85,1	5,8
2012	79,3	85,1	5,7
2013	79,9	85,5	5,6
2014	80,1	85,6	5,5

Fuente: Tablas de mortalidad. INE

Evolución de la esperanza de vida al nacer

años

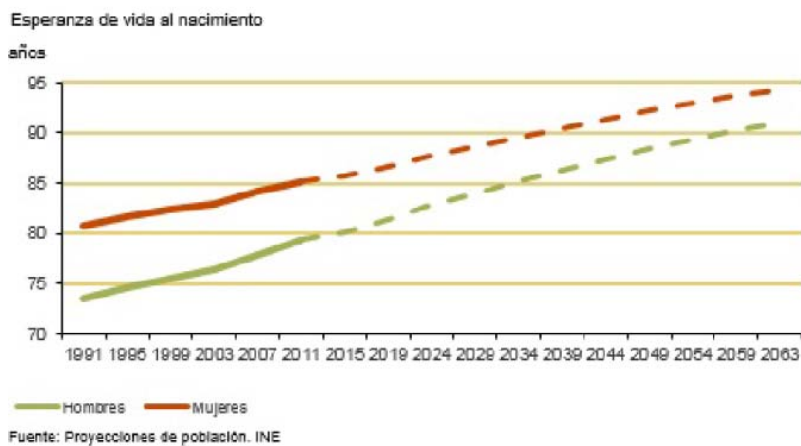


Fuente: Tablas de mortalidad. INE

**Proyección de la esperanza de vida al nacimiento.
Brecha de género. España**

	Hombres	Mujeres	Brecha de género (mujeres-hombres)
2013	79,9	85,5	5,6
2014	80,1	85,6	5,5
2019	81,4	86,7	5,3
2024	82,8	87,7	5,0
2029	84,0	88,7	4,7
2034	85,2	89,6	4,5
2039	86,3	90,5	4,2
2044	87,4	91,4	4,0
2049	88,4	92,2	3,8
2054	89,3	93,0	3,7
2059	90,3	93,8	3,5
2063	91,0	94,3	3,4

Nota: en 2013 y 2014 datos reales
Fuente: Proyecciones de población. INE



Salud (actualizado 2 junio 2016)

Esperanza de vida al nacer en la UE. Brecha de género

	2014			2013		
	Hombres	Mujeres	Brecha de género (mujeres-hombres)	Hombres	Mujeres	Brecha de género (mujeres-hombres)
UE-28	(b,p) 78,1	(b,p) 83,6	5,5	(e,p) 77,8	(e,p) 83,3	5,5
Bélgica	78,8	83,9	5,1	78,1	83,2	5,1
Bulgaria	71,1	78,0	6,9	71,3	78,6	7,3
República Checa	75,8	82,0	6,2	75,2	81,3	6,1
Dinamarca	78,7	82,8	4,1	78,3	82,4	4,1
Alemania	(b) 78,7	(b) 83,6	4,9	78,6	83,2	4,6
Estonia	72,4	81,9	9,5	72,8	81,7	8,9
Irlanda	(p) 79,3	(p) 83,5	4,2	(p) 79,0	(p) 83,1	4,1
Grecia	78,9	84,1	5,2	78,7	84,0	5,3
España	80,4	86,2	5,8	80,2	86,1	5,9
Francia	(b) 79,5	(b) 86,0	6,5	79,0	85,6	6,6
Croacia	74,7	81,0	6,3	74,5	81,0	6,5
Italia	80,7	85,6	4,9	80,3	85,2	4,9
Chipre	80,9	84,7	3,8	80,1	85,0	4,9
Letonia	69,1	79,4	10,3	69,3	78,9	9,6
Lituania	69,2	80,1	10,9	68,5	79,6	11,1
Luxemburgo	79,4	85,2	5,8	79,8	83,9	4,1
Hungría	72,3	79,4	7,1	72,2	79,1	6,9
Malta	79,8	84,2	4,4	79,6	84,0	4,4
Países Bajos	80,0	83,5	3,5	79,5	83,2	3,7
Austria	79,2	84,0	4,8	78,6	83,8	5,2
Polonia	73,7	81,7	8,0	73,0	81,2	8,2
Portugal	(e) 78,0	(e) 84,4	6,4	77,6	84,0	6,4
Rumania	(e) 71,4	(e) 78,7	7,3	(e) 71,6	(e) 78,7	7,1
Eslovenia	78,2	84,1	5,9	77,2	83,6	6,4
Eslovaquia	73,3	80,5	7,2	72,9	80,1	7,2
Finlandia	78,4	84,1	5,7	78,0	84,1	6,1
Suecia	80,4	84,2	3,8	80,2	83,8	3,6
Reino Unido	(e) 79,5	(e) 83,2	3,7	(e) 79,2	(e) 82,9	3,7

*Nota: los datos de España están calculados por Eurostat y pueden diferir ligeramente de los difundidos por el INE

(b) Ruptura de serie

(e) Dato estimado

(p) Dato provisional

Fuente: Indicadores de Desarrollo Sostenible, Eurostat

6. NUEVO MODELO DE GESTIÓN. A DÓNDE VAMOS..

Los nuevos modelos de gestión de enfermedades crónicas complejas se basan en la prevención y una mejor gestión de esas enfermedades. Se debe intervenir desde los servicios de salud adecuando la organización asistencial a las nuevas necesidades. El patrón en la sociedad está cambiando pero el sistema de salud no lo hace al mismo

ritmo, por lo que es imprescindible reordenar las organizaciones asistenciales. Existen diferentes modelos conceptuales de Gestión de Enfermedades Crónicas (GEC) y de GEC complejas donde se encuadra al paciente pluripatológico. En este modelo el referente sería el “Modelo de Atención a enfermedades crónicas” Chonic Care Model (CCM) desarrollado en EEUU, este modelo no da soluciones pero sí es un marco multidimensional que permite estructurar y analizar la mejora de atención alrededor de 6 áreas claves: la comunidad, el sistema sanitario, el apoyo en autocuidado, el diseño de provisión de servicios, el apoyo en toma de decisiones y los sistemas de información clínica.

La OMS adaptó el modelo de Innovative Care for Chonic Conditions (ICCC), como marco integral para actualizar la prevención y gestión requerida por las enfermedades crónicas en los entornos de atención de salud. También otros gobiernos como Canadá, el British Columbia, que enfatiza en el paciente en su propia atención.

Se concluyó que las intervenciones más complejas con múltiples componentes dirigidos tanto a los pacientes como a los profesionales y a la propia organización eran las más efectivas, con el programa CCM “Modelo de atención a enfermedades crónicas” Chonic Care Model.

En EEUU, el modelo de las buenas prácticas en gestión sanitaria de Kaiser Permanente (kp), una Health Maintenance Organization (HMO) norteamericana sin ánimo de lucro. El modelo se plantea tanto a nivel macro con su enfoque de salud poblacional, meso con su abordaje a atención integrada y micro destacando múltiples herramientas innovadoras vinculadas a la GEC. Este modelo identifica tres modelos de riesgo según el grado de complejidad del caso. El principio básico es organizar a los pacientes según su riesgo, y agruparlos según en programas de intervención la intensidad de los cuidados al nivel de complejidad. Está influyendo en muchos países, en Reino Unido, identifica tres grados de complejidad: autocuidados y autotratamiento, tratamiento de la enfermedad, gestión de casos, gestión del conocimiento.

Vamos a una gestión multidisciplinar que conlleve a una calidad asistencial en los pacientes, y a una necesidad de equipos multidisciplinares con una relación entre distintos profesionales de la sanidad en relación a la cronicidad, médicos especializados, enfermeras especializadas, abogados asesores, mediadores, psicólogos, fisioterapeutas, trabajadores sociales, por que tratar mal esta situación genera mayor costes al SNS, debido a la demanda de cronicidad y a los distintos sistemas que hay en AT atención primaria y en Hospitales,

Se realizaría en base a un equipo multidisciplinar, con especialistas en enfermería en cuidados avanzados, con profesionales con competencias clínicas avanzadas y reconocidas, con profesionales que lleven a cabo la gestión de casos, con profesionales que lleven un seguimiento personalizado de pacientes, con un control de pacientes, con un trato y calidad en los pacientes, y con un seguimiento en los crónicos complejos.

*Existe una **herramienta IEMAC 1.0** (Instrumento de evaluación de modelos de atención ante la cronicidad) que enfoca la gestión del sistema sanitario hacia los*

pacientes crónicos. Es una herramienta que detalla y especifica las actuaciones necesarias para transformar el modelo de gestión en centros sanitarios y convertir al paciente , en el eje del modelo asistencial.

7. QUÉ QUEREMOS... QUÉ OBJETIVOS.

La inteligencia divina está en el corazón. No encontrarás a tu alma en el intelecto.
Gary Zukav.

“La cronicidad como un derecho subjetivo, y de urgente protección”.

“Los pacientes reclaman una protección de la cronicidad a la altura de la dependencia”. (Plataforma de organizaciones de pacientes).

Conforme se recoge en la Ley de Autonomía del Paciente, queremos posicionar al paciente en el centro del Sistema Nacional de Salud.

La sanidad española debe mirar y orientarse hacia lo crónico.

La atención que requieren los pacientes crónicos en los sistemas, de las políticas sanitarias, sociales educativas, y profundas reformas para garantizar la calidad la eficiencia y la sostenibilidad. Y por lo tanto nuevos modelos de gestión, orientados hacia la mejora de la cronicidad.

El objetivo es la equidad para el ciudadano.

Con un sistema armonizado que garantice un nivel de asistencia de calidad.

Queremos un trato humano, hacia el paciente, Howard Martin dijo “los escritos más antiguos que conozco sobre este tema son los de la antigua medicina china de hace 4.500 años. Este concepto de corazón inteligente perdura a lo largo de la historia. Ya que se considera que hace muchas culturas miles de años gentes de distintas culturas de todo el mundo consideraron que el corazón era el centro de la inteligencia dentro del organismo humano. En la medicina tradicional china, el corazón es el punto de conexión entre la mente y el cuerpo. Los ideogramas chinos para escribir “pensar”, “pensamiento” y “amor” incluyen el carácter del “corazón”. En las tradiciones yóguicas, el corazones, tanto en sentido figurado como literal, nuestro guía interno. En japonés hay dos palabras distintas para referirse al corazón: shinzu para el órgano físico y *kokoro* para la “mente del corazón”.

Sin embargo, y con el paso del tiempo se olvidó este conocimiento ancestral sobre el corazón y el respeto hacia el mismo.

La ciencia todavía no sabe con certeza qué es lo que hace que el corazón empiece a latir, pero lo que sí puede es que en ese trayecto de vida si hay enfermedad se guíe y acompañe, y coopere con el enfermo cuidándolo con humanidad, armonía, y respeto hacia los demás.

El “Instituto HeartMath”, un destacado centro de investigaciones sobre el corazón y los efectos que éste tiene en nuestra vida, ha demostrado que existe un vínculo entre los latidos del corazón y el estado emocional. El corazón responde a lo que pasa a nuestro alrededor con mucha más rapidez que el cerebro, porque las emociones son más rápidas y poderosas que los pensamientos. El corazón también refleja más el estado emocional que el cerebro. Por eso entendemos necesario que el paciente esté

bien tratado, anímicamente también humanamente, ya que en otras palabras, cuando tenemos miedo, estamos nerviosos o frustrados, el ritmo cardiaco es inestable e irregular. Pero cuando experimentamos amor, nos sentimos apreciados o estamos absortos creando algo, nuestro ritmo cardiaco tiene una pauta totalmente distinta. Es más reposado y pausado. Los científicos llaman a esta pauta “coherencia cardiaca”, y cuando el ritmo del corazón es coherente, el cuerpo y la mente están equilibrados y en el presente. Nos encontramos física y mentalmente en estado óptimo, en el ahora.

Incluso el Instituto HeartMath, hizo un estudio para experimentar la coherencia cardiaca, puedes conectar con el corazón haciendo el sencillo ejercicio de la Calma Interior de la pag 47, que ha desarrollado el Instituto. Un ritmo coherente hace que los otros sistemas del cuerpo, el cerebro y el sistema nervioso, los sistemas inmunitario y endocrino, digestivo y circulatorio, funcionen mejor. La incoherencia cardiaca debida a emociones negativas como el miedo o la ira tiene efectos negativos en el sistema inmunitario.

Sería ideal que las personas que traten o trabajen en un sistema sanitario y los enfermos crónicos estuvieran en un estado de coherencia óptimo. *“La coherencia del ritmo cardiaco es, de hecho el estado de funcionamiento óptimo del corazón. Pero no puedes conseguir esa coherencia con el pensamiento. No basta con pensar en el amor para tener el ritmo cardiaco sincronizado. Tienes que sentir el amor, sentir la gratitud, sentir el afecto, sentir la compasión. Y así alcanzarás este estado de coherencia”.* (Marci Shimoff).

La **aptitude recovery**, se define como el conjunto de técnicas mediante las cuales el ser humano recupera unas **aptitudes** innatas deterioradas con el paso del tiempo y las influencias del entorno y aprende a gestionar unas **actitudes** positivas, fundamentales para el inicio de cualquier proceso de afrontamiento y cambio personal o profesional. Es el trabajo de restauración de los niveles de conciencia (conciencia física, conciencia mental, conciencia emocional y conciencia espiritual) y de autogestión de las emociones. Para poder desarrollar todo su potencial, el ser humano precisa de una interacción y de un diálogo entre sus conciencias: la conciencia corporal o física, la conciencia mental, la conciencia emocional y la conciencia espiritual. Sólo y exclusivamente cuando existe un diálogo armónico entre conciencias, puede nacer un proceso de cambio en la persona. Partiendo de la apertura de la escucha activa, que permite una conexión y un diálogo entre el mundo cognitivo y el mundo emocional, es posible inhabilitar patrones neuronales para crear y reforzar nuevos circuitos cerebrales que permitan al ser humano iniciar cualquier proceso de cambio. Desaprendemos para aprender.

En todo proceso de cambio se distinguen varias etapas para obtener unos objetivos:

AUTOCONCIENCIA

AUTOCONOCIMIENTO

AUTOACEPTACIÓN

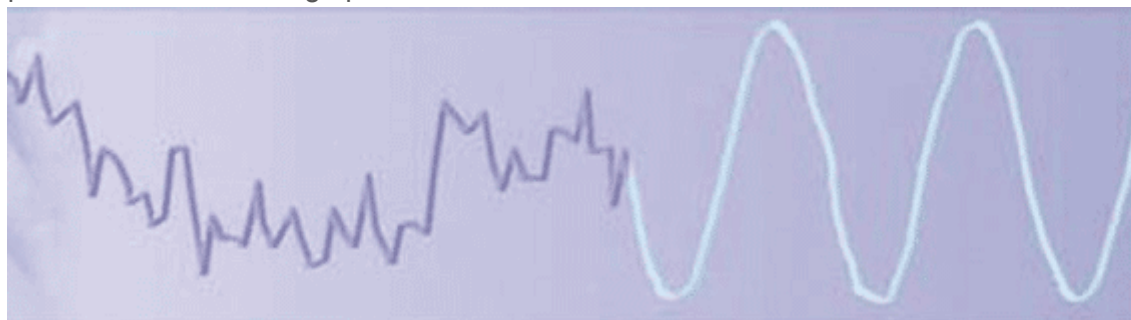
AUTOVOLUNTAD (VOLUNTAD DE CAMBIO)

AUTOCONFIANZA

AUTOLIDERAZGO

En sus últimas décadas, el mundo Occidental ha sido dominado por un modelo social que, fomentando un ritmo acelerado de vida en el que la prioridad del tener por encima del ser y del aparentar por encima del mostrar el verdadero yo, ha provocado que las personas piensen, sientan y actúen por caminos divergentes, causando una pérdida del eje de conexión entre sus conciencias que lleva al ser humano a un estado de estrés, de inquietud y de nerviosismo. Cuando el estrés, la inquietud y el nerviosismo se apoderan del ser humano, el nivel intelectual y el nivel de comunicación se ven afectados por la pérdida del yo profundo, desembocando en un proceso de inseguridad y de ansiedad que deriva, habitualmente, hacia trastornos funcionales a nivel mental, psicoemocional y físico, o a problemas de salud más importantes debido a la progresiva afectación del sistema inmunitario humano.

La aptitude recovery permite al ser humano entrar en su yo más profundo e iniciar un proceso de autoliderazgo personal. “Cambiar el estrés en resiliencia”.



ESTRÉS

CALMA

8.COMO LO GESTIONAREMOS, QUÉ HAREMOS ...MEDIDAS.

A continuación se enuncian las medidas: Tener visión de futuro, ya que afectará al volumen de necesidades asistenciales, debido a la evolución demográfica, a que la población va subiendo de edad, y al envejecimiento poblacional, debido al mercado laboral hay cambios en los tipos estructurales de familia, muchos crónicos están solos. Ver como se trabaja en Europa y en las distintas CCAA, y que hay de novedoso.

Continuidad asistencial al paciente crónico.

Crear políticas sociales y sanitarias, con las Administraciones Públicas, con planificación, control y evaluación.

Hay que elaborar estrategias en el servicio del personal.

Que se tenga cobertura pública asistencial por parte del Estado.

Que se adopten medidas para fomentar la coordinación entre la atención sanitaria y los servicios sociales que llevan 20 años sin solucionarlo.

Atención combinada y completa, adecuada y segura, basada en la información del paciente y del Centro de Unidad de Crónicos.

Los pacientes deben ser atendidos utilizando los recursos humanos y materiales más adecuados a sus necesidades sanitarias y sociales en cada momento.

Capacidad resolutoria a nivel sanitario con la acreditación de las Administraciones Sanitarias.

La cronicidad de las enfermedades va en aumento, el paciente crónico es uno de los ejes de este sistema.

Los distintos servicios acreditados que sean los más adecuados para la atención de los usuarios, con una cartera flexible.

Ayuda a tomar decisiones clínicas al paciente crónico, y la gestión del conocimiento.

Garantizar el acceso de los pacientes a las mejores y más eficaces tecnologías disponibles.

Principio de Integración Funcional. Coordinación con integración funcional de los recursos y sistemas.

Lograr la supervivencia del modelo sanitario.

Desarrollar nuevos modelos de gestión de la enfermedad y atención al paciente.; tercer nivel asistencial.

Implantar las TIC, y las APP. Implantar y coordinar los planes de acciones vigentes y utilizados con garantías en las CCAA, y con resultados favorables.

Que el SNS ofrezca a sus usuarios calidad en el servicio sanitario y un trato humano y social de acompañamiento hasta su muerte.

Con las tres "E", de Eficacia, Efectividad y Eficiencia.

Eficacia, siendo la capacidad de una actividad para mejorar el estado de salud del paciente y/o la población, en situación ideal.

Efectividad, capacidad de una actividad para mejorar el estado de salud del paciente y/o la población, en situación real.

Eficiencia, producción del máximo de cuidados sanitarios por unidad de recursos utilizados.

Se tomarán como medidas que los enfermos crónicos tienen limitación en la autonomía personal, física e intelectual, con un seguimiento y mejora. Los pacientes crónicos necesitan una continuidad en su seguimiento, con una evaluación periódica, con seguridad y satisfacción por parte de paciente y médico, ya que a veces la falta de control y el estilo de vida que cambia con una enfermedad crónica pueden llevar a incumplir el tratamiento farmacológico o los hábitos del enfermo, y esto es uno de los caos que la OMS explica con un problema prioritario de la Salud Pública.

