

# DOCUMENTO MARCO PARA EL DESARROLLO DE LA CONTINUIDAD ASISTENCIAL EN LA COMUNIDAD DE MADRID



CONSEJERÍA DE SANIDAD  
VICECONSEJERÍA DE ASISTENCIA SANITARIA

Autoría:  
Coordinación de Direcciones de Continuidad Asistencial

© **Comunidad de Madrid**  
Edita: Servicio Madrileño de Salud

Edición electrónica  
Edición: 1/2015

Impreso en España – Printed in Spain

# DOCUMENTO MARCO PARA EL DESARROLLO DE LA CONTINUIDAD ASISTENCIAL EN LA COMUNIDAD DE MADRID



## ÍNDICE

<b>1. INTRODUCCIÓN</b>	<b>3</b>
<b>2. JUSTIFICACIÓN DE LA NECESIDAD DE ESTABLECER EL MARCO DE CA EN LA CAM</b>	<b>7</b>
<b>3. MODELO ACTUAL EN LA COMUNIDAD DE MADRID</b>	<b>8</b>
Modelo de direcciones de continuidad asistencial: La figura del Director de Continuidad Asistencial	8
Coordinación de Direcciones de Continuidad Asistencial	11
Aspectos que facilitan o limitan el modelo.	12
<b>4. MARCO CONCEPTUAL</b>	<b>13</b>
Objetivos: General y Específicos	14
Líneas de acción	14
<b>5. DESARROLLO DE LAS LÍNEAS DE ACCIÓN</b>	<b>15</b>
Fomento y consolidación de la estructura organizativa	16
Desarrollo de rutas y procesos asistenciales integrados	18
Normalización de figuras de referencia inter ámbitos	19
Normalización y accesibilidad de la información asistencial	20
Adecuada gestión de las transiciones asistenciales y de la petición de pruebas diagnósticas	20
Desarrollo y fortalecimiento de la continuidad de cuidados de enfermería	22
Participación y soporte a planes estratégicos de la Comunidad de Madrid	23
Cooperación/Integración con el área social	24
<b>6. HERRAMIENTAS DISPONIBLES PARA LA CONSECUCCIÓN DE OBJETIVOS</b>	<b>26</b>
<b>7. INDICADORES</b>	<b>28</b>
<b>8. BENEFICIOS DEL MODELO: RESULTADOS</b>	<b>29</b>
<b>9. ESTRATEGIA DE DIFUSIÓN Y COMUNICACIÓN</b>	<b>32</b>
<b>10. BIBLIOGRAFÍA</b>	<b>33</b>
<b>11. NORMATIVA</b>	<b>36</b>
<b>12. GRUPO DE TRABAJO</b>	<b>38</b>
<b>13. ANEXOS</b>	<b>42</b>

## 1. INTRODUCCIÓN:

Es una realidad en el ámbito sanitario que la conexión de la atención se hace cada vez más difícil cuando los pacientes reciben servicios de diferentes proveedores. Informes de políticas sanitarias de diferentes países instan a un esfuerzo concertado para evitar la fragmentación y mejorar la continuidad asistencial (CA), aunque los esfuerzos para describir el problema o formular soluciones se ven obstaculizados debido a las dificultades en la definición y medición del concepto de continuidad.

Este concepto se explicita en definiciones que han sido heterogéneas a lo largo del tiempo, englobando diferentes aspectos. Parece existir un consenso claro en la necesidad de la presencia de dos atributos: inclusión de la experiencia del paciente y atención continua en el tiempo (continuidad longitudinal). Ambos elementos deben estar presentes para que exista continuidad, pero su sola presencia no asegura la misma.