Una equidad en su tratamiento médico, y una adecuación del mismo, así como los protocolos que se deban seguir o guías de tratamiento, así como los ensayos clínicos que puedan desarrollarse y seguirse por el enfermo.

Se desarrollará en base a unos criterios éticos de Doble binomio de Justicia-Equidad y Autonomía-Responsabilidad.

Adopción de medidas estructurales en los terrenos políticos y financiero.

Los pacientes crónicos, deben tener una accesibilidad a su vida normal dentro de su situación como crónicos, es decir la sociedad realizará preferencias y asignará

recursos para especialidad concreta de enfermedad con unos recursos globales, como en este caso crear la unidad de crónicos y a su vez especiales en cada caso concreto para esto la existencia y creación de la Asesoría Sanitaria, para así acompañar con calidez, informar, organizar y resolver gestiones de cada persona en concreto.

El concepto de satisfacción en todas las esferas de su vida como persona así como el respeto en su trato por parte del personal del SNS así como con accesibilidad a todo lo que nos hace la enfermedad cambiar nuestro hábitos de vida, y por lo tanto que esa adaptación sea lo más segura posible y menos traumática.

Por lo que como conclusión llegamos a que la seguridad del paciente que se sienta informado y acompañado es fundamental para su buen estado de salud clínico, por lo que la coordinación entre los Servicios Sociales y los Servicios de Salud así como Asesoría Sanitaria punto de información y de mediación para los pacientes.

Es necesario que los Poderes Públicos atiendan, impulsen y coordinen con atención socio-sanitaria a los enfermos que padecen enfermedades crónicas, y cuidados de larga duración.

9. GESTIÓN:¿QUÉ TIPO DE GESTIONES SE HAN DESARROLLADO EN ESPAÑA EN ESTOS ÚLTIMOS AÑOS POR DIFERENTES HOSPITALES?

El sistema sanitario está orientado a la Atención de enfermedades agudas mediante una asistencia episódica de los procesos con finalidad curativa, sin valorar lo preventivo y los cuidados y responsabilidad sobre los mismos.

Las instituciones los organismos y las entidades locales, gestionarán de manera efectiva y compartida la atención integral de las personas.

Al ser paciente crónicos suelen ser tratados en Hospitales de Agudos, no siendo adecuadas por las estancias prolongadas y con incremento de costes inadecuados, según el artículo del doctor Rafael Bengoa, y en su libro “Curar y cuidar” Octubre 2008 “Innovación en la gestión de enfermedades crónicas una guía práctica para avanzar Coordinación entre los servicios hospitalarios, residenciales y de atención primaria. Una buena regulación de las historias clínicas, para no duplicar pruebas.

La única vía es conocer de modo integral la información, ya que el conjunto de personas crónicas son distintas y cada uno tiene su tipología, y están en distintos tipos asistenciales. Para dar soluciones será necesario conocer a cada sujeto en su historia clínica y darle previsión de su trayectoria y así determinar con eficiencia.

Se cambiará y transformará del modelo de atención actual basado en recursos a un modelo de atención centrado en las necesidades de la persona, en cada caso en concreto.

Asistencia sanitaria, social y legal a la persona con calidad.

Y que a cada persona con enfermedad crónica se le atienda de una manera global, y personal.

Permitir el registro de seguimiento y la evaluación de todo el proceso de atención, sobre cualquier necesidad de información requerida.

Transformación digital del sistema sanitario, necesaria interoperabilidad entre los CCAA destacando la implantación de la e-salud que es la interconexión de centros de la historia clínica electrónica de la prescripción de la receta electrónica, del seguimiento remoto de pacientes crónicos.

10.¿POR QUÉ ES NECESARIA UNA ASESORÍA SANITARIA?

Los pacientes para estar conformes con el sistema sanitario necesitan estar bien informados, para confiar en que toda su ruta personal de enfermedad se está realizando correctamente.

El envejecimiento de la población los hace un colectivo sensible, que debe sentirse seguro y protegido, la conciencia social de la enfermedad y el cuidado en las necesidades de la tercera edad, la información de las últimas voluntades, se debe dar un trato personalizado y de atención al paciente en cuanto a cuidado e información sobre su situación vital, su medicación, y todo lo que conlleve lo nuevo a lo que deberá adaptarse en esta nueva etapa de su vida.

Es un servicio que formaría parte de un órgano de coordinación administrativo en el centro de salud u Hospital, para un plan de actuación que sea una necesidad carente en la persona crónica actualmente, garantizando atención información adecuada y segura.

Dada la cercanía física y accesibilidad al paciente ya que se encontraría en el mismo edificio o edificio cercano. Daría el servicio de Información, asesoramiento, búsqueda recursos, y mediación, para el paciente, así como de coordinar la información para la administración, de cada paciente crónico en concreto, con un trato directo.

Se encargaría de mantener la información de manera correcta, para mantener el requisito de continuidad asistencial. Y solventar a su vez situaciones extrajudiciales o mediar en asuntos relacionados con el paciente y centro de salud o personal sanitario.

Si la información es segura, es una herramienta básica para la toma de decisiones sobre cada caso en concreto, que conlleva a eficacia a calidad ya reducir costes.

La Asesoría dará una atención combinada, completa adecuada y segura.

El concepto de Historia clínica socio-sanitaria se lo explicarán y lo realizará la Asesoría Sanitaria.

Sería el sitio físico y enlace entre todos los sectores, que entran en cada caso concreto de enfermo crónico.

Se deben tener criterios homogéneos en todas las CCAA, como garantía que se cumple el derecho a la salud con equidad.

Se encargaría de realizar programas de promoción, prevención individual sobre cada paciente crónico, con tratamientos polimedificados con cuidados de larga duración, y se desarrollarían cursos para impartir en colegios, universidad, centros de salud, hospitales, como prevención al cuidado tratamiento y seguimiento de una situación de un enfermo crónico.

La asesoría sanitaria, se encargaría de tener unos criterios homogéneos en la autorización de centros sanitarios y de los servicios socio-sanitarios.

Lo vemos más viable este servicio que desempeñara gestiones que actualmente se están necesitando, ya que reduciría la situación de la normativa vigente de “servicios sanitarios integrados en un organización no sanitaria”, y bajo este epígrafe recalamos las unidades de crónicos en la que se prestaría atención sanitaria.

La asesoría sanitaria se encargaría de tener también la información de la historia clínica única, esa historia socio-sanitaria así como los datos socioeconómicos. Ya que la persona atendida, puede recibir atención en distintos lugares, por esto lo de centralizar datos, dar información, y recogerla.

En el SNS existe un Informe en el que se recoge la situación sanitaria del paciente, se llama la “Historia Clínica resumida” y recoge los datos más importantes respecto de la situación sanitaria de un paciente.

Introducimos un cuestionario de un estudio que se realizó en Badajoz para saber si los usuarios querían un servicio de asesoría sanitaria.

CUESTIONARIO



GRACIAS POR VUESTRA COLABORACIÓN



Estimados Sres /Sras:

Con la finalidad de obtener un beneficio mayor para el paciente, y acompañantes, en el marco del derecho de la salud, y en los servicios jurídicos relacionados con el paciente y actos administrativos les pedimos su colaboración para conseguir una información de primera mano rellenoando esta breve encuesta:

- EDAD


- SEXO

- CIUDAD

- ¿USTED SABE CUALES SON SUS DERECHOS Y DEBERES COMO PACIENTE?
- ¿SABE DONDE SE PUEDE INFORMAR?
- ¿LE GUSTARÍA QUE EXISTIERA UN GRUPO DE ASESORES ABOGADOS, MEDIADORES, DEL DERECHO SANITARIO, EN SU CENTRO HOSPITALARIO, PARA ESTAR A SU DISPOSICIÓN?
- ¿USTED ESTÁ INFORMADO SOBRE SU HISTORIA CLÍNICA?
- ¿SABE LO QUE ES Y QUÉ DERECHOS TIENE SOBRE ELLA?
- ¿USTED SABE QUE ES EL CONSENTIMIENTO INFORMADO?

- ¿Y EL CONSENTIMIENTO INFORMADO EN MENORES?
- ¿LE GUSTARÍA QUE UN ESPECIALISTA DEL DERECHO SANITARIO LE ASESORARA EN CADA DOCUMENTO QUE USTED DEBE FIRMAR EN EL CENTRO HOSPITALARIO?
- ¿USTED SABE QUE ES EL SECRETO MÉDICO, Y LA CONFIDENCIALIDAD DE DATOS DEL MÉDICO SOBRE EL PACIENTE?
- ¿LE GUSTARÍA TENER A MANO EN SU CENTRO DE SALUD U HOSPITAL A UN ESPECIALISTA EN DERECHO SANITARIO QUE LE ASESORE?
- ¿USTED SABE QUE ES UNA SEGUNDA OPINIÓN MÉDICA?
- ¿Y SABE COMO TRAMITARLA EN UN HOSPITAL O CENTRO DE SALUD?
- ¿LE GUSTARÍA QUE SE LA TRAMITARAN?
- ¿USTED SABE CUAL ES LA RESPONSABILIDAD CIVIL DE LOS PROFESIONALES DE LA SANIDAD?
- ¿Y QUE A SU VEZ FUERA UN SERVICIO DE MEDIACIÓN PARA RESOLVER CONTROVERSIAS DEL PACIENTE CON EL MÉDICO O PERSONAL SANITARIO?
- ¿LE GUSTARÍA QUE LE ASESORARAN EN CADA SITUACIÓN CONCRETA QUE USTED TENGA EN UN HOSPITAL O CENTRO DE SALUD?
- ¿USTED SABE QUE SON LAS ÚLTIMAS VOLUNTADES?
- ¿LE GUSTARÍA QUE UN ABOGADO ESPECIALISTA EN DERECHO SANITARIO LE EXPLICARA TODOS LOS TIPOS DE DOCUMENTOS ADMINISTRATIVOS QUE EXISTEN, EN QUÉ CONSISTEN ...?
- ¿USTED SABE QUE ES UN ALTA VOLUNTARIA DEL PACIENTE Y EL ALTA FORZOSA?
- ¿USTED SABE QUE ES LIBRE DE DECIDIR EL TRATAMIENTO EN SU ENFERMEDAD?
- ¿LE GUSTARÍA QUE LE REALIZARAN LAS FUNCIONES DE ATENDER Y TRAMITAR RECLAMACIONES...DUDAS?
- ¿ INCLUSO QUE LE ACOMPAÑARAN A REALIZAR, LAS GESTIONES ADMINISTRATIVAS HOSPITALARIAS?
- ¿Y QUE LAS HICIERA POR USTED?

- ¿CUANTO LE PAGARÍA?
- ¿LE GUSTARÍA QUE EN EL MISMO CENTRO DE SALUD LE INFORMARAN SOBRE SU SITUACIÓN LABORAL, SI DEBIDO A LA ENFERMEDAD TENDRÁ INCAPACIDAD LABORAL... ETC?
- ¿QUÉ LE TRAMITARAN ADMINISTRATIVAMENTE LA DISCAPACIDAD?
- ¿Y QUE LE ASESORARAN Y LE TRAMITARAN LA INCAPACIDAD JUDICIAL?
- ¿Y SI USTED QUIERE QUE LE INFORMEN Y ASESOREN DE CÓMO DEJAR CONSTANCIA DE LAS ACTUACIONES MÉDICAS PARA LLEVAR A CABO EN EL FINAL DE SU VIDA?
- ¿Y QUÉ DEBE HACER?
- ¿Y QUE EXPLICÁNDOLE SU SITUACIÓN PERSONAL LE EXPLIQUEN Y LE ASESOREN SOBRE SU TESTAMENTO PARA REALIZARLO?
- ¿USTED CONOCE EL CÓDIGO DE ÉTICA Y DEONTOLOGÍA MÉDICA?
- ¿LE GUSTARÍA QUE SE LO EXPLICARAN?, ¿POR SI TIENE ALGÚN PROBLEMA EN UN CENTRO DE SALUD?
- Y QUE LE ASESOREN DE MANERA PERSONAL Y EN EL ACTO SOBRE TODAS LAS DUDAS RELACIONADAS CON EL DERECHO SANITARIO Y LAS CUESTIONES ADMINISTRATIVAS, ASÍ COMO QUE LE REALICEN GESTIONES PERSONALES DE DOCUMENTACIÓN E INFORMACIÓN (TIPO ASESORÍA)?
- ¿LE GUSTARÍA QUE EXISTIERA ESTE SERVICIO PERSONALIZADO EN LOS HOSPITALES Y CENTROS DE SALUD?



- ¿POR QUÉ SÍ? o ¿POR QUÉ NO?

¡GRACIAS POR EL TRABAJO REALIZADO!

El estudio se realizó mediante este cuestionario a 40 personas de distintos sitios de Badajoz, de la planta 7ª de oncología del Hospital Infanta Cristina, y del Registro de la Propiedad nº 2 de Badajoz, y los resultados fueron que la mayoría manifestaba la necesidad de que existiera una asesoría sanitaria para los pacientes. (Este estudio se realizó en el año 2015 de enero a junio, en un Proyecto de Asesoría Sanitaria en Fundación Mujeres y presentado en junio de 2015 en Cáceres, en el Edificio Obra Social Caja Almedralejo “Palacio de los Málaga”, en Cáceres por Libertad Sendín Rodríguez, en el XII Encuentro de emprendedoras y empresarias). Actualmente en HM Hospitales, en San Chinarro Madrid, existe un servicio de Asesoría Sanitaria, pionera en España, con muy buenos resultados de satisfacción por parte de los pacientes.

10.1 ¿ QUÉ TIPO DE TRABAJADORES FORMARÍAN LA ASESORÍA SANITARIA?

Estaría formada por un equipo multidisciplinar formado por abogados especializados en derecho sanitario, con conocimiento como mediadores, trabajadores sociales, psicólogos y personal administrativo.

Según se encuentra el SNS actualmente regulado, en la cartera de servicios socio-sanitarios, y con la atención que se le ha dado a esta cartera, existe ya un equipo multidisciplinar en la coordinación social sanitaria, que tiene la responsabilidad y la supervisión de actual del modo de gestión del caso, en el que estarían coordinados la Comisión Socio-sanitaria y el Gestor del Caso, y coordinador de la atención socio-sanitaria, que se encargarían de un adecuado enlace entre ambos sectores, cumplir la misión de asignar el recurso adecuado, y el seguimiento necesario. Y vemos también necesaria la coordinación con la asesoría sanitaria que sería un dispositivo activado ya que la mayoría de las veces los enfermos crónicos necesitan información, personal sobre sus derechos sanitarios y sociales.

Y la administración tendría los datos recogidos y centralizados, de cada sujeto en concreto.

Lo centraríamos como un espacio sanitario de información.

11.¿CÓMO IDENTIFICAMOS A LOS PACIENTES CRÓNICOS EN EL SNS ?

Debe darse una detección precoz de este tipo de pacientes, para cuantos antes denominarlos y empezar a darles una atención de calidad.

Debe existir un Registro de Pacientes Crónicos.

Se debe elaborar un Protocolo: Test o cuestionario del SNS elaborado. Para determinar si entra en el cuadro o tipo de enfermo crónico, de las características de los individuos y pasado por su médico de cabecera, -

Se elaborarán perfiles de enfermos, con este test o cuestionario, y será personalizado de cada caso concreto.

Elaboración de Guías que se tendrán en los Centros de Salud, Servicios Sociales, Centros Médicos rehabilitadores sociales, fisioterapeutas, farmacia de seguimiento.

Para estratificar a la población y determinar su riesgo, fragilidad y necesidad de cuidados, será un juicio formado con datos reales sobre las situaciones de la persona. Con el fin de dar calidad y respuesta sanitaria y asistencial a este conjunto de personas con enfermedades crónicas, en base a las posibilidades existentes en el SNS.

La Asesoría Sanitaria en su rama como formadora se encargaría de dar formación, promover cursos y programas piloto. Sobre la calidad de vida de las personas crónicas, biomedicina, sobre la enfermedad, cuidados y prevención, sobre mindfulness, terapia cognitiva de atención plena, reiki, tomas de medicamentos,

etc..porque es también cuestión del Estado la Responsabilidad Social, y se basa en una información de calidad.

Debido a la falta de información, por el motivo que sea, ya sea relación médico/paciente, ya sea desinformación del paciente. La falta de información conlleva a que un paciente se encuentre solo, le da insatisfacción la situación de vida clínica que está teniendo, y al ser el resultado deficiente ya que a veces no hay fluidez entre médico paciente, o el paciente no entiende la explicación médica, o tiene miedo de preguntar, y no hay una organización sanitaria coordinada. Vemos aquí la necesaria asesoría sanitaria, ya que a veces los pacientes se unen para exigir los derechos y leyes que regulan su situación y que una voz común los grite y los alcance.

Estamos hablando de las Asociaciones de Pacientes, aunque en la Ley de Autonomía del Paciente no hay nada sobre los derechos colectivos de los pacientes. Un ejemplo claro, es que en España una Asociación de Pacientes no puede presentar una demanda conjunta, pero la LECivil si que los consumidores del Sistema Nacional de Salud.

Los enfermos crónicos se sienten con desigualdad en el trato, ya que no están siendo tratados como en el resto de Europa.

Si estuvieran desde el principio bien asesorados e informados, no se pondrían tantas quejas y reclamaciones. Aquí estaría de nuevo la función de la Asesoría Sanitaria, para informar, asesorar y mediar.

De incluir en la cartera de servicios la prevención de patologías, en particular las crónicas, y la promoción de la salud y la detección precoz de este tipo de situaciones.

Actividades informativas a los pacientes y personal del centro sobre medidas de autocuidado, promoción de la salud y de la autonomía personal y prevención de la enfermedad.

Colaboración en el uso de las guías, que se necesiten para el uso de los enfermos crónicos del centro socio-sanitario.

Según el punto 26 del Informe de Coordinación y Atención Socio-sanitaria de 7 de marzo de 2013, del Consejo Asesor de Sanidad, es donde damos entrada al Servicio de Asesoría Sanitaria para actúe como servicio de información en cada centro y hospital para el ciudadano, así como para coordinarse con el Equipo Multidisciplinar de la coordinación socio-sanitaria, siguiendo el circuito establecido, se encargaría de asesorar, informar y de gestionar los trámites administrativos de cada paciente crónico, en el nivel que le corresponda, y debe actuar como puente de información para el seno de la Comisión para facilitar a quien se encomienda las funciones de coordinación para la facilitación de la gestión de casos.

El libro Blanco de la Dependencia, ya estableció dos maneras de cuidados en los crónicos: A) Coordinación socio-sanitaria, y la B) Red de atención socio-sanitaria.

Según la Ley de Cohesión y Calidad, en España sobre todo se ha estado dando la coordinación, que está gestionada en procesos y en la atención integral centrada en la persona, al tener el código de identificación único la petición será indistinta si es de un sistema sanitario o de un servicio social, vemos necesario la atención de este punto de información para el enfermo crónico y paciente, como objetivo en una buena situación

de su situación, un plan de estrategia como enfermo, ubicarlo en su caso en concreto, con una atención eficiente, del trabajo en red, con continuidad asistencial y evaluación periódica, de no exclusión por los recursos económicos, y aunque no tenga seguros de dependencia ni de copagos.

12. ¿QUÉ DERECHOS TIENE EL PACIENTE ANTE EL SISTEMA?

El derecho a la información asistencial, derecho a decidir sobre la salud, derecho a la intimidad, derecho al acceso de la historia clínica, derecho y respeto a la propia voluntad, derecho a reclamar y sugerir. (Decálogo del paciente, Declaración de Barcelona, Carta de derechos y deberes de los pacientes y usuarios del sistema sanitario de la Comunidad de Madrid).

13. ¿CUÁNTO DEDICA ESPAÑA EN PRESUPUESTOS PARA SANIDAD?

Actualmente el presupuesto ha ido en descenso. Aunque no hay mucha información sobre lo que se invierte en cronicidad, ya que incluso algunas comunidades tienen elaboradas recientemente las Estrategias de la Cronicidad. Por eso lo explico a nivel general.

El presupuesto público para sanidad en el año 2015 ha sido de 53.000 millones de euros, para cada ciudadano 1.200 euros (Según Ministerio de Sanidad, Servicios sociales e Igualdad), pero se dan diferencias entre las CCAA, como es el caso de Andalucía de 1.044 euros y de País Vasco de 1.549 euros por persona. (LBS pag 58).

El Ministerio de Sanidad y los Servicios Sociales e Igualdad, profundizan en el liderazgo que otorga la CE y el Ordenamiento Jurídico. Se debe dar prioridad en el sector político a cronicidad, ya que se están tratando de implantar unos sistemas coordinados sanitarios y sociales, así como de prevención en los que las Medidas que se están implantando son de distinto tipo, en el caso político dotar de presupuesto para poder llevarse a cabo todas estas estrategias con medidas de coordinación, por lo que un buen modelo de financiación es imprescindible.

La Organización sanitaria y social para implantar todo lo pautado y determinado como estrategias de cada comunidad conllevan a medidas tales como un modelo orientado en la cronicidad, y en el principio de Equidad para que en todas las comunidades se dé un trato de igualdad y calidad a los pacientes.

Para que no repercuta en la atención de la calidad del paciente, por pertenecer a distintas CCAA, ya que el Congreso de Crónicos Madrid 2016, se aprecia que cada comunidad lleva sus pautas en cuanto a seguir la línea de la estrategia aunque casi todas con las mismas líneas de actuación, que es sumar sectores en este caso el del Sector Sanitario y el de la Atención Social.

- 1) Determinar el perfil de la persona.
- 2) Establecer una cartera de servicios sociosanitarios.
- 3) Disposición de los órganos de coordinación sanitarios. La Comisión Sociosanitaria, con funciones muy importantes.
- 4) La utilización de criterios homogéneos en la acreditación de centros de servicios sociosanitario .

Vemos inminente y necesario una verdadera cohesión y coordinación de las distintas Administraciones que esté liderada por el Gobierno y la Administración Central.

El Pacto Sociosanitario como herramienta básica a través de un acuerdo conjunto con el Congreso Interterritorial del Sistema Nacional de Salud y del Consejo Interterritorial de Servicios Sociales y dependencia que puedan permitir atención sociosanitaria coordinada e integral.

Vemos pendiente que se reconozcan y se elaboren normas para conciliar la estabilidad normativa en estos casos. Así como que se Oriente un módulo de financiación hacia la cronicidad, prevención, medidas, proyectos, etc..

Solicitamos que falta un “Catálogo de prestaciones de la atención sociosanitaria”.

Y también que falta por adaptar normas a este presente que ya se está dando con figuras jurídicas y entidades que sirvan de sostén a la cronicidad.

Al igual como vemos necesario que se regulen las figuras de cuidador, que se profesionalicen los trabajadores que atienden a colectivos de crónicos.

Todo esto debería estar definido en los presupuestos, como recursos disponibles .

En resumen y tal y como se recoge la página 52 del Libro Blanco de la Sanidad 2016, La cartera básica de servicios del Ministerio de Sanidad y Servicios Sociales e Igualdad, tiene 6 objetivos:

- 1) Una mayor cohesión en el SNS.
- 2) Mejorar la equidad en e acceso a las prestaciones de la cartera de servicios comunes y garantizar la igualdad de derechos sanitarios en todas las CCAA.
- 3) Promover la integración asistencial entre primaria y especializada.
- 4) Conseguir la sostenibilidad del SNS.
- 5) Converger con Europa en la regulación de los derechos de asistencia sanitaria.
- 6) Promover el desarrollo de los profesionales.

Dedican poco presupuesto a la cronicidad.

13.1.¿Y PARA CADA COMUNIDAD AUTÓNOMA EN CONCRETO?

La CE así como el Ordenamiento Jurídico, deben garantizar a los ciudadanos en el territorio nacional a fin de asegurar los Principios de Equidad, Coordinación, Interterritorial y la cohesión de la igualdad, en todas las CCAA.

Ya que no solo se está dando una descompensación en las estrategias hacia el paciente crónico, sino también en el sector farmacéutico, y en las innovaciones científicas y tecnológicas.

Las CCAA han realizado cada una su Estrategia de atención a la cronicidad y cada una se ha basado en un criterio distinto.

Extremadura solo ha realizado en su Plan de Salud de Extremadura 2013-2020, consta de 5 planes sobre enfermedades crónicas, la diabetes, cáncer, enfermedades cardiovasculares, ictus , pero no tiene específica la estrategia de la cronicidad, en Andalucía el Plan de Atención Andaluza a Pacientes con enfermedades crónicas (2012), en Asturias, Personas sanas , poblaciones sanas y elaboración de las Estrategias de salud y atención a la población con enfermedad crónica en Asturias (2014), Canarias, Estrategia de abordaje a la cronicidad en la Comunidad Autónoma de Canarias (2015), Cantabria, Plan de atención a la cronicidad de Cantabria (2015), Castilla- La Mancha, Plan Director de atención a la cronicidad en un modelo de integración asistencial (2015), Castilla y León, Estrategia de atención al paciente crónico en Castilla y León (2013), Cataluña, El programa de prevención y atención a la cronicidad de Cataluña (2015), Comunidad Valenciana, Estrategia para la atención a pacientes crónicos en la comunidad valenciana (2014), La Rioja: Estrategia de atención al paciente crónico de la Rioja (2014), Madrid: Estrategia de atención a pacientes con enfermedades crónicas en la comunidad de Madrid (2013), Murcia: Estrategia para la atención de la cronicidad (2013), Navarra: Estrategia de atención integrada a pacientes crónicos y pluripatológicos (2013), País Vasco: Estrategia para afrontar el reto de la cronicidad en Euskadi (2010).

14. ¿POR QUÉ UNA UNIDAD DE CRÓNICOS?

La atención socio-sanitaria está aún por legislar en nuestro Ordenamiento Jurídico. Falta por realizar un “Pacto Sociosanitario” con el objetivo de abrir camino a una nueva normativa, en esta materia.

Según la realidad que impera en nuestra sociedad, en base a datos estadísticos, sociales, sanitarios, y a la literatura existente sobre los “enfermos crónicos”, se han dado estrategias, en el caso del “Informe del Consejo Asesor de Sanidad de Coordinación y Atención Sociosanitaria 2013”, se tienen algunas consideraciones como establecidas:

- 1) Coordinar servicios sociales y sanitarios.*
- 2) Visión de futuro:*
 - 2.1) Envejecimiento Demográfico.*
 - 2.2) La prevalencia de enfermedades crónicas.*
 - 2.3) Patentes necesidades de dependencia.*
- 3) Modelo de gestión de casos, normalmente son las enfermeras quienes los gestionan.*
- 4) Factor estratégico para la sostenibilidad del sistema sanitario, y de los servicios sociales, al haber máxima eficiencia permite ahorros en el sistema.*

5) Fomentar la sensibilidad social, hacia el espacio socio sanitario, para fomentar el principio de Responsabilidad Social.

Debe darse calidad en los mayores, con el “proceso de Optimización de Oportunidades”, de salud, de participación y de seguridad.

Hay un borrador, de “Estrategia de atención Socio-sanitaria” mayo 2015, que dice que la propuesta que da, es constituir figuras jcas aseguradoras, seguro complementario de dependencia.

Considerando desde nuestro estudio, que no es la respuesta correcta, para la sociedad ya que debido a la crisis, sería más adecuado aumentar el presupuesto sanitario.

Porque una “Unidad de crónicos” presta una atención a demanda a pacientes crónicos, disminuye la frecuentación de urgencias, los ingresos hospitalarios y consultas médicas. Todo esto supone una mejora en la eficacia del servicio, y en la salud clínica del paciente.

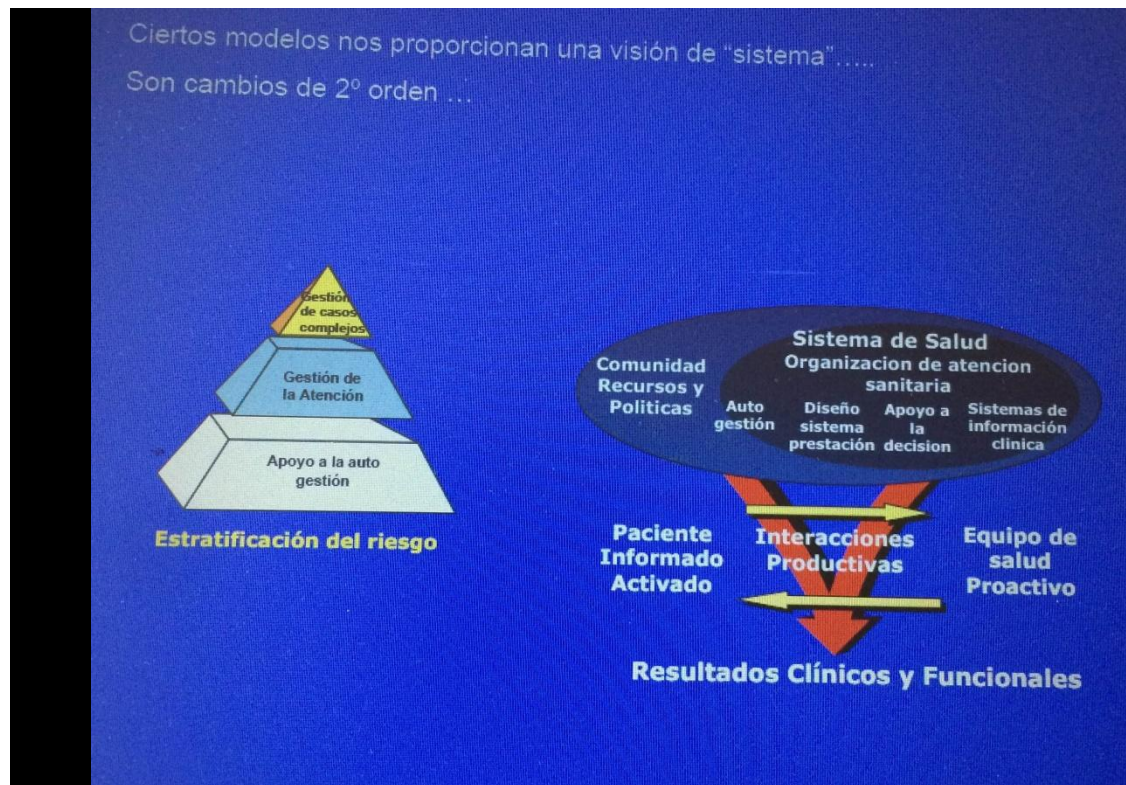
15. ¿CÓMO ES EL INGRESO DE UN ENFERMO CRÓNICO?

La capacidad resolutive sería un objetivo de la unidad de crónicos, acreditado por la administración sanitaria.

Revisando el Libro Blanco de la Sanidad, y el Informe del Consejo Asesor de Sanidad de Coordinación y Atención Sociosanitaria, 2012, se basan ambos, en que las Unidades de Media y Larga Duración son las que se emplean, y debemos puntualizar que serían las Unidades de Crónicos las correctas para optimizar recursos, tal y como se ha implantado en la Comunidad de Navarra.

También hay un estudio de Rafael Bengoa que dice: qué relación al punto 12) de las “Propuestas para impulsar la coordinación y la atención socio-sanitaria: objetivos prioritarios” del Informe Coordinación y Atención Socio-sanitaria de marzo de 2013, del Consejo Asesor de Sanidad rebate el tema de post-agudos, que no es viable poner el parche con los agudos, ya que según su trabajo dice que “la calidad de cuidados en Atención Primaria no está estructurada”, por que un sistema completamente orientado en lo agudo: se manifiesta que el paciente aparece, el paciente es tratado, el paciente es dado de alta, y el paciente desaparece de la pantalla del radar. Por lo que es incompatible con medicina para crónicos”. Indica que va muy rápido la evolución del envejecimiento.

En su artículo Curar y Cuidar: Innovación en la gestión de la enfermedad crónicas. XXX. Congreso Nacional de la Sociedad Española de Medicina Interna. Valencia 18-21 de noviembre de 2009.



Gráfica R. Abengoa.

En el Libro Blanco de la Sanidad, CEOE, dice que actualmente el SNS se basa en agudos y no es la manera, hay que hacer un giro en atención a la cronicidad. Y en su página 49, habla de Modelos sociales avanzados que tiene cobertura pública, ya que anteriormente esta atención había estado fuera de la Seguridad Social.

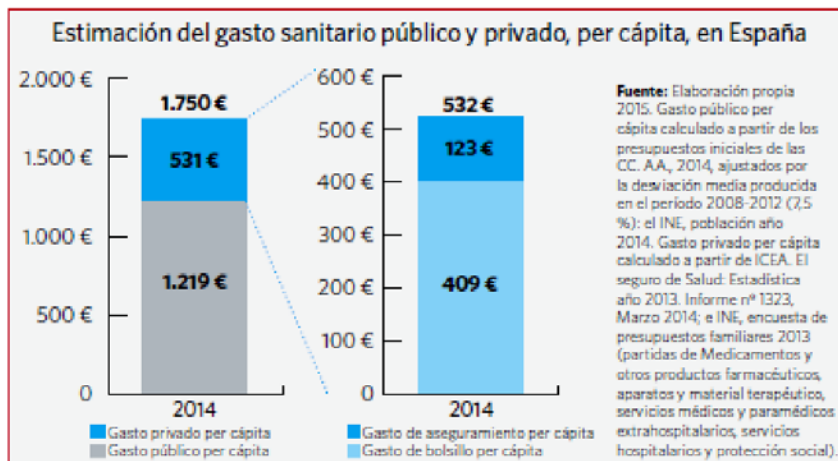
Proponemos el introducir la "unidad de crónicos" dentro de la atención socio-sanitaria, ya que lo forman enfermos crónicos, personas de tercera edad, y personas discapacitadas, ¿ por qué no crear un Modelo General Atendiendo al Usuario Crónico?. Y en el punto G del Libro blanco de la Sanidad, habla de constituir figuras jurídicas aseguradoras de la dependencia, y a su vez en el punto 36 del informe de Coordinación y Atención Socio-sanitaria, en el que dice que se promoverá la regulación del seguro complementario de dependencia, de carácter voluntario.

Vemos que esto puede crear desigualdad de trato en el sistema sanitario, ya que según el libro Blanco los Hospitales y Clínicas Privadas, es responsable del 3,4 % del PIB, y también que la cuota de participación del sector privado en la financiación de la asistencia sanitaria en España es de las más elevadas de Europa.

Factores que ocasionan un aumento del gasto sanitario				Factores que reducen el gasto sanitario
F. Demográficos	F. Sociales	F. Tecnológicos	F. Organizativos	F. Económicos
<ul style="list-style-type: none"> El envejecimiento progresivo de la población se constituye como el factor clave para el incremento del gasto sanitario al provocar un mayor consumo de los recursos sanitarios. El número de las personas mayores de 65 años en el mundo en los últimos 10 años se ha incrementado un 23 %, y se estima que se triplicará para el año 2050. 	<ul style="list-style-type: none"> Los hábitos y estilos de vida poco saludables (sedentarismo, obesidad, tabaquismo...) impulsan los factores de riesgo que aumentan la prevalencia de las enfermedades crónicas, intensivas en el uso de recursos sanitarios. La población actual cuenta con mayor información y exige una cobertura más amplia de servicios y que estos sean de más calidad. 	<ul style="list-style-type: none"> Se han producido en los últimos años unos avances exponenciales a nivel tecnológico y científico que se han incorporado rápidamente al diagnóstico y al tratamiento de los pacientes, que han logrado unas mayores tasas de supervivencia, en muchos casos cronificando la enfermedad, lo que ha incrementado el coste de la prestación de servicio. 	<ul style="list-style-type: none"> La falta de integración total entre niveles asistenciales ha implicado mayores necesidades de administración y de coordinación de los sistemas de salud, y junto a la duplicidad de visitas médicas y pruebas diagnósticas, ha dado lugar a un crecimiento del gasto en salud. 	<ul style="list-style-type: none"> La situación de crisis económica mundial experimentada en los últimos años ha llevado a los equipos de gobierno a diseñar políticas de reducción del gasto público, afectando también a las partidas presupuestarias relacionadas con la Sanidad.

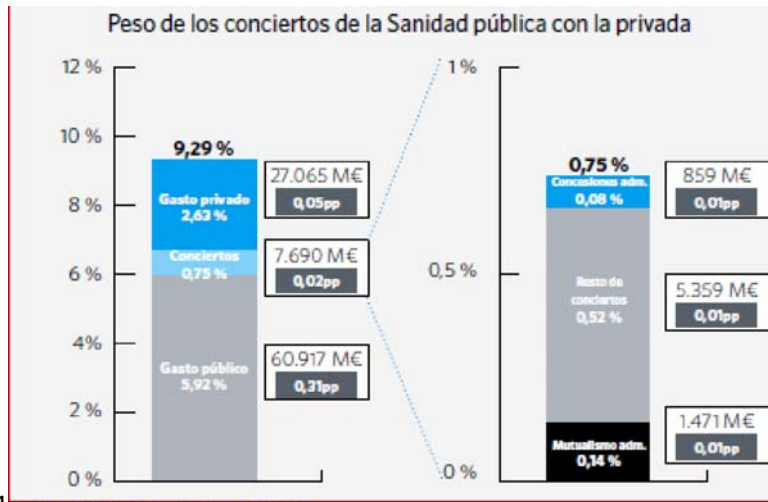
Fuente: KPMG. Análisis comparado de servicios hospitalarios según modelos de gestión

20 Análisis comparado de la estructura de costes y disponibilidad de los servicios no asistenciales a nivel hospitalario según modelos de gestión. Comparativa de modelos. KPMG, junio 2015.