Bajo esta premisa y siguiendo la definición de Reid et al, se entiende la continuidad asistencial como el grado de unión de las experiencias en la atención que percibe el paciente a lo largo del tiempo, de manera que éstas sean coherentes con sus necesidades médicas y contexto personal. La coordinación se explicaría como el modelo de trabajo profesional que permite acciones organizadas en la atención al paciente evitando duplicidades y favoreciendo la fluidez en la atención, llegando a su máximo grado cuando esta coordinación se incardina además con otros ámbitos de atención como el social, hablándose en este caso de integración.

La atención a la población dentro del modelo sanitario vigente (prevención y promoción, asistencia en la enfermedad y rehabilitación) requiere que la organización del sistema asegure la continuidad asistencial y de cuidados entre los distintos ámbitos asistenciales: desde un abordaje efectivo en Atención Primaria por el médico de familia, pediatra o enfermera hasta la atención urgente o la asistencia especializada en hospitales, ya sea en hospitales de agudos, como de media estancia, de apoyo, centros monográficos o la intervención de servicios de apoyo en el ámbito social cuando el proceso así lo requiera.

De esta forma el objetivo sería establecer acciones que refuercen el vínculo, relación y compromiso entre la Atención Especializada (AE), la Atención Primaria (AP) y el entorno social en pacientes institucionalizados (en el ámbito comunitario con complejidad determinada por el riesgo social o en el ámbito de la educación en población susceptible infantil), que permitan una atención sanitaria continuada de los pacientes de la Comunidad de Madrid (CM). La resolución coordinada entre AP y AE de los procesos asistenciales, sin olvidar el abordaje de la continuidad de atención intrahospitalaria e interhospitalaria

(especialmente en hospitales que por su complejidad clínica, tecnológica o tamaño pueden llevar a una atención fragmentada y redundante del paciente), llevará a mejorar la asistencia prestada desde la doble visión de efectividad y eficiencia, promoviendo la calidad de la asistencia, la seguridad en la atención y, por tanto, la satisfacción de usuarios y profesionales.

Este esfuerzo en la definición de estrategias para la mejora de la continuidad asistencial es especialmente relevante en los entornos definidos como “socio sanitarios” que obliga a la coordinación de los servicios sanitarios y sociales: tanto en hospitales de agudos, hospitales de media estancia o centros de procesos crónicos, como con los centros de salud y los servicios sociales (locales y regionales). El Libro blanco de la coordinación sociosanitaria en España, publicado por el Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad en diciembre 2011, en sus conclusiones finales afirma que para poder hacer efectiva la coordinación sociosanitaria deben existir documentos técnicos de consenso, se han de elaborar normas reguladoras y estructuras de gobierno que la favorezcan, así como programas asistenciales y recursos que den respuesta a las demandas emergentes.

Independientemente de los sistemas y de las múltiples definiciones que en cada ámbito se puedan establecer, existe una preocupación nacional e internacional por evitar la fragmentación de la asistencia sanitaria durante la enfermedad, y se tiende a evaluar cada vez más la experiencia de continuidad desde el punto de vista del paciente. Para el paciente es fundamental identificar un profesional de referencia que coordine su atención durante el tiempo que dure el proceso, y si intervienen diferentes servicios que su participación sea lo más coordinada y sinérgica posible.

La atención en áreas como la salud mental o los cuidados paliativos incluidas en la visión de relación entre AP y AE y el ámbito social, no se desglosa de forma específica en las estrategia de continuidad asistencial, quedando bajo las acciones generales de coordinación junto con sus oficinas regionales, en las que se debe prestar especial atención al perfil y características de los pacientes atendidos.