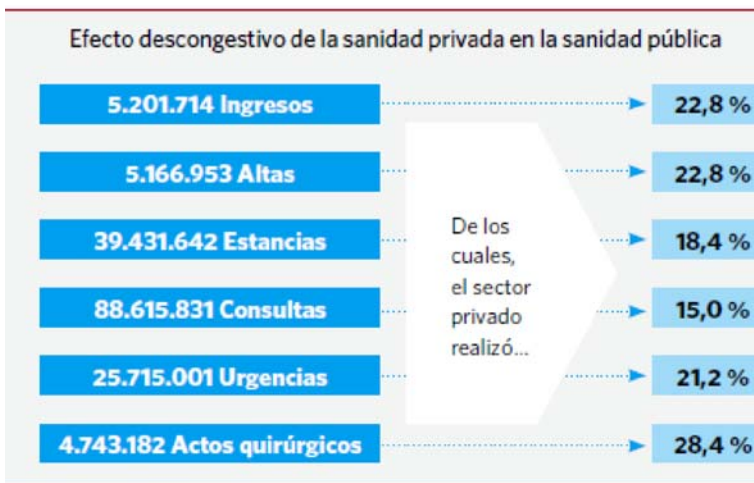


Fuente: IDIS. Informe de situación de la Sanidad Privada 2015

23 Sanidad Privada. Aportando valor. Informe IDIS. Análisis de situación 2015. Seguro complementario al aseguramiento público



1 Fuente: IDIS. Informe de situación de la Sanidad Privada 2015



fuente: IDIS. Informe de situación de la Sanidad Privada 2015

Se hace una comparativa de lo que se ahorra el SNS por cada enfermo crónico.

Produce un efecto descongestivo la sanidad privada sobre el sistema público, pag 66 del libro de la sanidad, CEOE.

16. ¿CÓMO ES LA GESTIÓN EN UN HOSPITAL HACIA UN ENFERMO CRÓNICO?

Si queremos tratar con eficiencia el proceso de una persona crónica, y con humanidad a la persona, debemos darle información, seguridad, y acompañarle en su proceso para que clínicamente esté bien. Antes se trataba de un modelo basado en Recursos, ahora estamos hablando de un modelo avanzado de atención según las Necesidades de los ciudadanos, de cada paciente en particular.



Fuente: Combate de Sanidad y Asuntos Sociales de CEOE. Líneas de acción

Gráfica de pag 82 del Libro blanco de la Sanidad CEOE.

Es una "Atención Centrada en la persona".

Y existen en España distintos programas que se han adaptado a ello, como punto importante para continuar con el proceso.

Se ha determinado que hay que tener puerta de acceso única ya que pueden entrar también por asistencia social, y esto es muy importante ya que la OMS ve el Incumplimiento un problema prioritario de Salud Pública.

Ya que cuando se ha establecido el perfil crónico, hay que determinar en qué nivel se encuentra, y se elabora un programa específico y personalizado, ya que todo este proceso va a conllevar un cambio en la modificación de los hábitos del paciente, a veces se da una falta de control en el estilo de vida y en la responsabilidad de sobrellevar la enfermedad y la situación nueva.

¿Quién realiza ese cribado? ¿Quién determina el perfil del paciente?

Atención primaria (Puerta de entrada al Sistema)			
Niveles asistenciales			
HOSPITALES GENERALES DE AGUDOS	CENTROS DE ATENCIÓN SOCIOSANITARIA	CENTROS DE LARGA DISTANCIA	OTRAS PRESTACIONES
<ul style="list-style-type: none"> ■ Centros hospitalarios de media estancia ■ Centros residenciales (con unidad socio-sanitaria acreditada por sanidad) 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Centros residenciales con módulo sanitario acreditado por Sanidad 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Centros de día ■ Ayuda a domicilio ■ Teleasistencia ■ Dispositivos comunitarios 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Cuidados de larga duración ■ Dependencia grave ■ Dependencia severa ■ Dependencia moderada ■ Dependencia leve
<ul style="list-style-type: none"> ■ Intervención y tratamiento de enfermedades agudas, reagudizaciones y urgencias 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Enfermedades de larga duración (crónicas) con requerimientos de atención sanitaria compleja ■ Convalecencia ■ Recuperación funcional ■ Paliativos ■ Post-agudos y sub-agudos ■ Hospital de día 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Cuidados de larga duración ■ Dependencia grave ■ Dependencia severa 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Cuidados de larga duración ■ Dependencia grave ■ Dependencia moderada ■ Dependencia leve
Coste cama* 650 €/estancia/día	Coste cama* 300-400 €/estancia/día (c. públicos) 108-145 €/estancia/día** (c. privados)	Coste cama* 80 €/estancia/día	

* Coste sin IVA ** Excepto plazas Hospital de día

Fuente FUNDACIÓN EDAD & VIDA. Reflexiones para una mejora organizativa de la atención social y sanitaria

Gráfica 221. Atención Primaria . Puerta de entrada al sistema.

Meteríamos a la Unidad de Crónicos, y la sustituiríamos por el Hospital de Agudos.

En la página 222 del Libro Blanco de la Sanidad, CEOE, habla de las diferencias de agudos y crónicos en el sistema, un buen dato para tomar nota de las ventajas, de incluirla en el Sistema Sanitario tal y como ha hecho Navarra.

Ya que el Sistema Sanitario está orientado a la atención de enfermos agudos mediante una asistencia episódica, de los procesos con finalidad curativa, valorando menos de los debido los aspectos preventivos y los cuidados y la responsabilidad de las personas sobre los mismos.

Debe existir una corresponsabilidad entre la persona que debe ser conocedora y consciente de la necesidad de cuidarse, y el sistema, que debe garantizar políticas de detección temprana de problemas, independientemente de la índole, ya sea sanitaria o social.

Hay una discordancia en este planteamiento de asistencia entre las necesidades de las personas con limitaciones en su actividad problemas de cronicidad, y la atención que reciben, mostrándose esta discordancia de forma preocupante en los casos de pacientes portadores de pluripatologías con morbilidad o que se encuentren por diversas causas en situaciones de especial vulnerabilidad.

Si los enfermos tienen buena información no tendrán una percepción negativa del sistema sanitario, ya que muchas veces vuelven a ingresar, y son dos procesos, en lugar de uno, ya que el paciente vuelve a su casa, ¿ por qué a un crónico mayor de edad lo vuelven a llevar a casa?.

Una eficiencia en la gestión, con una medida para evaluar, que en este caso ha sido detallada y valorada por la Comunidad Foral de Navarra.

Se han introducido programas de Autorresponsabilidad para que el paciente sea activo. Se dan términos nuevos para el enfermo crónico, como cumplimiento terapéutico, autocuidado, enfermería de atención primaria, recaídas, y todo ese proceso lo vemos más viable como viene realizando desde hace 6 meses Navarra. Con una Unidad de Crónicos. Ya que al Equipo Multidisciplinar, que lleve el seguimiento debe llevar a cabo la gestión de casos, y el seguimiento de pacientes, con control y calidad, así como a los crónicos complejos, todo esto abarcaría la función de gestión.

17.¿CÓMO LLEGAMOS A LA EQUIDAD CON EL MAPA COMUNITARIO?.Supuestos extraídos del Congreso de Crónicos Madrid 2016.

Del Congreso de Crónicos Madrid se extraen “casos” de las distintas CCAA y supuestos en los que se dan Unidades de crónicos.

Resultados:

Analizando las Comunidades que han implantado ya sus Estrategias sobre la cronicidad, y los métodos que han utilizado.

En la Comunidad de Madrid, y como unidad real y efectiva actualmente:

En el Hospital Infanta Cristina de Parla Madrid, se ha Creado una Unidad de Crónicos Complejo , El objetivo es ofrecer al paciente crónico complejo multiingresador una nueva forma de relacionarse con atención especializada , centrada en su cronicidad y adaptada a sus necesidades clínicas. El método y el material empleado:

La “**Unidad de Pacientes Crónicos Complejos**” se centra en pacientes pluripatológicos con 3 ingresos por reagudización de sus patologías en los doce meses previos.

La población con área de referencia del centro se encuentra en torno a 200 pacientes y origina el 8% de los ingresos.

Se realiza un seguimiento del paciente, unificando en la unidad los -seguimientos crónicos de todos los especialistas del centro, realizando un seguimiento estricto del paciente; consulta médica semestral, y telefónica de enfermería mensual. Teniendo también una atención a demanda del paciente a 24 horas laborales, y el paciente incluido en el programa puede contactar a demanda con enfermero de enlace vía telefónica para realizar cualquier tipo de consulta o ante signos de reagudización. Si es necesaria una consulta presencial por especialista, se realiza en 24 horas laborales a través de circuito de alta resolución en hospital de día.

La existencia de un especialista de referencia para el paciente y para su equipo de Atención Primaria. Toma de decisiones compartidas entre ambos niveles asistenciales.

Bajo esta estructura, la "Unidad de crónicos" proporciona una alternativa para atender de forma ambulatoria las reagudizaciones de los pacientes, evitando en muchos casos el ingreso hospitalario del paciente.

Resultados.

Pacientes incluidos en programa en el primer año de vida, 104 pacientes y su impacto a los 6 meses de inclusión de Pacientes.

Con una discriminación de visitas a urgencias de 14,29%, y una disminución de ingresos hospitalarios de 67 %.Discriminación media de seguimientos por especialistas 2,2 seguir/paciente.

Conclusiones: El contar con una unidad especializada en cronicidad que presta una atención a demanda a pacientes crónicos disminuye la frecuentación de urgencias, los ingresos hospitalarios y consultas médicas que ofrecen escaso beneficio al paciente. Todo esto supone una mejora de la eficiencia del servicio.

(Pag 35 del listado de Comunicaciones del Congreso de Crónicos)

En este punto mostraré de cada Comunidad los casos que se han ido realizando según las estrategias, y en algunas Hospitales por años de experiencia con resultados valorados:

MADRID: Que tiene su Estrategia de atención a los pacientes con enfermedades crónicas (2013).

1º. En el caso de Madrid se centra en 9 líneas estratégicas, solo coinciden con las estatales en dos. Haciendo relevancia en que la distribución de los pacientes según su nivel de riesgo.

1.1) En la realidad, en el caso del "Hospital de Infanta Cristina de Parla" (Madrid), "**Resultados de la creación de una UNIDAD DE PACIENTE CRÓNICO COMPLEJO**", el **objetivo** es ofrecer al paciente crónico complejo multiingresador una nueva forma de relacionarse con Atención Especializada, centrada en su cronicidad y adaptada a sus necesidades clínicas. Contar con una alternativa a la hospitalización para el manejo de procesos agudos en el paciente crónico complejo multiingresador.

Las **conclusiones** son, que el contar con una unidad especializada en cronicidad que presta una atención a demanda a pacientes crónicos disminuye la frecuentación de urgencias, los ingresos hospitalarios y consultas médicas que ofrecen escaso beneficio al paciente. Todo esto supone una mejora de la eficiencia del servicio.(pag 34 VIII Congreso Nacional de Atención Sanitaria al Paciente Crónico).

1.2) Otro estudio realizado en Madrid, en un Centro de Salud Urbano, el de Ciudad Jardín, es el de "**Características de los pacientes crónicos de alto riesgo en atención primaria**", (pag 92 del Congreso Nacional de atención Sanitaria al Paciente Crónico). En el cual los objetivos son describir la prevalencia y las

características clínicas, sociodemográficas, funcionales y farmacológicas de los Pacientes Crónicos de Alto Riesgo (PCAR) en Atención Primaria.

Las conclusiones: Los PCAR son pacientes mayores y con más de 4 condiciones crónicas asociadas. Un importante porcentaje están inmovilizados y se encuentran institucionalizados o tienen un cuidador principal. Gran parte de ellos están polimedicados.

1.3) **“Interconsulta no presencial: Atención primaria-medicina interna”**, del Centro de Salud de Talavera de la Reina (Toledo), pag 111 del libro de comunicaciones del Congreso de Crónicos .

Objetivos: En 2013, el servicio MIR del Hospital Nuestra Sra del Prado inicia la interconsulta no presencial con AP como parte de la estrategia de continuidad asistencial interniveles. Se pone a disposición una línea telefónica que va rotando entre los distintos internistas. El objetivo es conocer el motivo de interconsulta, población beneficiaria, forma de resolución y manejo final.

Las conclusiones: son que la consulta no presencial es un método eficaz que permite una mejor gestión del paciente, evitando derivaciones hospitalarias innecesarias y fortaleciendo la capacidad resolutoria y autonomía del MAP. Las ZBS más alejadas y con población rural son las que menos usaron esta herramienta. El principal motivo de consulta es la solicitud de seguimiento conjunto, seguido de dudas diagnósticas y terapéuticas . En pacientes >65 años con enfermedades crónicas es una herramienta que permite mantener una adecuada continuidad asistencial mediante una relación más estrecha entre MAP e internista hospitalario.

1.4) **“El uso de la videosesión para fomentar el uso de la consulta web, con el fin de mejorar la gestión del paciente crónico”**. Gerencia Asistencial de Atención Primaria, (Pág 218).

El objetivo: es contribuir a la mejora de la atención al Paciente Crónico mediante videoseSIONES formativas en consulta web.

Las conclusiones: Las videoconferencias han demostrado ser un método eficiente y satisfactorio para la formación de los profesionales sanitarios en la herramienta consulta web.

1.5) **“Resultados de la implantación de una Unidad de Enlace”, Hospital Infanta Cristina. Parla (Madrid).**

El objetivo: Ofrecer al paciente crónico institucionalizado una vía de acceso al medio hospitalario, y centrada en la coordinación clínica a través de la enfermera de enlace. Contar con una alternativa a la hospitalización para el manejo de procesos agudos en el paciente crónico institucionalizado.

Las conclusiones: la unidad de enlace ofrece una atención especializada en cronicidad creando un entorno compartido y de apoyo con los equipos de los CSS, ofreciendo a los pacientes alternativas a un ingreso hospitalario convencional.

CATALUÑA: El programa de prevención y atención a la cronicidad de Cataluña (2015). Que lo incluyó en su Plan de Salud.

Esta Comunidad es de las más pioneras en elaborar planes con unos objetivos concretos.

2.1) **“Atención del paciente crónico en régimen de hospitalización domiciliaria en un Hospital de Tercer Nivel”**, pag 127 Congreso Crónicos.

Los objetivos: son conocer las características de los pacientes con patología crónica compleja (PCC) y patología crónica avanzada (MACA) que pueden beneficiarse de un régimen de hospitalización a domicilio (HaD) de un hospital terciario.

Valorar qué beneficios puede aportar la HaD en el manejo del paciente crónico (PC) frente a la hospitalización convencional.

Las conclusiones: Los PC con complejidad asociada y/o en estadíos avanzados que precisan un manejo hospitalario pueden beneficiarse de la HaD, evitando esperas en urgencias acortando estancias hospitalarias y aportando los cuidados necesarios en un ambiente más cómodo y acogedor. Es necesario mejorar la identificación desde la primaria para que estos pacientes puedan beneficiarse de un manejo multidisciplinar más adecuado. El prototipo más frecuente es un varón mayor de 75 años, pluripatológico, polimedicado y con alta comorbilidad, destacando la EPOC, aunque es necesaria una muestra mayor.

2.2) **“Entender para mejorar: evaluación basal de iniciativas de atención integrada en Cataluña (Proyecto SUSTAIN)**. (pag 122).

Los objetivos: El **proyecto SUSTAIN**-Atención integrada, adaptada y sostenible para personas mayores de Europa (2015-2019), tiene como objetivo impulsar la atención integrada social y sanitaria, definiendo una “hoja de ruta” factible y escalable a distintos contextos europeos. Para ello se centra en 14 programas piloto ya existentes en siete países. El objetivo es describir los resultados de la evaluación basal de dos programas existentes en Cataluña: “Integración de la atención primaria social y sanitaria en Sabadell”, y “Pacientes Crónicos Complejos / pacientes con enfermedad avanzada /geriátricos de Osona”, para la posterior definición consensuada de acciones de mejora.

Las conclusiones: Existe margen de mejora en la atención social sanitaria en los dos programas objeto de estudio, en especial en áreas identificadas por profesionales socio-sanitarios.

Se introdujo al paciente al proceso de la toma de decisiones médicas, mejora de la atención social y sanitaria en el domicilio, trabajar en seguridad y prevención, necesidad de vinculación de los sistemas de información de los sectores sanitarios y sociales, y la sistematización de la evaluación de los planes de intervención de los pacientes.

2.3) **“Características clínicas del paciente crónico complejo multiingresador , ¿es posible la detección precoz de patología crónica avanzada?”**, pag 138,

Los objetivos: Identificar las características clínicas de los pacientes crónicos complejos (PCC) que ingresan en un Hospital de Agudos tres o más veces.

Identificar las características de los pacientes PCC que fallecieron a lo largo del año (después del tercer ingreso), respecto a los que no.

Las conclusiones: Los PCC con 3 o más ingresos son mayoritariamente hombres de edad avanzada con limitación funcional leve moderada, elevada comorbilidad y con polifarmacia. Más de la mitad son NECPAL positivo.

Más de un tercio de los pacientes que fallecieron tenían una dependencia funcional severa, más comorbilidad y hasta un 95% de los casos NECPAL fue positivo. La situación funcional, comorbilidad y el NECPAL son instrumentos útiles para identificar a los pacientes con patología crónica avanzada (MACA).

Realizaron el estudio en el año 2015 en el Hospitalet Norte y Baix Llobregatl centro, a pacientes PCC con tres o más ingresos ese año.

2.4) ***“Características de los pacientes crónicos atendidos en el domicilio”***, pag 94, Tarragona.

Los objetivos: En el 2015 se implantó un “Modelo Funcional” en el Centro de Salud para la atención de los pacientes incluidos en el Programa de Atención Domiciliaria (ATDOM).En el que estudian las características de esos usuarios.

Las características: El perfil del paciente que se incluyó en el programa ATDOM es una mujer de 79 años PCC, polimedicada, con algún grado de dependencia en la actividades básicas de la vida diaria.

2.5) ***“Características y trayectoria asistencial de pacientes ingresados en una unidad de subagudos dentro del Plan de atención a la Cronicidad en la Comarca del Montsia (Tarragona).”***

Los objetivos: Describir las características y trayectoria asistencial de los pacientes ingresados en una unidad de cuidados intermedios.

Hospital Comarcal de Amposta, mayores de 65 años.

Las conclusiones: Los pacientes que ingresan en la unidad de subagudos se caracterizan por ser ancianos con una carga alta de comorbilidad, gran prevalencia de síndromes geriátricos, con dependencia funcional moderada, que ingresan principalmente por EPOC, neumonía o ICC descompensada y que registran un alto uso de recursos sanitarios hospitalarios previos. Los reingresos tempranos son un problema frecuente. Se deben principalmente a descompensaciones de patologías crónicas y a infecciones. Con frecuencia están relacionadas con la causa que originó el ingreso índice.

2.6) ***“Efectividad de un Hospital de día que atiende pacientes crónicos complejos (HDDPCC)”***, pag 171. Mataró, Barcelona.

Los objetivos: Evaluar si una intervención multidisciplinar centrada en las necesidades de los pacientes crónicos complejos través de un HdDPCC coordinada con atención primaria, hospitalaria y socio-sanitaria permite reducir los ingresos hospitalarios y las visitas en el servicio de urgencias de estos pacientes.

Las conclusiones: la población atendida en el HdDPCC es anciana y frágil, con multimorbilidad y condiciones crónicas, con una elevada mortalidad al año. Esta intervención redujo los ingresos hospitalarios y las visitas al servicio de urgencias. A pesar de que al año había empeorado el estado funcional y cognitivo, con el estado nutricional y la percepción del estado de salud sin cambios, observando una mejoría de la somnolencia.

2.7) *¿Tenemos bien identificados los pacientes crónicos complejos y con el plan de intervención individualizado compartido?, pag 196 . Barcelona.*

Los objetivos: Identificar los pacientes MACA y los PCC. Realizar un Plan de Intervención Individual Compartido (PIIC).

Mejorar la calidad, continuum asistencial y resultados asistenciales de los PCC y MACA entre niveles asistenciales , Atención Primaria (AP) y especializada (AE) con la implantación de la ruta asistencial (RA) PCC.

La asignación de pacientes a PCC o a MACA se realiza según criterios diagnósticos (instrumentos estrategias de estratificación, y juicio clínico de los profesionales referentes en beneficio del paciente. La identificación final se realiza por consenso entre profesionales referentes de AP y AE y se pacta realizar PIIC. Realizaron dos grupos multidisciplinares de profesionales para planificar la ruta con sesiones informativas y formativas.

Las conclusiones: Constituir “comisiones multidisciplinares” es un “estrategia útil” para incrementar la identificación de los PCC , MACA e implementar el PIIC. La ruta asistencial constituye una herramienta válida de coordinación entre niveles asistenciales permite una mayor integración y calidad de la atención. Para mejorar el PIIC se precisa mayor implicación, coordinación y sensibilización de todos los profesionales implicados y el paciente.

2.8) *“Valoración de la experiencia dl paciente crónico tras la implementación de un nuevo sistema de salud”, pag 202.*

Los objetivos, valorar la experiencia de un grupo de pacientes del Programa Paciente Crónico Complejo de Catalunya en al UGEAP de L' Hospitalet.

Se basó en una encuesta, “Instrumento de Evaluación de la Experiencia del Paciente Crónico, IEXPAC), la encuesta habla de utilizar nuevas tecnologías al servicio de la salud, la continuidad asistencial tras el alta, y posibles áreas de mejora.

Las conclusiones, en global el resultado de la encuesta confirma que los pacientes están conformes con la atención que reciben en el contexto del PPC. Como áreas de mejora hemos detectado, uso de internet y aplicaciones en móviles, fomento del autocuidado, autonomía e interrelación con otras personas con situaciones médicas similares.

2.9) *Modelo de prescripción centrada en la persona aplicado a pacientes institucionalizados con enfermedad crónica avanzada”, pag 108.*

Los objetivos: estudiar la prevalencia de polifarmacia en pacientes institucionalizados identificados como pacientes con enfermedad crónica avanzada.

Analizar la prevalencia de prescripción potencialmente inadecuada (PPI) en función de los objetivos terapéuticos del paciente aplicando el Modelo de Prescripción Centrada en la Persona (PCP).

Identificación de los principales grupos farmacológicos implicados en la PPI.

Las conclusiones: aplicar un modelo de prescripción centrada en el paciente permite identificar y adecuar un elevado número de prescripciones inapropiadas a su situación vital, especialmente en la población más vulnerable. Existen grupos farmacológicos con mayor capacidad de abordaje, como los fármacos preventivos y psicofármacos.

2.10) "Formación y tutorización : Bases de la estrategia para un cambio de modelo en la atención a la complejidad", pag 53.

Los objetivos: mejorar la capacitación de los profesionales en al detección, identificación y manejo de los pacientes crónicos complejos (PCC). Fomentar actitudes proactivas de la atención al paciente crónico complejo. Consolidar prácticas colaborativas y mejorar el manejo comunitario de estos pacientes.

Las conclusiones: los resultados de detección, tanto de MACA cómo de PCC y la elaboración del PIIC a finales de 2015 mejoran respecto a 2014 y al 2013. Se consiguen las metas de detección propuesta en el Plan de Salud de Cataluña. Las valoraciones funcionales, cognitivas y sociales superan en todos los casos el 80 % de cumplimiento.

A pesar de aumentar la implicación de nuestros profesionales, hay que seguir trabajando para mejorar la identificación y el manejo de estos pacientes, para poder avanzar hacia un cambio de modelo más proactivo, interdisciplinar y colaborativo que permita un abordaje global de estos pacientes.

2.11) "Resultado de un programa de conciliación de la medicación en el paciente crónico complejo al alta hospitalaria", pag 116.

Los objetivos, conocer el grado de discrepancias de conciliación en pacientes crónicos complejos al alta hospitalaria antes y después de la instauración de un protocolo.

Según el "Institute for Healthcare Improvement", la conciliación de la medicación es el proceso formal de obtener una lista completa de la medicación del paciente previa y compararla con la que se le ha prescrito el ingreso, los traslados y la alta hospitalaria.

Los cambios realizados se deben documentar y comunicar adecuadamente al siguiente responsable sanitario del paciente y al mismo paciente.

Las conclusiones: la elaboración y difusión de un protocolo de conciliación al alta no ha dado los resultados esperados y no se ha conseguido disminuir el número de discrepancias entre informe y receta electrónica. Es necesario buscar una estrategia de mayor impacto para reducir incidencias de conciliación. Para ello, se ha iniciado una prueba piloto incorporando la figura de una farmacéutica de enlace entre el Hospital de agudos y los centros de atención primaria. Paralelamente se está trabajando en una herramienta

informática que facilite la integración de la receta electrónica en el informe de alta.

2.12) “Estudio de causalidad de visitas del paciente crónico complejo (PCC) A a urgencias”, pag 207.

Los objetivos: describir y analizar los motivos de consulta, diagnóstico y destino al alta del Paciente Crónico Complejo (PCC) del SAP Delta del Llobregat en CUAP (Centro de Urgencias de Atención Primaria).

Las conclusiones: los niveles I,II, y III de PAT son los más frecuentes, estando dentro de los resultados esperados teniendo en cuenta que se trata de un paciente cuya comorbilidad y edad avanzada presentan frecuentemente alteraciones de algún signo y/o constante que pueden incidir a una sobreestimación de la gravedad.

Dos hechos se han de destacar:

Casi la mitad de los PCC no realiza ninguna visita a urgencias.

Un pequeño porcentaje de pacientes realiza más de 10 visitas en el periodo de análisis.

2.13) “Conocimiento por parte del personal médico de urgencias de los centros de urgencias de atención primaria (CUAP) del paciente MACA y su diferenciación del paciente crónico habitual”, pag 208.

Los objetivos: en la atención a los pacientes en situación de complejidad se puede diferenciar de dos tipos de paciente crónico complejo (PCC) y el paciente en modelo de atención a la cronicidad avanzada (MACA).

Las conclusiones: en primer lugar destacar el conocimiento acerca de la existencia de este tipo de paciente crónico, aunque también aún haya un desconocimiento parcial de su diferenciación de otro tipo de pacientes crónicos , tanto de las diferentes actuaciones a tener en cuenta como de la metodología de su diferenciación a través del proyecto NECPAL.

Pensamos que sería necesario reforzar el conocimiento de los profesionales del ámbito de urgencias sobre la diferenciación de este tipo de pacientes y su necesidad de una atención especializada.

2.14) “Elaboración de una guía del plan de acción individualizada (PIIC) en el paciente crónico complejo (PCC)”, pag 220.

Los **objetivos**: El “Plan de Salud de Cataluña 2011-2015”, contempla la puesta en marcha de un proyecto que se bautizó con el nombre de, Programa del Paciente Crónico Complejo (PCC).La finalidad de éste es identificar y actuar de forma precoz a los pacientes con riesgo de descompensación y de reagudización de su patología crónica de base para minimizar los ingresos hospitalarios. El pilar fundamental de la actuación es el Plan de Acción Individualizada (PIIC), documento con la información esencial de la situación y evaluación actual del paciente al alcance de todos los profesionales sanitarios, que evalúen el paciente en cualquier ámbito, a partir de la Historia Compartida de Cataluña (HC3).

Las directrices del PIIC sirven para que todos los profesionales actúen en la misma dirección en el momento de una descompensación aguda.

A partir de la revisión de las guías clínicas de actuación y de los tratamientos establecidos se han unificado las directrices a seguir entre los profesionales del CAP.

Valoramos extrapolar la Guía a otros ámbitos para facilitar la elaboración del PIIC para un mejor seguimiento del PCC en todo el territorio.

Las **conclusiones**: elaboración de una herramienta de consenso entre los profesionales del CAP para definir y tratar el PIIC en el abordaje del PCC.

Esta guía consensuada y unificada nos ha permitido controlar de manera óptima el seguimiento, y el tratamiento de los pacientes identificados como PCC. El objetivo en el que estamos actualmente trabajando para un futuro próximo, es que esta herramienta de bolsillo pueda ser de fácil consulta a través de una aplicación para el móvil.

2.15) “Conocimiento del paciente sobre el programa SEVIAC (7/24) de atención al PCC”, pag 242.

Los objetivos: la cronicidad se está convirtiendo en un patrón epidemiológico específico y de magnitud creciente en nuestro país. Por este motivo, el “Pla de Salut de Catalunya” implementa estrategias de mejora en la atención a personas en situación crónica compleja (PCC). Valorar el conocimiento que tiene el paciente sobre su inclusión en el programa, así como el funcionamiento del mismo.

Las conclusiones: la mayoría de los pacientes conocen estar incluidos y el motivo de inclusión. Un elevado porcentaje reconoce clínica de descompensación y saben con quién contactar. La mayoría recurre a Atención Primaria AP. Más de la mitad percibe mejor atención desde la implementación del programa.

2.16) “Qué hacemos en una unidad de cronicidad?Análisis de la actividad de al UTACC Baix Llobregat Nord”, pag 268.

En los objetivos: describir la actividad de al UTACC (Unidad de Atención a la Cronicidad y la Complejidad) en el 2014. Descripción del perfil de los pacientes atendidos en el año 2014.

Las conclusiones: el perfil de paciente que se atiende en al UTACC es mayor de 75 años, con comorbilidad dependencia de moderada a severa , deterioro cognitivo y con algún indicador positivo de Riesgo Social. El gran reto sería poder evaluar nuestra actividad con indicadores, más específicos haciéndolos más adecuados a la cronicidad y complejidad.

2.17)“Funcionalidad del Servicio SEVIAC (siete-veinticuatro atención continuada) en diciembre de 2015”, pag 240.

Los objetivos: el servicio SEVIAC nació en costa poniente en febrero del 2013, con la idea de dar continuidad asistencial a pacientes crónicos complejos, paciente de PADES. Dentro del marco de atención a la cronicidad implicando a diferentes profesionales, para ofrecer una atención continuada. El servicio da

cobertura a una zona geográfica de siete municipios con una población total de 478002 habitantes (padrón 2010).

Uno de los objetivos del Servicio es evitar la Hospitalización reiterada de los pacientes crónicos, dado su reciente inicio de funcionamiento hemos creído necesario valorar su funcionalidad.

Las conclusiones, el 97,7 de las asistencias pudieron ser tratadas en domicilio sin necesidad de ser traslado a urgencias hospitalarias. Por lo tanto valoramos positivamente la funcionalidad del servicio SEVIAC.

2.18) “ Enfermera gestora de casos, un aliado para el paciente crónico”. Tarragona, pag 228.

Los objetivos: análisis de la actividad de la enfermera gestora de casos en el último semestre del año 2015 en un centro de atención primaria.

Las conclusiones: los pacientes que trata la enfermera gestora de casos, son atendidos de forma interdisciplinar estableciendo alianzas con los diferentes niveles asistenciales.

Destaca que todos los pacientes en situación de final de vida no murieron en su domicilio al presentar un riesgo social y dificultad en el manejo, por lo que se buscó la alternativa para asegurar los cuidados y confort en esta etapa.

2.19) “Primer año de experiencia en el proyecto de integración horizontal y vertical de servicios sociales y sanitarios para grupos frágiles en el área básica de Argenton (PISSA). Mataró, (Barcelona).

Los objetivos: mejorar la atención de los pacientes crónicos complejos (PCC), a partir de la coordinación entre profesionales sanitarios y sociales del CSdM y los ayuntamientos para elaborar conjuntamente los planes de intervención individual compartidos (PIIC).

Compartir la información de los profesionales relacionados con el paciente, para evitar duplicidades o carencias en las valoraciones y recursos de los pacientes. Optimizar los recursos tanto sanitarios como sociales.

Las conclusiones: una actitud proactiva de los profesionales, los problemas afectan al núcleo familiar (5 matrimonios), trabajo social es punto clave en la elaboración del PIIC, el paciente propuesto es complejo necesitando muchos recursos sanitarios y sociales, la voluntad de los pacientes es mantenerse en el domicilio hasta el final de la vida, información fragmentada en los diferentes niveles asistenciales, es necesario el trabajo coordinado, colaborativo y consensuado entre todos los profesionales sanitarios y sociales, tras los resultados se implementará el programa a otras dos áreas básicas.

2.20) “Atención al paciente crónico complejo en el Alt Penedes: 2014, evolución y evaluación”, Vilafranca del Penedes (Barcelona), pag 38.

Los objetivos: el Programa de Paciente complejo Crónico del Alt Penedés (PPCCAP) se inició en 2010 con el objetivo de mejorar la calidad asistencial mediante atención colaborativa, proactiva y eficiente, dando respuesta a las necesidades sanitarias y sociales de estos pacientes. En el programa participan dos proveedores de servicios sociales y tres niveles de atención

sanitaria: primaria, hospitalaria y sociosanitaria. Evaluar los pacientes en PPCCAP durante 2014 para medir el impacto de las actuaciones e identificar áreas de mejora.

Las conclusiones: Las estrategias de atención compartida y proactiva reorientan la utilización de los dispositivos asistenciales, potenciando la atención comunitaria y la adecuación del uso de recursos hospitalarios y sociosanitarios. Se objetiva un mayor deterioro funcional, cognitivo y mayor mortalidad en paciente MACA, deduciendo una correcta identificación de la situación evolutiva de los pacientes por parte de los profesionales.

ANDALUCÍA: Plan Andaluz de atención integrada a pacientes con enfermedades crónicas (2012).

3) "Grupo Cronos: Atención farmacéutica al paciente crónico complejo", pag 50.

Los objetivos: describir la actividad del grupo de trabajo Cronos, de la Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria (SEFH) para promover iniciativas de colaboración con otros profesionales sanitarios en el entorno del paciente crónico complejo (PCC).

Las conclusiones el grupo Cronos de la SEFH es muy activo, con iniciativas para el desarrollo de proyectos de investigación y de formación multidisciplinares, centrados en el PCC, lo que evidencia la apuesta de esta sociedad por su reorientación al reto de la cronicidad.

3.1) "Fiabilidad interobservador en la aplicación de los criterios de desprescripción LESSCHRON", pag 57.

Los objetivos: evaluar la fiabilidad de los criterios de desprescripción LESSCHRON (27 escenarios medicamento-indicación-condición de desprescripción-variable de salud a monitorizar-tiempo de seguimiento) analizando el grado de concordancia entre un internista y un farmacéutico en su aplicación.

Las conclusiones: los criterios Lesschron han demostrado alta consistencia en su aplicación mediante un estudio de fiabilidad interobservador. El siguiente paso será su validación mediante un ensayo clínico.

3.2) "Adaptación transcultural del cuestionario Adherence to Refill and Medication Scale (ARMS).

Los objetivos: traducir y adaptar al español el cuestionario Adherence to Refill and Medication Scale (ARMS) mediante metodología de adaptación transcultural.

Las conclusiones: se han obtenido una versión fiable y adaptada al español del cuestionario ARMS (ARMS-e).

3.3) "Implementación de las reglas de Otawa de la Rodilla en Urgencias", Cádiz, pag 97.

Los objetivos: las reglas de la rodilla de Ottawa al igual que las del tobillo, son poco usadas en nuestras urgencias, queremos demostrar su papel en la reducción de pruebas de imagen, facilitar el diagnóstico de fracturas, minimizar tiempos de espera y acelerar el tratamiento.

Las conclusiones: aunque a veces las pruebas de imagen son solicitadas por rutina, (medicina defensiva, etc), este protocolo humaniza la relación médico paciente y facilita un uso eficiente de los recursos. Del estudio descriptivo se obtuvo que las reglas de Ottawa continúan siendo tan efectivas como las del tobillo, realizan un triage eficaz, disminuyendo los tiempos de espera, el abordaje de la patología grave, descongestiona el área de urgencias, el área de radiología y disminuye el uso de recursos humanos y materiales.

3.4) "Hospitalización domiciliaria en pacientes con enfermedades crónicas avanzadas, ¿una alternativa o una solución?", Cádiz, pag 227.

Los objetivos: la hospitalización domiciliaria (HD) se caracteriza por brindar al paciente en su domicilio cuidados médicos y de enfermería en igual cantidad y calidad que a nivel hospitalario proporcionando una atención activa, multidimensional y específica. En nuestra área se benefician de esta opción pacientes con enfermedades crónicas avanzadas (oncológicos (o) y no oncológicos (no) que requieren cuidados paliativos. El objetivo de este estudio es conocer las características de los pacientes e intervenciones realizadas en domicilio, para optimizar los recursos y mejorar la calidad asistencial.

Las conclusiones: Ante una población emergente de pacientes con enfermedades crónicas de gran complejidad, las unidades de HD ofrecen una atención integral, de calidad, humanizada y coordinada entre los dos principales niveles de atención sanitaria.

La HD tiene un futuro de prometedor al ser un modelo que oferta al enfermo las mismas opciones terapéuticas que las recibidas en una planta de hospitalización convencional pero en un marco íntimo y de bienestar.

3.5) "Programa de salud Atención Integral del Paciente Oncológico con enfermedad avanzada en Atención Primaria", Málaga. Pag 236.

Los objetivos: poner en marcha en nuestra UGC un programa de Atención Integral al paciente oncológico con enfermedad avanzada desde el diagnóstico asegurado la continuidad de cuidados.

Las conclusiones: la enfermedad oncológica genera elevados niveles de sufrimiento, en primaria no se ha dado toda la atención que precisa esta enfermedad. Con el estudio Temel en 2012 han surgido importantes evidencias del beneficio de la integración temprana de los cuidados paliativos en el paciente con cáncer avanzado, con resultados tanto económicos como en sufrimiento incluso posibles beneficios en supervivencia, el médico de familia, por proximidad y accesibilidad al paciente, debe ser el primer referente para gestionar estos cuidados en estrecha coordinación con las unidades de cuidados paliativos y la atención especializada.

VALENCIA: “Estrategia para la atención a pacientes crónicos en la Comunidad Valenciana” (2014).

4) **“Factores asociados a ingreso hospitalario no programado en cohorte de pacientes crónicos”**, Alicante, pag 93.

Los objetivos: valorar el efecto de los factores demográficos (edad y sexo), comorbilidad (medida con I. Charlson), pluripatología (criterios de PP), discapacidad (I, Batherl <60), deterioro cognitivo (I.Peiffer) y estado de riesgo (case-mix CRG) sobre el ingreso hospitalario.

Las conclusiones: La edad, la pluripatología y el tipo de morbilidad medido por el case-mix CRG se asociaron ingresos hospitalarios por cualquier causa.

La discapacidad, el deterioro cognitivo, el género , y la comorbilidad medida por Charlson no se asoció a un aumento de ingresos en nuestra cohorte.

Palabras clave: pluripatología, comorbilidad, discapacidad, paciente crónico.

4.1) **“Liderazgo y gestión del cambio: las Rutas asistenciales como herramienta de gestión”. Elda (Alicante), pag 146.**

Los objetivos: motivar, dirigir y desarrollar a las personas a realizar un cambio .