### 1.1 EXPERIENCIAS EN EL ÁMBITO NACIONAL:

La continuidad es una necesidad que surge en un sistema sanitario que tiene que asegurar la calidad y seguridad en la atención y que hace frente al envejecimiento de la población y a la mayor prevalencia de enfermedades crónicas. En el año 2002 en Andalucía se editó el

“Proceso de Atención al Paciente Pluripatológico” que intentaba dar respuesta de forma novedosa a una realidad de pacientes que exigía una atención integral y coordinada entre AP y AE. Diferentes experiencias han sido desarrolladas desde otras Comunidades Autónomas: en el País Vasco la puesta en marcha de Organizaciones Sanitarias Integradas (OSI), siendo la primera la de Bidasoa en la que se creó una Unidad de Continuidad Asistencial. El Servicio Catalán de Salud ha promocionado también la creación de Organizaciones Sanitarias Integradas, constituidas por la alianza de proveedores de un mismo territorio mediante la asignación presupuestaria per cápita para mejorar la equidad y la eficiencia (favoreciendo la gestión coordinada de los servicios y la continuidad en la asistencia) del sistema sanitario. Las organizaciones sanitarias integradas, constituyen una red de organizaciones que ofrecen una atención coordinada a una población determinada y se responsabilizan de los costes y los resultados de salud de la población. Estas estrategias de gestión integrada que pueden facilitar la continuidad de la atención se han extendido también en Castilla la Mancha, Castilla León, Galicia, la Comunidad Valenciana, La Rioja, Navarra y Cantabria.

En la Comunidad de Madrid modulado por la creación del Área Única de Salud y la normativa de Libre Elección, a partir del año 2010 se desarrolla un modelo específico de gestión de la continuidad asistencial con la definición de las funciones y nombramiento de los Directores de Continuidad Asistencial, y una referencia de coordinación para todo el Servicio Madrileño de Salud (Coordinación de Direcciones de Continuidad Asistencial).

## 1.2 EXPERIENCIAS EN EL ÁMBITO INTERNACIONAL:

El enfoque de la continuidad en otros países europeos se vincula en función de cómo se articulen los niveles de atención primaria y especializada. Países como Portugal, Finlandia, Noruega, Holanda, Dinamarca, Irlanda, o el Reino Unido, que al igual que España plantean la Atención Primaria como la base que sustenta el sistema sanitario y como el eje integrador de los procesos asistenciales, la AP asume el papel de puerta de entrada y filtro del sistema: en este ámbito se centralizan las historias de los pacientes y es el lugar a partir del cual se integran los servicios, asumiendo el profesional de este ámbito asistencial la función de gestor de casos. En otros países que no basan su sistema sanitario en la Atención Primaria como EEUU, Alemania, Bélgica o Francia, el acceso a servicios especializados no está restringido. Los pacientes pueden acudir al médico que quieren y donde quieren. De esta forma y según el contexto, existen diferentes enfoques de continuidad centradas en ámbitos como es la atención primaria, la salud mental, los cuidados de enfermería o los orientados a determinados procesos asistenciales.

De forma estratégica existen diferentes iniciativas regionales europeas que tiene como objetivo la evolución hacia modelos de atención integrada. Estas iniciativas aparecen marcadas por la orientación de los modelos de atención a la cronicidad (Europa 2020). También la OMS/Europa emprende y revisa acciones regionales en relación a la atención integrada: Coordinated/Integrated Health Services Delivery (CIHSD) que parten de la realización de un mapa de iniciativas, estimulando los cambios que surgen desde la base (autoridad de los profesionales en el proceso de cambio). Una primera aproximación refleja que todas las regiones tienen algún tipo de política relacionada con los cuidados integrados. Destacan las experiencias en los Países Bajos y algunas del Reino Unido donde existen 14 proyectos pioneros en diferentes partes del país, la mayoría centrados en el cuidado de mayores y que contemplan un cambio presupuestario sumando la asignación destinada al cuidado social. En South Karelia (Finlandia) sobre la base de un proyecto europeo, se desarrolla un modelo en que se integra la AP/AE/servicios sociales y cuidados a la tercera edad, con un único proveedor y apoyo de tecnología y dispositivos móviles.