Implantar e implementar una estrategia de Asistencia Continuada Integrada a Pacientes con Diabetes Mellitus en el Departamento de Salud de Elda.

Conclusiones: El trabajo en equipo y colaborativo es el gran espacio de mejora.

Las propuestas deben estar centradas en el paciente y en las buenas prácticas de la profesión. Las rutas asistenciales son una herramienta excelente para la mejora de la atención global e integrada: más salud, mejores cuidados, más eficiencia, siempre enmarcadas en ámbitos departamentales, como pequeños sistemas de acción, por lo que apoya a la sostenibilidad del sistema y es fácilmente extrapolable.

4.2) **“Criterios Stopp/Start: ¿son una herramienta de predicción de ingresos hospitalarios?. Elche , Alicante pag 59.**

Los objetivos: estudiar la incidencia de ingresos hospitalarios durante los 3 años posteriores a la detección de prescripciones potencialmente inadecuadas (PPI) en una cohorte de pacientes crónicos.

Las conclusiones: existió una asociación entre inadecuación farmacéutica e ingresos hospitalarios pro descompensación en la cohorte estudiada. Estos efectos se observaron también en el subgrupo de telemonitorización. Los criterios STOPP/START podrían emplearse para predecir y reducir los ingresos hospitalarios de pacientes de riesgo. El trabajo conjunto de la inadecuación y polimedicación (predictor de morbimortalidad conocido) es una herramienta de mejora en los pacientes crónicos en todos los ámbitos asistenciales.

MURCIA: “Estrategia para la atención de la cronicidad” (2013).

5) **“Impacto en la atención hospitalaria de la puesta en marcha de un programa de atención a pacientes crónicos complejos multiingreso en un área de salud”, pag 62.**

Los objetivos, mejorar la calidad de la atención que se presta a los pacientes crónicos complejos multiingreso, evitando la fragmentación y duplicidad en la

atención. Alargar los periodos de estabilidad del paciente en su domicilio y por tanto disminuir el número de ingresos y reingresos hospitalarios.

Las conclusiones: la innovación sanitaria comprende no solo la innovación tecnológica sino también la innovación organizacional y la coordinación entre niveles asistenciales. La puesta en marcha de un Programa específico para PCCM consigue una reducción del número de ingresos y reingresos hospitalarios alargando los periodos de estabilidad en el domicilio.

6) NAVARRA: “Estrategia Navarra de atención integrada a pacientes crónicos y pluripatológicos (2013)”.

6.1) “Aplicaciones móviles y salud en pacientes atendidos por medicina interna”, pag 209.

Los objetivos: conocer el acceso uso e interés en aplicaciones móviles (APP) relacionadas con salud en la población atendida por un servicio de medicina interna en régimen de Hospitalización, consulta externa e Interconsulta.

Las conclusiones: Las nuevas tecnologías están presentes en un porcentaje mayoritario de nuestros pacientes. Existe un interés general por el desarrollo de aplicaciones relacionadas con la salud aunque no está extendido su uso en este momento.

6.2) “Calidad de vida de los pacientes pluripatológicos de una zona básica de salud de Navarra utilizando el EQ 5D-5L”. Pamplona, pag 213.

Los objetivos: el objetivo es describir la calidad de vida de los pacientes pluripatológicos de una Zona básica de salud de Navarra utilizando el EQ 5D-5L, Comparar la puntuación media en al escala visual analógica EVA según edad y sexo. Ver si hay diferencias entre sexos en las diferentes dimensiones del EQ-5D.

Las conclusiones: La valoración de calidad de vida es peor en las mujeres que en los hombres diagnosticados como pluripatológicos moderados o severos, y esto se ve en todos los rangos de edad y para todas las dimensiones que se miden en la escala EQ-5D. Un resultado similar se encontró en la encuesta Nacional de salud (2011-2012) para población general adulta porcentaje de pacientes por sexos que presentan algún problema en las diferentes dimensiones del EQ-5D.

7) ISLAS CANARIAS: Estrategia de abordaje a la cronicidad en la comunidad autónoma de Canarias (2015).

7.1) “Comparación de modelos para la predicción de ingresos hospitalarios”, Las Palmas, pag 77.

Los objetivos: comparar concordancia entre los estratificadores Clinical Risk Groups (CRG) Y Grupos de Morbilidad Ajustada (GMA).

Estimar cual resulta más exacto para predecir ingreso hospitalario al año siguiente. Optimizar el modelo predictivo añadiendo otras dimensiones.

Las conclusiones: la concordancia entre ambos estratificadores para la predicción del ingreso hospitalario es fuerte, siendo significativamente mejor la

obtenida con GMA. El modelo predictivo se optimiza añadiendo variables demográficas, sociofamiliares, funcionales y de uso de recursos previos.

8)CANTABRIA: “Plan de atención a la cronicidad de Cantabria” (2015).

8.1)”Hospitalizaciones de los pacientes crónicos dependientes en Cantabria”. Pag 142.

Los objetivos: las personas con prestaciones por dependencia presentan deterioro funcional importante y en un alto porcentaje son subsidiarias de servicios de institucionalización residencial. Este sector poblacional debe ser una de las poblaciones diana en el desarrollo de las estrategias de cronicidad debido a su elevada utilización de los dispositivos sanitarios.

Las conclusiones: Se identificó a una población de pacientes con enfermedades crónicas en situación final, caracterizada por tener edad avanzada, estar polimedicados y cumplir condición de pluripatológicos en un elevado porcentaje, los cuales precisan atención médica frecuente y específica, con limitaciones funcionales importantes, y que se benefician de este recurso sanitario alternativo al ingreso convencional.

8.2)”Descripción de la actividad asistencial durante la última década en un hospital de crónicos concertado con el servicio público de salud”.

Pag 200.

Los objetivos: descripción las características de pacientes atendidos durante la última década (2004-2014) en nuestro centro, un Hospital tipificado en el Catálogo Nacional de Hospitales como Geriatría/ Larga Estancia, concertado con el Servicio Público de Salud.

Las conclusiones: la procedencia fundamental de nuestros pacientes es el Servicio Público de Salud y dentro de este Hospital de Referencia de C.A .Los principales servicios de origen corresponden a Medicina Interna y Cirugía Ortopédica y traumatología para la Unidad de Recuperación Funcional y los Servicios de Oncología y Paliativos para la Unidad de Cuidados Paliativos.

La edad, estancia media y resultados asistenciales se ajustan a los estándares de calidad, destacando un porcentaje no despreciable de cronificación.

9)PAÍS VASCO. “ Estrategia para afrontar el reto de la cronicidad en Euskadi “ (2010).

9.1)” Mejorando la atención a pacientes pluripatológicos apoyados por TICS”. Guipuzcoa, Vizcaya , pag 219.

Los objetivos: diseño e implementación de un nuevo modelo organizativo de atención integrada a pacientes pluripatológicos que se coste-efectivo, enfocado a mejorar el cuidado y la asistencia sanitaria a través de:

- 1) Coordinación y comunicación entre profesionales sanitarios.
- 2) Prestación de asistencia centrada en el paciente en el domicilio basada en el empoderamiento del paciente (y su cuidador) y la monitorización de su estado de salud.
- 3) Utilización de las TIC como elemento facilitador.

Las conclusiones: se ha creado un modelo organizativo más adecuado para la atención a pacientes con necesidades complejas, habiéndose identificado los factores clave, la ruta asistencial a desplegar, las herramientas para la toma de decisión, las herramientas tecnológicas necesarias, la formación para profesionales y un programa estructurado de empoderamiento para pacientes y cuidadores en diversos formatos denominado KRONIK ON.

Se ha creado un modelo de atención integrada para pacientes con necesidades complejas, apoyado en las tecnologías, en términos de calidad asistencial, eficiencia y satisfacción de profesionales y pacientes.

La reorganización de recursos, los nuevos roles, el empoderamiento de pacientes y la utilización de las TICs pueden suponer una importante mejora para las personas, así como un beneficio para la sociedad.

9.2) **¿ Puede la telemedicina aumentar la implicación del Paciente Crónico en el autocuidado?, Vizcaya, pag 248.**

Los objetivos: evaluar si el uso de herramientas de telemedicina, puede aportar mejoras en el autocuidado de la diabetes en función de: HbA1c y variables físicas.

Las conclusiones: la utilización de herramientas de telemedicina ayuda en la implicación del paciente en el autocuidado de la diabetes aportando en el grupo de Gestión Integral un descenso en los valores de la HbA1c, y en las variables físicas registradas (sin diferencias significativas con Gestión Habitual).

10) **CASTILLA Y LEÓN:** “Estrategia de atención al paciente crónico en Castilla y León” (2013).

10.1) **“Unidad de Continuidad asistencial de Zamora, Resumen de actividad”.**

Los objetivos de continuidad asistencial UCA de Zamora comienza a trabajar en septiembre de 2014, con un equipo hospitalario de internista y enfermero asistencial-enlace, apoyados por trabajo social del hospital, incorporando progresivamente un total de 14 centros de salud.

El objetivo es evaluar la actividad desde noviembre de 2014 a enero de 2016.

Las conclusiones la UCA de Zamora ha tenido una aceptación adecuada por parte de Atención Primaria Hospitalaria convirtiéndose en nueva herramienta para valoración de los pacientes crónicos y pluripatológicos complejos. 2. La actividad de la unidad en consulta externa ha presentado incremento progresivo con la incorporación de los centros de salud. 3. Queda pendiente de realizar análisis de resultados y grado de satisfacción de los usuarios.

10.1) **“Derivación a unidades de convalecencia sociosanitaria en el área de salud de Zamora”, Zamora, pag 243.**

Los objetivos: la prolongación inadecuada del ingreso hospitalario supone un deterioro potencial funcional del paciente crónico así como un aumento de

consumo de recursos. Las unidades de convalecencia sociosanitaria (ucss) son un nuevo recurso que surge de la colaboración entre Gerencia Regional de Salud y la Gerencia de Servicios Sociales de Castilla y León. Se pretende valorar la derivación a este recurso como parte de la actividad realizada desde su puesta en funcionamiento (junio 2015 –enero 2016) en Zamora (9 camas totales, 3 en Zamora capital y 6 en Benavente).

Las conclusiones: 1. Las UCSS han demostrado ser una herramienta útil en la continuación de cuidados. 2. Los servicios que más pacientes derivaron fueron las unidades médicas. 3. La media de edad no superó los 75 años.

4. La tramitación de estancias fue ágil con una media de tres días.

10.2) “Las grandes olvidadas de las funciones enfermeras: papel relevante de las funciones docente y gestora de enfermería en la unidad de continuidad asistencial (UCA)” Valladolid, pag 245.

Los objetivos: describir las funciones de docencia y gestión realizadas por la enfermera en la consulta UCA y demostrar su importancia en el funcionamiento adecuado de la unidad.

Las conclusiones: con la gestión eficaz, conseguimos una asistencia más fluida entre niveles asistenciales ya que facilita la realización urgente de pruebas, así como las diferentes derivaciones del paciente. Con la docencia, conseguimos reforzar el autocuidado de los pacientes, en colaboración con atención primaria. Por tanto, las actividades gestora y docente de la enfermera en la consulta UCA son imprescindibles para el buen funcionamiento de la unidad.

EXTREMADURA: “Estrategia de Atención a la cronicidad desarrollada por el Servicio Extremeño de Salud”.

Herramientas basadas en tecnología de la comunicación e información sanitaria e-health.

Territorio de 42.000 km cuadrados, se han potenciado áreas como la telemedicina, la teleasistencia, la telemotorización de pacientes y las teleconsultas.

Jara, tarjeta que unifica la información en un espacio sociosanitario único, sanitaria, social y de dependencia contenido en una única tarjeta y accesible a través de internet.

La atención a pacientes crónicos se reforzará además con la instalación de un anillo hospitalario para conectar todos los hospitales y centros de salud, consistente en una red de fibra óptica de diez Gb, reforzada con servicio wifi, que estará disponible para los pacientes y sus familiares.

Con telemedicina, proyecto piloto de consultas no presenciales, que ya se ha probado en un centro de salud de Badajoz y que permitirá conocer los datos de manera efectiva, análisis etc.

Que la atención a la cronicidad se convierta en el principio rector de los sistemas sanitarios públicos de Extremadura.

En crónicos con EPOC, y monitorización de insuficiencia cardiaca en el propio domicilio, conectados con el especialista. El médico con una plataforma

informática y una tableta, recibirá información en tiempo real que le permitirá anticiparse a situaciones de crisis. El objetivo de esta y el resto de medidas, como aplicaciones específicas en el móvil, es que la atención a la cronicidad se convierta en el principio rector de los sistemas sanitarios públicos de Extremadura.

GALICIA: (Sar Quavitae, San Lorenzo de Santiago (A Coruña)).

En este caso este centro se gestiona como un canal de comunicación clínica entre un Centro de Atención Sociosanitaria (CSS) y el Hospital de Día (HDD) de servicio de medicina interna para resolver problemas de forma efectiva y eficiente evitando la derivación al Servicio de Urgencia Hospitalaria. (SU). La conclusión es la agilización atención al residente que mejora su bienestar y calidad de vida. La información clínica comparativa y la interrelación profesional facilitaron el seguimiento clínico y su resolución eficaz.

HOSPITAL DE MISLATA, en Valencia, como ejemplo de Hospital de Crónicos. Este Hospital es un centro especializado para el tratamiento especializado para el tratamiento de pacientes de media y larga estancia. Desde el año 2010. Su objetivo es prestar atención a pacientes crónicos con criterios de ingreso, propios de los hospitales de media y larga estancia.

18. CONSIDERACIONES FINALES, CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La salud es una de las mayores preocupaciones de los ciudadanos. El cambio social ha sido espectacular en valores y creencias, y los ciudadanos se han generado nuevas necesidades y hay que solventar esas demandas. Las enfermedades crónicas, en la actualidad serán una materia por resolver a nivel mundial a todos los niveles.

Serán un incremento del gasto sanitario en todos los países, en España más del 80%, serán la primera causa de discapacidad en Europa, y tanto los poderes políticos como sociales tendrán que integrarlo como tema importante para que la sociedad tome conciencia de ello. Desde la educación en los colegios, ya que no se trata de llevar un control y asistencia de crónicos, ni de un respuesta médica técnica, se trata de que se han ido probando diferentes posibilidades aunando lo sanitario con lo socio sanitario, con los ejemplos detallados anteriormente de proyectos, estrategias, aplicaciones y herramientas, se han creado términos figuras nuevas, que detallaremos.

- 1) Las demandas deben estar resueltas de manera adecuada (y vemos y comprobamos que en una unidad de crónicos están cubiertas la accesibilidad , el trato de información, los pacientes crónicos, la personalización de los pacientes, el proceso asistencial es más continuado,

y tienen los pacientes mayor capacidad de decisión en todo aquello que les afecte, dándose la equidad.

- 2) Para dar respuesta de satisfacción a los pacientes es necesaria una asesoría sanitaria para que estén informados, buena información. La información facilitará una evaluación transparente de los resultados será clave para la gestión y financiación de los centros. La seguridad del paciente con la información, como un todo.
- 3) Es necesario que se realice una coordinación entre todas las CCAA para valorar estrategias con mejores resultados, ya que se han encontrado resultados como en el caso de Extremadura que copió de Castilla la Mancha, las competencias avanzadas de la enfermera de enlace, mediante un taller que realizó el SES con Novartis, el I Taller de Atención al Paciente Crónico.
- 4) En cuanto a todo el mapa que existe de las distintas unidades veremos los pros y los contras de su balance, así como las dificultades que se han encontrado en otras CCAA, para que sirva de aprendizaje.
- 5) La prevención en la sociedad, ya que la sociedad cambia tan deprisa y las enfermedades también, una nueva organización asistencial y un cambio en los sistemas de salud de manera conjunta las CCAA, ya que se están dando nuevas necesidades, y se ha probado por los casos expuestos que en sus conclusiones unos son válidos y otros no.
- 6) El PIB necesita un crecimiento debido al envejecimiento de la población, al cambio de patrón en la sociedad. Actualmente cuesta aceptar la visión de la sanidad no como un gasto sino también como generadora de PIB. Porque el envejecimiento provoca cambios en la demanda significativos, pacientes con procesos crónicos, pluripatológicos más dependientes y con mayores necesidades sociales.
- 7) Uno de los puntos más importantes que se ha visto en los ejemplos detallados es que hay contacto entre lo sanitario y lo social, pero que cada comunidad junto con su estrategia tiene sus objetivos, sus medidas, sus estrategias o línea estratégica propia.
- 8) Y el tema de la división entre la Atención Primaria y la Atención Especializada, aunque se ha tratado de realizar puente de comunicación entre ambos servicios, en algunas comunidades. En Barcelona, se ha creado un "Plan de Intervención Individualizado Comparativo" de prevención y atención mediante un estudio transversal muy importante las valoraciones, para diferenciar a los pacientes MACA, sobre todo para los profesionales a la hora de la toma de decisiones que implican estos pacientes.
- 9) En el País Vasco está el proyecto europeo ASSEHS, que tiene como objetivo activar herramientas de estratificación. Identificando elementos, claves, barreras.

10) En la Unidad de Crónicos, hay una toma de decisiones compartidas entre ambos niveles asistenciales, la existencia de un especialista de referencia para el paciente y para su equipo de atención primaria.

11) Hay Unidades de Agudos, unidades de subagudos, Hospital de día, etc..Y todos ellos han demostrado que los pacientes agudos que se les trata de resolver un episodio, volverán a urgencias, sería necesario un equipo multidisciplinar y una catalogación de responsabilidades por parte de los profesionales. Las unidades clínicas facilitan la organización de los servicios para adecuarlas a las necesidades de los procesos, y las PAI (Atención al Paciente Pluripatológico) que se instaura en un “Plan de Atención Continuada” están encontrando fórmulas nuevas para obtener mejores resultados.

12) Se ha podido comprobar entre los distintos profesionales, Hospital de día, solo es un parche ya que evita las espera en urgencias, acortando las estancias hospitalarias, y aporta los cuidados necesarios en un ambiente cómodo. Es necesaria la identificación desde primaria para que estos pacientes no pasen por estas fase, sino que puedan beneficiarse directamente de una unidad de crónicos, en la que existe un manejo multidisciplinar adecuado de los profesionales, y conocen la historia del paciente, Plan de atención continuada, seguimiento del paciente. El Proyecto Europeo Carewell de empoderamiento, está muy bien pero para pacientes crónicos determinados, que estén capacitados para detectar y controlar síntomas y signos de alarma, así como estilos de vida saludable y capacidad para autogestionar sus patologías. En Osakidetza, está implantado el proyecto “Kronikon” que es de empoderamiento para el paciente crónico, y cuidador. Se ha valorado positivo por parte de los pacientes para mejorar el control de sus enfermedades y su calidad de vida.

13) En el caso de programa paciente de PPC crónicos A. Penedés, participan dos proveedores de servicios sociales y 3 niveles de atención sanitaria, Primaria, Hospitalaria, y Sociosanitaria, en este caso el programa identifica a los pacientes desde atención primaria (ECAP) como paciente crónico complejo (PCC) o paciente (MACA) enfermedad crónica avanzada. La estrategia de atención compartida y proactiva es adecuada.