*Es relevante la visión y orientación desde las premisas de que no hay un único modelo de gestión para facilitar la continuidad asistencial, que es imprescindible el cambio de cultura de las organizaciones, y que se trata de transformaciones a largo plazo con un necesario entorno de apoyo y posicionamiento desde el ámbito de las políticas sanitarias.*

**Este documento aborda las estrategias básicas para la gestión del cambio, que lleven a la integración asistencial y promuevan la continuidad asistencial, estableciendo acciones concretas con una visión de resultados a medio plazo.**

**La consecución de la continuidad asistencial y la atención integrada es un fin en sí mismo, y puede ser alcanzada por diferentes modelos de gestión adaptados al ámbito de aplicación y a los recursos existentes.**

**Se asume como visión el que los pacientes de la Comunidad de Madrid reciban y perciban los servicios sanitarios que necesitan sin solución de continuidad, mediante una atención continua e integrada, en la que los profesionales de los diferentes niveles y ámbitos trabajan de forma coordinada adecuando los recursos a la necesidad de la gestión del caso.**

## 2. JUSTIFICACIÓN DE LA NECESIDAD DE ESTABLECER EL MARCO DE CONTINUIDAD ASISTENCIAL EN LA CM:

Desde las primeras referencias sobre continuidad asistencial incluidas en diferentes marcos normativos (RD de 1984 sobre estructuras básicas de salud), se han sucedido iniciativas y esfuerzos para conseguir estructuras estables de coordinación con algunas experiencias de éxito, que no se extrapolaban a toda la CM y que frecuentemente dependían del interés y voluntarismo de determinados profesionales.

La Ley General de Sanidad de 1986 en el artículo 65.3 indica que deben fijarse las medidas adecuadas para garantizar la interrelación entre los niveles asistenciales en cada área de salud. En los años posteriores se emprenden distintas iniciativas encaminadas a potenciar un modelo asistencial único estructurado en dos niveles complementarios entre sí, como el plan de agilización de consultas externas en 1997, el catálogo básico de pruebas diagnósticas y la creación de protocolos entre niveles. La creación también en 1997 de las Comisiones Paritarias dio cierto impulso a la coordinación con un carácter vinculante de las decisiones adoptadas sin encontrar durabilidad posterior. Se recogen también otras experiencias como la creación en 2005 de una figura finalistas en Continuidad Asistencial ligada a una Gerencia de Atención Primaria (Área 11 de Atención Primaria con una Subdirección de continuidad asistencial). De esta forma y con diferentes modelos y vías, entre AP y los hospitales de referencia se ha trabajado en los últimos 20 años de forma conjunta en diferentes proyectos, protocolos o acuerdos de derivación de pacientes a diferentes especialidades, sin conseguir un modelo estable de trabajo con resultados y estructuras para la continuidad. En la actualidad persisten importantes áreas de mejora en diferentes aspectos que originan problemas en la atención y percepción del paciente (descoordinación y demora en la atención) y en la percepción de continuidad de los profesionales de los diferentes ámbitos (prescripciones, falta de acuerdo en citas/pruebas/derivaciones/tratamientos...).

A este histórico en iniciativas se suma además la extensión y diferente provisión de servicios hospitalarios en la Comunidad de Madrid: hospitales de gestión tradicional procedentes de la Seguridad Social, hospitales de gestión tradicional procedentes de la antigua Diputación de Madrid, fundaciones pionera en nuevas formas de gestión, hospitales concesionados, jóvenes hospitales con participación público privada, hospital privado con conciertos singulares desde hace más de treinta años, hospitales de apoyo y un hospital de la administración del estado de reciente incorporación. En esta variabilidad el disponer de unas funciones de continuidad asistencial homogénea y compartida supone un éxito.

Los decretos del Área única y libre elección de la CM en el 2010, marcan un escenario en el que se hace imprescindible impulsar el establecimiento de una cultura de trabajo conjunto y organizado entre los diferentes ámbitos asistenciales, en la que todos los servicios y categorías profesionales estén implicados, buscando como objetivo final la atención sanitaria bajo una perspectiva integradora y con el paciente como prioridad única en un modelo social que de forma progresiva demanda un modo de atención satisfactorio y con resultados, en el que también se tenga en cuenta la perspectiva del ciudadano y aprovechando la experiencia exitosa de dos modelos existentes en la CM de coordinación interniveles. La continuidad asistencial se entiende como un elemento esencial, que añade valor a la asistencia sanitaria prestada en la CM y como un elemento de garantía de una asistencia de calidad. De esta forma el Servicio Madrileño de Salud apuesta por el impulso y estructuración de un marco de continuidad asistencial que aplica como una forma de innovación sanitaria, entendida esta como la puesta en marcha de un nuevo modelo organizativo y de trabajo, que mejore la actividad cotidiana y la atención del paciente, diseñado de forma que sea fácilmente asumido por quienes participa en él.

Los diferentes escenarios de aplicación del modelo, hacen necesario establecer la consecución de la continuidad asistencial, como un proceso de mejora continuo, en que cada hospital/dirección asistencial de Atención Primaria, detecte el punto de partida y las acciones necesarias para avanzar y conseguir la mejor atención del paciente (Círculo PDCA: planificar/hacer/verificar/actuar). Los contratos programas de AE y AP se arbitran como la base conceptual de hitos a conseguir.

### **3. MODELO ACTUAL EN LA COMUNIDAD DE MADRID**

#### **3.1. MODELO DE DIRECCIONES DE CONTINUIDAD ASISTENCIAL. LA FIGURA DEL DIRECTOR DE CONTINUIDAD ASISTENCIAL.**

Como se refleja de forma previa en el documento, las estrategias de trabajo en continuidad y coordinación no son algo nuevo. Entre AP y sus hospitales de referencia se ha trabajado de forma conjunta en diferentes proyectos, protocolos o acuerdos de derivación de pacientes a diferentes especialidades. Sin embargo, la perdurabilidad de estas actuaciones no ha sido homogénea, en parte por la falta de estructuras organizativas estables que respaldaran las actuaciones, y por la gran variabilidad y heterogeneidad existente entre las diferentes áreas sanitarias en la Comunidad de Madrid.

Tras la entrada en vigor del Decreto 52/2010 de 29 de julio por el que se establecen las estructuras básicas sanitarias y directivas de Atención Primaria en el área única de salud de la Comunidad de Madrid, desde la Viceconsejería de Asistencia Sanitaria, se realizó una clara apuesta por el impulso de la continuidad asistencial tras la experiencia exitosa de un modelo de coordinación llevada a cabo en los Hospitales Universitario Infanta Leonor desde 2008 y en la Fundación Jiménez Díaz desde 2009 por una figura ubicada en el hospital dedicada exclusivamente a la coordinación entre los profesionales de Atención Primaria y profesionales de Atención Especializada.

Esta apuesta definió la creación de un nuevo modelo de trabajo con una figura finalista en todos los hospitales de agudos/generales de la red sanitaria pública de la CM, para impulsar y consolidar la coordinación en la asistencia sanitaria: el *Director de Continuidad Asistencial (DCA)*. El establecimiento de esta figura y su promoción, tiene el objetivo de poner en marcha una estrategia integral de desarrollo de trabajo inter-ámbitos enfocado a la atención conjunta de los pacientes del área de referencia, con el fin de que éste sea atendido de la forma más eficiente posible y con la máxima calidad asistencial.

*El modelo de continuidad asistencial de la CM, se basa en la creación de estructuras de coordinación/comunicación y modelos de trabajo promovidos por una figura finalista (DCA) en todos los hospitales con área de referencia, designada por la Gerencia del Hospital con la aprobación de la Viceconsejería de Asistencia Sanitaria, que se integra en el equipo directivo hospitalario.*

Los DCA son los responsables, junto con las Direcciones Asistenciales de AP y las Direcciones Gerencias de los Hospitales, del buen funcionamiento de la continuidad asistencial. Entre las diferentes partes deben trabajar para cumplir los objetivos de Contrato Programa de Atención Primaria y Atención Especializada que tengan que ver con su competencia, siendo responsables de que dichos objetivos se conozcan en los diferentes ámbitos asistenciales: seguridad del paciente, continuidad en la atención, mejora de la información clínica compartida y comunicación (especialista consultor), continuidad y coordinación en la prescripción farmacológica, etc...