14) En este caso la Unidad de crónicos, unifica los seguimientos crónicos de todos los especialistas del centro, y realiza un seguimiento estricto del paciente.ej. Consulta médica semestral y telefónica de enfermería mensual. Teniendo atención a demanda del paciente en 24 h, incluso el paciente puede contactar a demanda con el enfermero de enlace vía telefónica para consultar o ante signos de reagudización. Si es necesaria una consulta presencial por especialista por especialista se realiza en 24 horas laborales.

15) Son necesarios los hospitales de crónicos, para seguir la evolución del los enfermos psiquiátricos.

16) Con los Stopp/star que se emplean para predecir y reducir los ingresos hospitalarios de pacientes de riesgo. Si conocemos las características del

paciente, se le dará mejor atención así como la información necesaria sobre la utilización del servicio de urgencia.

17) El trabajo conjunto de la inadecuación y polimedicación predictor de morbilidad conocido es una herramienta de mejora en los pacientes crónicos en todos los ámbitos asistenciales.

18) En relación a las distintas unidades médicas de todas se han sacado conclusiones, como de la Unidad de Cuidados Intermedios que la mayoría de los pacientes que ingresan en la Unidad de Subagudos son ancianos con alta carga de morbilidad, gran prevalencia de síndromes geriátricos, con dependencia funcional moderada, que ingresaron por EPOC (principalmente) neumonía o ICC descompensada y que registran un alto uso de recursos sanitarios hospitalarios previos. Los reingresos tempranos son un problema frecuente para las patologías crónicas, y a infecciones que a veces están provocadas por el ingreso.

19) Así como la UCA unidad de continuidad asistencial son para enfermos pluripatológicos (con dos enfermedades) da una continuidad asistencial, pero no resuelve el problema.

20) Aplicar un modelo de prescripción centrada en el paciente permite identificar y adecuar un elevado número de prescripciones inapropiada a su situación vital especialmente en la población más vulnerable, y el contar con una unidad especializada de cronicidad, disminuye urgencias, los ingresos hospitalarios y consultas médicas, estando el paciente con mayor calidad clínica y calidad asistencial y emocional.

21) Incorporar en el Hospital la Unidad de Crónicos como respuesta adecuada a las nuevas necesidades y expectativas de los pacientes. Son por demanda existente en la sociedad. Se ha posicionado el paciente crónico como necesidad imperiosa en nuestra sociedad ante el Sector Público que debe dar calidad y eficiencia. Todo ello supone una mejora de la eficiencia del servicio dando una respuesta satisfactoria a los pacientes.

22) Si nos basamos en la calidad en los pacientes crónicos, las intervenciones de los mismos son:

- Diagnóstico centrado en el individuo en su conjunto, incluyendo entorno social, frente a diagnóstico centrado en la enfermedad y síntomas agudos.

- Mayor importancia de las intervenciones proactivas, preventivas y rehabilitadoras.

Rol más importante y activo del paciente y su cuidador.

- Necesidad de coordinación / integración de todos los niveles de atención.

Estos enfoques, hace que la cronicidad requiera un modelo diferente al típicamente utilizado para los agudos.

Por eso necesita la unidad de crónicos, para tener recibir una atención continua.

Debemos tener un sistema proactivo y organizativo para asegurar a los pacientes como lo hace la unidad de crónicos:

- Gestionen su enfermedad.
- Reciban los cuidados para el control de su enfermedad y la prevención de complicaciones.
- Tengan un sistema de seguimiento continuo tanto virtual como presencial.
- Dispongan de un plan de control de su enfermedad pactado con el profesional sanitario.

23) *Para dar respuesta adecuada a la unidad de cronicidad ya que es un tema complejo, se necesitan gran número de intervenciones en diversas áreas de actividad, siendo necesario actuar sobre diferentes factores y agentes, en una organización hospitalaria.*

Se necesita un cambio del sistema de prestación de asistencia sanitaria en áreas de actividad, siendo necesario actuar sobre diferentes agentes y factores.

Se necesita a nivel estatal una transformación progresiva e integral de nuestro sistema de prestación de asistencia sanitaria.

Con una financiación basada en resultados que promuevan el uso eficiente de los recursos y una selección de las intervenciones en función de criterios de evidencia científica.

(Santiago Rabanal, Director Gerente del Hospital Galdakao –Usansolo) El hospital del futuro: Ideas de los Expertos.

24) *Se reclama una protección a la cronicidad por no quedar aún protegida la figura del paciente crónico, ni su situación personal como ciudadano.*

18.1 CONSIDERACIONES DE LOS CASOS EXPUESTOS :

CANTABRIA: *En conclusión Cantabria según su estrategia y según los dos casos tomados como referencia optan por modelos de atención basada en una metodología de trabajo y participación ascendente. Se creó una comisión de dirección del plan y diez grupos de trabajo, en su página 74 de la estrategia de pacientes crónicos habla de la necesidad de creación de nuevas unidades, necesidad de adoptar el sistema sanitario a los cambios sociales.*

En los dos casos elegidos sobre la Hospitalización de pacientes crónicos dependientes en Cantabria a diferencia del de Hospital de crónicos concertado con el servicio de salud, en esta última década, se da una elevada utilización del primero, sin embargo en el segundo están más controlados por el seguimiento ya que los pacientes son polimedicados, pluripatológicos, y precisan atención médica frecuente y específica.

RIOJA: *La Rioja también en su estrategia mira hacia un nuevo modelo de gestión, y en su página 43 dice que se necesitan desarrollar nuevas unidades especializadas, aquí incluiríamos a la Unidad de Crónicos.*

NAVARRA: *Nuevo modelo de plan de integral de atención a pacientes crónicos, a garantizar la continuidad en niveles asistenciales, con atención*

rápida sanitaria, compuesto por diferentes especialistas, con atención rápida, necesidades de cuidado y necesidades sociales.

En los dos casos que exponemos en nuestro trabajo, en uno la implantación de las nuevas tecnologías (APP) a pacientes crónicos y pluripatológicos, que no están del todo extendidas, en la población al servicio de la medicina interna en régimen de hospitalización, consulta externa e interconsulta, en el segundo caso los pacientes pluripatológicos de una zona de navarra han sido valorados según es su calidad de vida, según el EQ 5D-5L.

ISLAS CANARIAS: *Su estrategia se basa en la integración de la atención al paciente crónico, en los niveles asistenciales y asegurando la continuidad. Con un modelo proactivo focalizado en la prevención, siendo el paciente el centro del sistema. Dan un enfoque de salud poblacional personalizado la atención a partir de una identificación y segmentación de la población en base a un nivel de cuidado.*

En el supuesto que elegimos del congreso de crónicos, la predicción de ingresos hospitalarios entre dos estratificadores Clinical Risk Groups (CRG) y Grupos de Morbilidad Ajustada(GMA). Se concreta que GMA es mejor para predecir el ingreso hospitalario.

De esta manera promueve la salud, previenen, realizan reordenación sanitaria e innovación y formación.

Para que exista una buena gestión.

MURCIA: *En su estrategia se basa en que se garantice la continuidad asistencial de una manera integral. Que los ciudadanos son el centro del sistema, en la universalidad de trato, en la equidad, en que los profesionales son el motor del cambio, en optimizar la inversión en salud, en un sistema sanitario que identifique los problemas.*

El caso elegido es el impacto de la un programa en atención a pacientes crónicos en un área de salud, ya que trataban de mejorar la calidad de la atención que se presta a los pacientes crónicos, evitando la duplicidad en la atención, evitando la fragmentación. Evitando el número de ingresos hospitalarios y los reingresos.

Llega a la conclusión de que la innovación es también organizacional y la coordinación entre niveles asistenciales.

El haber realizado un programa específico para PCCM consigue una reducción del número de ingresos y reingresos.

VALENCIA: *En su estrategia sobre todo explica la reorganización asistencia folio 49, explica de estructuras de implementación y seguimiento así como el desarrollo de iniciativas que avancen con los profesionales y con la población. Crea Comisiones, Plan de Formación, plan de comunicación, promoción investigación.*

En los tres casos elegidos de valencia uno es de Rutas asistenciales como herramienta de gestión, las propuestas deben estar centradas en el paciente y

en las buenas prácticas de la profesión. Son herramientas excelentes, como sistemas de acción apoya la sostenibilidad del sistema y es extrapolable.

En otro estudio, realiza la comparativa de los pacientes crónicos, por factores, y el tercer caso es de los criterios stop/start que son una herramienta de predicción de ingresos hospitalarios, se comprobó una inadecuación farmacéutica e ingresos hospitalarios pro descompensación en la cohorte estudiada.

Los “criterios stop/ start” podrían emplearse para predecir y reducir los ingresos hospitalarios de pacientes de riesgo. Ya que el trabajo conjunto de la inadecuación y polimedicación (predictor de morbimortalidad conocido) es una herramienta de mejora.

Hospital de Mislata, en Valencia , como ejemplo de Hospital de Crónicos.

PAÍS VASCO: En su estrategia modelo organizativo más adecuado, centrado en las necesidades complejas de los pacientes crónicos, de continuidad de cuidados, respuesta integral a las necesidades, incluye la atención primaria especializada, profesionalización de enfermería, y nuevas figuras enfermeras de gestión de casos , centros de media y larga estancia y colaboración sociosanitaria. Todo basado en calidad asistencial, eficiencia y satisfacción.

En relación con los casos comentados se crea un Programa Estructurado de empoderamiento para pacientes y cuidadores denominado KRONIKON, los profesionales se han coordinado, se ha prestado asistencia centrada al paciente en su domicilio, se han utilizado las TIC como elemento facilitador, y se han reorganizado recursos. Las conclusiones del tercer caso en cuanto de la telemedicina, es puede aportar mejoras en el autocuidado de la diabetes, y hace que el paciente se implique.

CASTILLA Y LEÓN: En su estrategia de la cronicidad que se basa en la integración asistencial, la continuidad en la atención sociosanitario, adaptar la organización a las necesidades del paciente crónico, autocuidado corresponsabilidad y participación, promoción de la salud y prevención de enfermedad, tecnologías facilitadoras del cambio y formación e investigación. En los dos casos elegidos del congreso de crónicos, la Unidad de continuidad asistencial ha sido una herramienta para valorar a los enfermos crónicos y pluripatológicos complejos. La derivación a unidades de convalecencia sociosanitaria en el área de salud de Zamora, se consigue una asistencia fluida entre niveles asistenciales.

EXTREMADURA: Que la atención a la cronicidad se convierta en el principio rector del Sistema Sanitario Público de Extremadura. Existen planes sobre diabetes, plan sobre el cáncer, plan de atención al Ictus, dentro del Plan de Extremadura 2013-2020. Programas basados en Tecnología e-health, telemedicina, teleasistencia, telemotorización de pacientes. Con un anillo hospitalario, para conectar a todos los hospitales. Aún están implantándose.

CATALUÑA: El programa de prevención y atención a la cronicidad de Cataluña (2015), que lo incluyó en su plan de salud. Es una Comunidad pionera en elaborar planes con unos objetivos concretos.

Entre los casos elegidos vemos que sigue identificando al enfermo crónico, y lo diferencia entre PCC y MACA, que dice que se pueden beneficiar de uno Hospital a Domicilio, frente a la hospitalización convencional, no solo es evitar esperas en urgencias, es que le puede dar una recaída o un cambio de medicación y no es del todo beneficioso este parche. En sus domicilios no están perfectamente atendidos como si estuvieran en una Unidad de crónicos. Ya que el mismo estudio dice que hay que mejorar la identificación desde primaria, ya que son pacientes que deben estar muy controlados.

En el caso de Proyecto SUSTAIN, atención integrada y adaptada a personas mayores en Europa (2015-2019), su objetivo es integrar lo sanitario y lo social y define una “hoja de ruta”, aunque los reingresos tempranos sigue siendo un problema frecuente, son pacientes sensibles que tendrán descompensaciones , y seguirán teniendo reingresos,.

En el otro caso ¿Por qué un Hospital de DÍA para Pacientes Crónicos Complejos (HdD PCC)? Cuando en una unidad de crónicos están determinados los pacientes y atendidos, meteríamos el modelo de gestión de crónicos, en unidad de crónicos. Ya que son personas con elevada mortalidad, y se reducen los ingresos y visitas al médico.

En otro de los casos se identifica bien al paciente, se realiza una “ruta asistencial” que es una buena herramienta, al definir al paciente se estratifica , se crean comisiones y la comisión multidisciplinar para evaluar al paciente y como definirlo, si PCC o MACA.

Del grupo de pacientes crónicos de Catalunya en el UGEAP, realizaron una encuesta IEXPAC, Instrumento de evaluación de la experiencia del Paciente Crónico, en la que se habla de introducir nuevas tecnologías al servicio de salud y nuevas áreas, ¿no sería lo adecuado, una unidad centralizada de crónicos?, ya que especifica como áreas de mejora.

Se ve en otro estudio la importancia de la farmacia, y la farmacia inadecuada de polifarmacia, en el que también se basan en el Modelo de Prescripción Centrada en la Persona (PCP), es un tema muy importante al ser población vulnerable, polimedicada.

Se intenta mejorar en una formación a los profesionales para el manejo de pacientes crónicos, con actitudes proactivas y practicas colaborativas. Dice textualmente: “A pesar de aumentar la implicación de nuestros profesionales, hay que seguir trabajando para mejorar la identificación y el manejo de estos pacientes, para poder avanzar hacia un cambio de modelo más proactivo, interdisciplinar y colaborativo que permita un abordaje global de estos pacientes”.

Por esto reiteramos la centralización y creación de unidades de crónicos con profesionales preparados y especializados para el perfil de pacientes crónicos.

Que todo esté centralizado, ya que en el otro caso de evitar discrepancias del alta hospitalaria antes y después, el protocolo de actuación no es suficiente, ya que no ha dado resultado en las altas hospitalarias, ya que ha seguido dando problemas con el informe y la receta electrónica. Valoramos el quedar todo centralizado en una unidad de crónicos con su historia clínica, quedando así integrado el informe clínico de alta y la receta electrónica, sin farmaceutica de enlace, que se busca para reducir incidencias, en hospitales de agudos y centros de atención primaria.

El Plan de Salud de Cataluña implementa estrategias de mejora, para ver si el paciente conoce si está incluido. La mayoría recurren a Atención Primaria, si estuviera la Unidad de Crónico lo harían directamente en este servicio.

En la Unidad de Cronicidad de la UTACC, (Unidad de Atención a la Cronicidad y a la Complejidad), en el futuro poder evaluar a los pacientes con indicadores más específicos y adecuados a la cronicidad y a la complejidad.

Otro de los servicios como objetivo en Cataluña, es el Servicio SEVIAC, que da asistencia continuada, evitando la Hospitalización a los pacientes crónicos.

También aparece la figura de la “enfermera gestora de casos” dentro del Centro de Atención Primaria y que son atendidos de forma interdisciplinar mediante alianzas a distintos niveles asistenciales. En este proyecto, se explica que “los pacientes en situación final de vida no murieron en su domicilio al presentar un riesgo social y dificultad en el manejo, por lo que se buscó la alternativa para asegurar los cuidados y confort en esta etapa”.

Por lo que vemos adecuado que se les lleve un seguimiento pero en una unidad de crónicos.

En el “proyecto de integración horizontal y vertical de servicios sociales y sanitarios”, el objetivo es mejorar la atención a pacientes, en calidad asistencial, mediante atención colaborativa, proactiva y eficiente. Se habla de identificar áreas de mejora, en este caso con una adecuación de los recursos hospitalarios donde incluiríamos la Unidad de Crónicos.

ASTURIAS: La estrategia de Asturias de la cronicidad, personas sanas, poblaciones sanas del 2014. Se basa en mejorar la salud, en la continuidad asistencial y adaptación de las intervenciones sanitarias y en una nueva forma de organizar la prestación sanitaria, mediante la continuidad de cuidados. Mediante la prevención, y la reorganización de sanitario y no sanitario.

ARAGÓN: Se ha regido por la Estrategia nacional de la Cronicidad del año 2012, hasta el año 2015, Estrategia para los enfermos crónicos, que ha realizado un Plan de atención sociosanitario y otro de salud mental. Rehabilitación de los pacientes crónicos, promoción de su autonomía y evitar las situaciones de dependencia. En Aragón 400.00 personas son potencialmente crónicas, una línea del plan es potenciar la atención sociosanitaria. Utilizando TICs, nuevas tecnologías y se desarrollarán sistemas de información que serán piedra angular de la planificación sanitaria, centrados

en base de datos, BDU, también la carpeta de salud del ciudadano con datos de interés e información para el paciente.

GALICIA: De la Estrategia Sergas 2014. Gestión en caso de agudos, mejorar servicios y garantizar mejoras en el sistema. Galicia fue considerada Región de Referencia del Envejecimiento Activo, con la Estrategia Europea EIP-AHA. Con cambio innovación. Mejora los servicios públicos mediante la incorporación de bienes y servicios innovadores. El is-6 paciente2.0 el empoderamiento, gestión de casos, cuidados al cuidador, adherencia al tratamiento, hospital en casa, trazabilidad de recursos, garantizar la seguridad y calidad al paciente.

El ejemplo utilizado es de Sar Quavitae, que es un Hospital de un modelo de gestión de crónicos

ANDALUCIA: El Plan de Andaluz de atención integrada a pacientes con enfermedades crónicas. Es de las Comunidades que más años lleva trabajando en los crónicos, desde el año 2012 de la estrategia nacional. Sus recomendaciones basadas en la continuidad de cuidados y coordinación sanitaria. En los ejemplos que extraigo del Congreso de Crónicos, que son de mejora para el paciente crónico, con una reorientación a la cronicidad, en el primero sobre la farmacéutica del paciente crónico complejo, que al ser polimedcado se ha realizado un grupo de trabajo denominado CRONOS en el que la Sociedad Española de farmacia hospitalaria (SEFH) han tratado de promover iniciativas multidisciplinares de formación, de investigación. En el segundo la aplicación de criterios LESSCHRON analizando la concordancia entre un internista y un farmacéutico. En el tercero, un protocolo que humaniza la relación médico paciente y facilita un uso eficiente de los recursos, extraído de las Reglas de OTAWA, disminuyendo el tiempo de espera. En la Hospitalización Domiciliaria aunque haya una buena atención integral entre al Atención Primaria y la Atención Especializada, en cuanto al paciente, no estamos de acuerdo, ya que aunque se basa en las características del paciente crónico son más cuidados paliativos, y en el domicilio no se pueden llevar ni tener la misma atención que en un hospital. Nunca puede tener las mismas opciones terapéuticas que las que se recibe en una planta de Hospital convencional, por eso vemos necesario aquí la Unidad de Crónicos. En el caso del programa de salud de Atención Integral al Paciente Oncológico, sí que hay continuidad de cuidados, pero en Atención Primaria no se ha dado toda la atención que precisa esta enfermedad. Ni el estudio TEMEL 2012, es del todo satisfactorio, ya que un enfermo crónico de cáncer con buena calidad de vida, por lo que no es óptimo para el enfermo la integración temprana de los cuidados paliativos, ya que no necesita cuidados paliativos. Por lo tanto no existe aún buena coordinación entre las estrategias en casos reales de gestión de pacientes entre la Atención Primaria y la Atención Especializada. El médico de familia por proximidad y accesibilidad al paciente, debería gestionar el paso a Unidades de Crónicos, para así realizar un seguimiento como se estipula en la estrategia de Andalucía.