En el caso particular de los hospitales de Media Estancia, dado que son hospitales orientados a la prestación de servicios sanitarios basados en complejidad de cuidados fundamentalmente, la continuidad de la atención depende directamente de la Dirección Gerencia y se hace operativa a través de una enfermera de continuidad asistencial/enlace.

### RETOS DE FUTURO PARA LA EVOLUCIÓN DEL MODELO:

Partiendo de la asunción del modelo como adecuado, este debe mantener su desarrollo soportado en las Direcciones de Continuidad Asistencial (como figuras vertebradoras de la continuidad de atención y garantes de la misma) en estrecho trabajo con las Direcciones Asistenciales de Atención Primaria y las Direcciones Gerencias de los Hospitales, buscando como objetivo final un modelo de atención integrada. Los hitos que guían el fortalecimiento de la Continuidad Asistencial son:

- ✓ La permanente evolución del sistema y sus profesionales hacia la atención integrada
- ✓ La asunción de modelos de trabajo cooperativos
- ✓ La asunción de responsabilidad en cada puesto asistencial
- ✓ La distribución de recursos en función de la actividad
- ✓ La estimación de actividad en función de la morbilidad, y perfil económico y social de la población atendida.
- ✓ El establecimiento de alianzas inter ámbitos incluyendo acuerdos de financiación
- ✓ La medición de resultados en salud y su comparación con escenarios previo sin un modelo orientado a la continuidad y la integración

### DEPENDENCIA Y RELACIONES:

Dependencia jerárquica: El DCA dependerá directamente del Gerente del Hospital, integrándose en el Equipo Directivo del hospital.

El Director de Continuidad Asistencial se debe relacionar con:

1. La Gerencia y Direcciones del Hospital
2. Los Jefes de los Servicios y Secciones del Hospital, Responsables de Unidades Clínicas, Supervisión, etc.
3. El Servicio de Admisión del Hospital
4. El Servicio de Atención al Paciente del Hospital
5. Los responsables de los Centros de Especialidades
6. La Dirección Asistencial de Atención Primaria y sus órganos funcionales
7. El equipo directivo y los profesionales de los Centros de Salud de Atención Primaria, tanto el personal sanitario como el del área de atención al usuario.
8. Los Coordinadores/ responsables de calidad

9. Responsables funcionales de la Gerencia Adjunta de Planificación y Calidad.
10. Direcciones Gerencias de los hospitales de media-larga estancia de la CM.
11. Coordinación regional de cuidados paliativos
12. Oficina regional de coordinación oncológica
13. La Inspección Médica y otras instituciones que en un momento determinado tengan que desarrollar alguna actividad sanitaria que implique la coordinación.
14. El coordinador de los DCA
15. Los nuevos roles definidos en la estrategia de atención al paciente crónico, especialmente enfermera de enlace, enfermera gestora, especialista consultor y de referencia.
16. Consejería de Asuntos Sociales
17. Consejería de Educación, Juventud y Deporte
18. Centros residenciales
19. SUMMA 112
20. Todas aquellas instituciones, entidades y órganos de gestión/gobierno de interés para la continuidad asistencial.

Se concibe el trabajo de las DCA en permanente relación y participación con las entidades afectadas o relacionadas con cada línea estratégica.

Las funciones detalladas del DCA se describen en el Anexo 1.