MADRID: En su estrategia de atención a los pacientes crónicos con enfermedades crónicas, 2013. Existe un caso del Hospital de Infanta Cristina de Parla , en el que se ha creado una Unidad de Paciente Crónico , en el que han ofrecido al paciente una nueva forma de relacionarse con la Atención Especializada, centrada en su cronicidad y adaptada a sus necesidades clínicas. Se ha prestado una atención a demanda a pacientes crónicos disminuye la frecuentación de urgencias, los ingresos hospitalarios y las consultas médicas que son perjudiciales para el paciente, todo esto supone una mejora en la eficiencia del servicio.

En Madrid, también se realizó estudio de características de los pacientes crónicos, de alto riesgo en AP (atención primaria) para detallar el perfil del paciente, quien es su cuidador, si están polimedcados, características clínicas, sociodemográficas, funcionales, etc..

También de las consultas no presenciales, que lo han considerado método eficaz, y con continuidad asistencial. El uso de videosesión, para formentar la consulta web, también satisfactorias pero no todos los pacientes tienen la posibilidad de utilizar estas tecnologías.

El resultado de una unidad de enlace, ofrece una atención especializada en cronicidad creando un entorno compartido, y ofrece a los pacientes alternativas a un ingreso hospitalario convencional. Se realiza a través de la enfermera de enlace, pero hemos visto en otras comunidades que no se puede mantener que al final mueren en los hospitales.

18.2. VALORACIÓN PERSONAL:

La realización de este trabajo y el estudio sobre la situación del paciente crónico, actualmente en España, y a nivel mundial, me ha comprometido a seguir estudiando sobre cuál es la mejor opción a nivel sanitario y social para un enfermo crónico, por ser un problema a solucionar ya que la esperanza de vida ha aumentado considerablemente. El comparar las Estrategias de Crónicos que hay en las distintas CCAA, los estudios extraídos del Congreso de Crónicos del 2016 que se han llevado a cabo en las distintas Comunidades Autónomas, que son gestionados de manera muy diferente, ya que existen desigualdades a nivel asistencial y distintas estrategias a seguir en cuanto a la atención a la cronicidad, la bibliografía estudiada y referenciada así como las notas de prensa. He valorado la situación del paciente crónico, y lo importante que es cada paciente en concreto para determinar su ruta asistencial en su situación clínica. Ha quedado probado que las Unidades de Crónicos funcionan facilitan al usuario una atención equilibrada, por lo que deben seguir implementándose, para que los enfermos tengan una percepción positiva de la sanidad pública, ya que ha quedado claro que el SNS está creado para atender a enfermos agudos, debiendo adaptar la gestión del hospital así como a los profesionales a cada caso concreto de paciente crónico. Para tener una calidad

de vida digna, y para que no se sientan desprotegidos ante el Sistema. Se reclama una protección a la cronicidad, para proteger a estos pacientes por el impacto que conlleva enfrentarse a una enfermedad todos los días, el usuario y a su familia.

Considero que queda mucho por hacer en cuanto a la Cronicidad, que las CCAA deber compartir experiencias y aunarlas para centrar el problema en una solución de gestión eficaz, eficiente, universal, de calidad, con información, con igualdad de trato.

Que el Estado debe valorar y gestionar este problema cambiando el sistema sanitario en nuevas formas de gestión.

He comprobado que un usuario que se encuentra bien informado, tiene bien valorado el sistema sanitario, y que exista un servicio de Asesoría Sanitaria donde pueda resolver, cuestiones de instrucciones previas, consentimiento informado, segundas opiniones médicas...o gestiones que se tengan que realizar, para adaptar el lenguaje jurídico a la sociedad. El paisaje de cada uno es la imagen del mundo y el reflejo de la situación emocional que se está viviendo, cada día la necesidad humana de tener sentimientos agradables, humor, buen estado de ánimo es imprescindible para sentirse vivo y con calidad de vida. Trabajando, todo es posible para mejorarlo.

19. NORMATIVA y BIBLIOGRAFÍA UTILIZADA:

ESTATAL:

CE 1978.

Ley General de Sanidad .(Ley 14/1986, 25 de abril).

Ley de Cohesión y Calidad.(Ley 16/2003, 28 mayo).

Ley 41/2002, de autonomía del paciente.

LOPS ; Ordenación de las profesiones Ley 44/2003, 21 de noviembre .

INTERNACIONAL.

Tratados de derecho internacional.

Declaración Universal de Derechos Humanos San Francisco 48.

Convención Europea de Derechos Humanos art.10.

Pactos derechos civiles Políticos N.York art.12

Tratado Maastrich, título 10.

Carta Social Europea 61. Art. 11.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- 1) "Estrategia para el abordaje de la Cronicidad en el Sistema Nacional de Salud". Sanidad 2012. Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad. http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/ESTRATEGIA_ABORDAJE_CRONICIDAD.pdf
- 2) Informe. Coordinación y Atención Sociosanitaria. Madrid, 7 de marzo de 2013. http://www.enfermeriasoria.com/docs/descargas_alberca/DossierEspecialVersionDefinitivaInformeAtencionSociosanitariaConsejoAsesor.pdf
- 3) "El libro blanco de la sanidad". CEOE. Comisión de Sanidad, Asuntos Sociales e Igualdad de CEOE. 2016. http://www.spainglobal.com/files/2016/sanidad_espana.pdf
- 4) "El libro Blanco de la Sanidad". Resumen Ejecutivo. Madrid . 2016. CEOE. http://contenidos.ceoe.es/CEOE/var/pool/pdf/publications_docs-file-220-el-libro-blanco-de-la-sanidad-resumen-ejecutivo.pdf
- 5) Libro de Comunicaciones y casos clínicos. DEL VIII Congreso Nacional de Atención Sanitaria al Paciente Crónico. Madrid. 7 y 8 de abril de 2016.
- 6) Gestión Sanitaria Integral: Pública y Privada. Javier Cabo Salvador . CEF.
- 7) IDIS. Instituto para el desarrollo e Integración de la Sanidad. Colaboración público-privada en sanidad en el 2016. Extremadura. https://www.fundacionidis.com/wp-content/informes/3-informe_analisis_situac_idis2016_pagina_web.pdf
- 8) Proyecto de Investigación sobre la reinención del hospital. Consultoría i Gestió SA. Sanofi aventis. 30 de noviembre de 2006. http://archivos.mats-madrid.com/wp/PDF/Reinencion_hospital_2007.pdf
- 9) Gestión Clínica 2.0. Nuevas perspectivas para una nueva década. Manuel Ollero Baturune. Escuela Andaluza de Salud Pública .Granada. <https://easpgps.wordpress.com/2010/03/10/analisis-sistemico1-de-la-gestion-e-intervencion-de-las-enfermedades-cronicas-en-los-sistemas-sanitarios/>
- 10) Evolución y tendencias futuras del hospital . Organización Panamericana de la salud. Técnicas de salud. http://www.google.es/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0ahUKEWjSzKqzrsTPAhWEL8AKHdSgBFcQFggcMAA&url=http%3A%2F%2Fwww.paho.org%2Fhq%2Findex.php%3Foption%3Dcom_docman%26task%3Ddoc_download%26gid%3D21385%26Itemid%3D270%26lang%3Des&usq=AFQjCNH2esT5mrxSc5uxf9RWnaSxVUxu1A&bvm=bv.134495766,d.ZGg
- 11) Plan de Salud de Extremadura 2013-2020. http://saludextremadura.gobex.es/c/document_library/get_file?uuid=f44d486b-c253-4807-bc37-ade1b464b155
- 12) Plan Estratégico de Calidad del SSPE. 2015-2021. http://saludextremadura.gobex.es/c/document_library/get_file?uuid=8910c0cd-6980-4acf-9581-3ad0b0292573

13) Plan Integral de Diabetes de Extremadura 2014-2018.
<https://mariamontanavivas.wordpress.com/2015/01/30/plan-integral-de-diabetes-de-extremadura-2014-2018/>

14) Plan Integral de enfermedades cardiovasculares de Extremadura 2013-2016.

http://saludextremadura.gobex.es/c/document_library/get_file?uuid=4b869441-5529-4a07-8a90-5106511e075c

15) Plan para la atención integral contra el cáncer en Extremadura 2013-2016.

http://saludextremadura.gobex.es/c/document_library/get_file?uuid=c4d7f024-bb00-49db-95d3-08fca0fb5d8b

16) Plan de atención al ictus en Extremadura 2011.

http://saludextremadura.gobex.es/c/document_library/get_file?uuid=addd43b7-c1f7-47b7-ac21-92bf3acc1009 Seguridad del Paciente: "Marco conceptual de la Clasificación Internacional para la Seguridad del Paciente", Informe técnico 2009.

La seguridad es una dimensión esencial de la calidad asistencial.

17) El Hospital del Futuro: Las ideas de los expertos. Club Gertech "Gerencia y tecnología hospitalaria". Madrid Network.

http://clubgertech.unavarra.es/public/hospital_futuro_libro.pdf.

18) Estrategia crónicos Andalucía.

http://www.juntadeandalucia.es/salud/export/sites/csalud/galerias/documentos/p_2_p_2_planes_integrales/PIEC.pdf

19) Estrategia, Cataluña.

http://aguas.gencat.cat/es/projectes/mes_projectes/qualitat_atencio_sanitari/a/avaluacio_estrategies_atencio_cronicitat/#FW_bloc_7fbea44a-2f8a-11e4-baae-005056339af7_8.

19) Estrategia crónicos Castilla y León.

<http://www.anesm.org/wp-content/uploads/2014/11/Estrategia-Atencion-Paciente-Cronico-CyL.pdf>.

20) Estrategia Crónicos Comunidad de Madrid.

http://www.madrid.org/cs/Satellite?c=CM_InfPractica_FA&cid=1354319576173&pagename=ComunidadMadrid/Estructura.

21) Estrategia crónicos Murcia.

<https://www.murciasalud.es/recursos/ficheros/255748-estrategia2015murciasalud.pdf>.

22) Estrategia Comunidad de Navarra.

http://www.navarra.es/home_es/Temas/Portal+de+la+Salud/Ciudadania/Nuevo+Modelo+asistencial/Estrategia+navarra+de+atencion+integrada+a+pacientes+cronicos+y+pluripatologicos/.

23) Estrategia de crónicos País Vasco.

http://www.osakidetza.euskadi.eus/r85-skorga01/es/contenidos/informacion/estrategia_cronicidad/es_cronicos/estrategia_cronicidad.html.

- 24) Estrategia Crónicos Comunidad Valenciana.
<http://www.san.gva.es/web/dgas/estrategia-para-la-atencion-a-pacientes-cronicos-en-la-comunitat-valenciana>
- 25) Estrategia Crónicos Galicia.
http://www.sergas.es/docs/h2050is/RMosquera_04282014_DEF.pdf.
- 26) Estrategia de atención al paciente Crónicos de LA Rioja.
<https://www.riojasalud.es/ciudadanos/estrategia-de-cronicos>.
- 27) Estrategia Islas Canarias.
<http://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/contenidoGenerico.jsp?idDocument=abd50fe3-cca3-11e4-b8de-159dab37263e&idCarpeta=f15423c8-a748-11dd-b574-dd4e320f085c>.
- 28) Estrategia Crónicos Cantabria.
<http://www.saludcantabria.es/uploads/pdf/consejeria/PlandeCronicidadBaja.pdf>.
- 29) Estrategia Crónicos Asturias
https://www.asturias.es/Astursalud/Ficheros/AS_Salud%20Publica/Estrategias/Estrategia%20Cronicidad/ESAPCA_V3VD.pdf.
- 30) Estrategia Crónicos Aragón.
http://www.aragon.es/DepartamentosOrganismosPublicos/Departamentos/Sanidad/AreasTematicas/SanidadProfesionales/EstrategiasSalud/EstrategiasSalud_2/ci.Estrategia_Cronicidad.detalleDepartamento?channelSelected=7ce514d66d9cb210VgnVCM100000450a15acRCRD.

Notas de prensa:

- 1) Extremadura : e-health como piedra angular de la atención a pacientes crónicos. <http://www.libertaddigital.com/chic/vida-estilo/2015-03-18/extremadura-e-health-como-piedra-angular-de-la-atencion-a-pacientes-cronicos-1276543454/>
- 2) Instituto de estadística de Extremadura datos de defunciones . HOY .ES , 30-3-16. <http://www.ine.es/prensa/np963.pdf>
- 3) 16-6-16. Negociación en la fase de alegaciones a la gestión clínica. http://www.smedicohuelva.org/documentos/decreto_ugc_2_borrador.pdf
- 4) 5-2-16 .Atención sanitaria a colectivos sensibles , clases de ingresos hospitalarios.
- 5) Enero 2016, Amyts.es, num.31 Asamblea de Madrid aprueba nuevos pactos sanitarios. <http://amyts.es/category/general/>
- 6) Infosalus. <http://www.infosalus.com/>
- 7) 1-6-16. Gran acogida de la Unidad de cuidados domiciliarios en HM Torrelodones.

- 8) ¿Que es Qlikview en sanidad?. <http://global.qlik.com/es/company/press-room/press-releases/2011/es/0228-qlikview-presento-solucion-servicios-sanitarios-inforsalud>
- 9) Diciembre 22 del 2015. Philips.Es. Proyecto europeo ACT (Atención Integral Avanzada y despliegue de las soluciones de Telemedicina), aborda el envejecimiento de la población y la carga que supone la gestión de las enfermedades crónicas en la Unión Europea. Philips. Es. http://www.philips.es/a-w/about/news/archive/standard/news/press/2015/20151222_Philips_ASC_cookbook.html
 Dos casos catalanes entre los ejemplos de una correcta implementación de programas de atención integrada y telemedicina.
 Programa de Paciente Crónico de Badalona Serveis Asistenciales, y el Programa del Paciente Crónico del Alt Penedes.
- 10)21-mayo-16. Artículo sobre el Hospital la Fuenfría . Madrid.org. <http://www.bolinf.es/wp/archives/tag/hospital-de-la-fuenfria>
- 11)24-5-16. CEOE. Coordinación sociosanitaria pacientes crónicos y pluripatológicos. <http://www.ceoe.es/es/contenido/actualidad/noticias/ceoe-pide-un-pacto-por-la-sanidad-y-lo-sociosanitario>
- 12)24-6-16. Efesalud.com. Cinco de cada diez enfermos crónicos. La sociedad necesita cambios importantes. <http://www.efesalud.com/noticias/cinco-10-cronicos-creen-la-sanidad-necesita-cambios-importantes/>
- 13)24-6-16 . libertadigital.com , Nuevo Plan de Sanidad. Los enfermos crónicos quedarán exentos de algunos medicamentos. <http://www.libertaddigital.com/2012-06-28/index.html.bak2>
- 14) msssi.gob.es. Excelencia clínica . Mejorar atención a pacientes. <http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/ec04.htm>
- 15)msssi.gob.es.Objetivos. <http://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/formacion/introduccion.htm>
- 16)24-6-16. cinu.mx. La OMS presenta estadística sanitaria mundial 2015. Objetivo del desarrollo del milenio. ODM. Relacionados con la salud y sus metas conexas. <http://www.cinu.mx/noticias/mundial/oms-presenta-estadisticas-de-s/>
- 17)sciencedirect.com. Enfermería clínica.Enero-febrero, 2014. Vol.24.(1):54-66. Marta Pisano González. La modificación de hábitos, y la adherencia terapéutica clave para el control de la enfermedad crónica. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4603216>
- 18) Sciencedirect.com. Especial Crónicos. Enfermería Clínica. Enero –Febrero, 2014. <http://www.elsevier.es/es-revista-enfermeria-clinica-35-sumario-vol-24-num-1-S1130862113X00099>.

- Artículo: Sciencedirect.com. vol.24(67-73). Asunción González Mestre. "La autonomía del paciente con enfermedades crónicas. De paciente pasivo a paciente activo". <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4603229>
- 19) Atención Primaria.2011.; 43 (7) 343-344. Adherencia terapéutica. <http://www.elsevierinstituciones.com/ficheros/pdf/27/27v43n07a90023817pdf001.pdf>
- 20) sepad.gobex.es. <http://sepad.gobex.es/>
- 21) fesemi.org .Noviembre de 2009. Rafael Bengoa. Curar y Cuidar: Innovación en la gestión de la enfermedad crónicas. <http://www.rafaelbengoa.com/wp-content/uploads/2012/12/Curar-y-Cuidar.pdf>
- 22) La oportunidad perdida: la financiación sanitaria. Vicente Rambla Momplet. Rev Adm Sanit 2005; 3(4):553-65. <http://www.google.es/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0ahUKEwiTreesnMTPAhVIDsAKHRq-ApoQFggcMAA&url=http%3A%2F%2Fwww.elsevier.es%2Fes-revista-revista-administracion-sanitaria-siglo-xxi-261-pdf-13085585-S300&usq=AFQjCNH9KfXOPvUrBiRr4OxTv930HUqalA&bvm=bv.134495766,d.ZGg>
- 23) 10-3-2016. gacetamedica.com. La AP recuerda que es la encargada del seguimiento de los crónicos, incluidas la EE.RR <http://www.gacetamedica.com/>
- 24) 6-8-2015. lainformación.com. Presupuestos .Defensa de la Sanidad Pública tilda las cuentas de 2016 de oportunidad perdida. http://www.lainformacion.com/economia-negocios-y-finanzas/presupuestos/presupuestos-defensa-de-la-sanidad-publica-tilda-las-cuentas-de-2016-de-oportunidad-perdida_qRW9QqnEkYB32fOWjseXw6/
- 25) 24 de abril de 2016. La voz de Galicia. "El ingreso de un enfermo crónico siempre es un paso atrás, por eso tratamos de evitarlo". Los internistas del HULA aplican programas personalizados. <http://www.lavozdeg Galicia.es/lugo/2016/04/24/manana/>
- 26) Senescencia. 5-9-2016. Revista de la Universitat de Barcelona sobre salut i benestar. Pacientes crónicos y complejos. El parque Sanitario San Juan de Dios implanta un programa específico d atención a la cronicidad. <http://www.ub.edu/senescencia/noticia/cronicidad/>
- 27) 22-4-2015. Andrew Schorr. Fundador de Patient Power. <http://www.patientpower.eu/blog/eu/>
- 28) Manuel Ollero Baturone. Medico internista. Sevilla. Foro gestión clínica 2.0. <http://si.easp.es/gestionclinica/wp-content/uploads/2009/10/Doc-2.-Modelos-de-organizacion-para-la-atencion-a-pacientes-cronicos-complejos-Ollero-Baturone-M..pdf>.
- 29) Noticia Navarra.
http://www.navarra.es/home_es/Actualidad/Sala+de+prensa/Noticias/2015/05/20/plan+atencion+cronicos+mejora+calidad.htm.

30) Los pacientes reclaman una protección a la cronicidad.
<http://www.somospacientes.com/noticias/sanidad/los-pacientes-reclaman-una-proteccion-de-la-cronicidad-a-la-altura-de-la-de-la-dependencia/>
31) IEMAC 1.0. <http://www.somospacientes.com/noticias/sanidad/iemac-1-0-o-como-enfocar-la-gestion-del-sistema-sanitario-hacia-los-pacientes-cronicos/>.

Libertad Sendín Rodríguez.
Badajoz, 10-10-2016.