### **3.2. COORDINACIÓN DE DIRECCIONES DE CONTINUIDAD ASISTENCIAL (CDCA):**

Para favorecer el desarrollo del trabajo y objetivos de los DCA se definió una figura de referencia en el ámbito de los Servicios Centrales de la CM. Su función principal es el adecuado desarrollo del marco de continuidad asistencial en la CM, mediante la coordinación y el seguimiento de las actividades y objetivos de todos los DCA.

La Coordinación de Direcciones de Continuidad Asistencial, que depende directamente de la Viceconsejería de Asistencia Sanitaria para que su capacidad de actuación abarque tanto a AE como a AP y los beneficios de su actividad alcance a todos los ciudadanos, queda constituida por la figura de un coordinador que sirve de enlace con todos los Directores de Continuidad Asistencial de los Hospitales y personal técnico de apoyo y con las siete Direcciones Asistenciales de Atención Primaria.

El papel facilitador/integrador de la CDCA irá encaminado a:

- ⇒ Definir y transmitir objetivos institucionales (objetivos de continuidad asistencial reflejados en los Contrato Programa de Centro de los Hospitales y Atención Primaria)
- ⇒ Identificar y difundir iniciativas de éxito implantadas en la Comunidad
- ⇒ Diseñar herramientas que faciliten el trabajo de DA/DCA/Direcciones Gerencias
- ⇒ Promover y coordinar grupos de trabajo para la consecución de objetivos
- ⇒ Promover canales de comunicación entre los niveles asistenciales AP-AE y con el ámbito social
- ⇒ Representar la figura del DCA en los diferentes ámbitos institucionales
- ⇒ Facilitar la resolución de situaciones con falta de entendimiento o discrepancias
- ⇒ Recabar asesoramiento externo relacionado con diferentes aspectos de la continuidad asistencia
- ⇒ Diseñar y organizar espacios de encuentro/jornadas sobre prácticas óptimas de Continuidad Asistencial

### 3.3. ASPECTOS QUE FACILITAN O LIMITAN EL MODELO:

#### 3.3.1. Facilitan el modelo:

- ⇒ Decretos de Área Única y Libre Elección
- ⇒ Presencia de un perfil profesional conocedor de la Atención Primaria, la Atención Especializada y la gestión en sistemas de salud, integrado en el equipo directivo del hospital con capacidad de toma de decisiones.
- ⇒ Impulso y apoyo institucional
- ⇒ Marco internacional orientado hacia la atención integrada
- ⇒ Marco nacional con experiencias progresivas en diferentes CCAA
- ⇒ Modelos de trabajo comunes para toda la CM
- ⇒ Implicación de equipos directivos de diferentes ámbitos asistenciales
- ⇒ Percepción por parte de profesionales y pacientes de la necesidad de mejora
- ⇒ Registro de actividad y medición de resultados
- ⇒ Disponibilidad de nuevas herramientas de comunicación e información
- ⇒ Historias clínicas electrónicas: AP Madrid e Historias electrónicas hospitalarias

#### 3.3.2. Limitan el modelo:

- ⇒ Falta de cultura de trabajo conjunto en el que diferentes profesionales aportan su saber, en función del momento de desarrollo de la enfermedad atendida.

- ⇒ Desconocimiento de los roles de los diferentes profesionales que participan en la atención y de la organización asistencial de cada nivel.
- ⇒ Grado de dispersión de los Centros de Salud respecto a sus hospitales de referencia.
- ⇒ Distintos Sistemas de Información Sanitaria entre AP y AE. Diferencias de historia en los hospitales de la CM, algunos todavía no informatizados. (La no accesibilidad a la información es un limitante clave para el desarrollo de la continuidad en la atención).
- ⇒ Diferencias de criterios entre niveles en relación a la accesibilidad de pruebas diagnósticas.
- ⇒ Falta de consenso sobre el liderazgo del proceso asistencial por Atención Primaria en determinados procesos.
- ⇒ Falta de conocimiento personal entre profesionales de ambos niveles y de las competencias y cartera de servicios de la AP por los profesionales de AE.
- ⇒ Distintas realidades y objetivos asistenciales especialmente heterogéneos en la AE plasmados en Contratos Programa de Centro diferentes entre Hospital y AP.
- ⇒ Heterogeneidad en la asistencia especializada (diversos tipos de hospitales con diferentes desarrollos en cartera de servicios, desarrollos informáticos diferentes), frente a la mayor homogeneidad en AP en cuanto a estructura o actividad.
- ⇒ Falta de participación activa de los profesionales de enfermería en el liderazgo de los subproyecto en el marco de la continuidad asistencial.

#### 4. MARCO CONCEPTUAL:

##### 4.1. OBJETIVOS DEL MARCO DE CONTINUIDAD ASISTENCIAL PARA LA CM:

###### Objetivo general:

Introducir y desarrollar en los diferentes ámbitos asistenciales la cultura de la continuidad asistencial, desarrollando e implantando la filosofía del trabajo coordinado, la participación, comunicación, consideración e integración.

###### Objetivos específicos:

-Garantizar a los pacientes la atención en el nivel sanitario más adecuado para resolver sus necesidades asistenciales, más accesible y en el que el sistema sea más eficiente, asegurando la fluidez y adecuación de las transiciones asistenciales.

-Lograr el compromiso de los profesionales de los diferentes ámbitos asistenciales con la continuidad asistencial en la atención de los pacientes.

#### 4.2.LÍNEAS DE ACCIÓN:

Desde un punto de vista operativo el enfoque de la gestión de la CA debe incluir todas aquellas acciones y profesionales, que promuevan un cambio con respecto al modelo tradicional de asistencia segmentado por ámbitos y disciplinas. Entre las áreas de trabajo a contemplar se encuentran: enfoque a la gestión de procesos integrados, gestión de cuidados, gestión de la seguridad del paciente, gestión del conocimiento, investigación e innovación, producción asistencial efectiva (medición e indicadores) y gestión de estructuras para la continuidad asistencial.

De forma imprescindible, la gestión de la continuidad asistencial va a requerir el establecimiento de alianzas estratégicas entre el ámbito social, la salud pública y los pacientes. Además juegan un papel relevante las Unidades de Atención al Usuario de los centros de salud y las Unidades de Atención al Paciente de las Direcciones Asistenciales de Atención Primaria y los profesionales de los Servicios de Admisión y Servicios de Información y Atención al Paciente (SIAP) hospitalarios, así como los responsables/coordinadores de calidad asistencial.

Partiendo de esta premisa el establecimiento de líneas estratégicas es clave para la priorización de acciones y la consecución de objetivos. De esta forma tomando como base la definición de competencias establecidas en el inicio del desarrollo del modelo a finales del año 2010 y tras la experiencia y desarrollo de las Direcciones de Continuidad durante cuatro años, se establecen como líneas de acción las siguientes:

- 1) *Fomento y consolidación de la estructura organizativa***
- 2) *Desarrollo e implantación de rutas y procesos asistenciales integrados***
- 3) *Normalización de figuras de referencia inter ámbitos***
- 4) *Normalización y accesibilidad de la información asistencial***
- 5) *Adecuada gestión de las transiciones asistenciales y de la petición de pruebas diagnósticas***
- 6) *Desarrollo y fortalecimiento de la continuidad de cuidados de enfermería***
- 7) *Participación y Soporte a Planes estratégicos de la CM***
- 8) *Cooperación/Integración con el área social***

En el terreno práctico y cotidiano, además de los resultados de objetivos en los Contratos Programas de hospitales y AP, la labor de continuidad se plasma en múltiples ocasiones en tareas directas de resolución de problemas centrados en el paciente, en el diseño de flujos para diferentes actuaciones médicas o enfermeras, en el establecimiento de referentes para la comunicación (modelos de interconsultores clínicos), en la puesta en marcha de comisiones de trabajo conjuntas, en la detección de incidencias y propuesta de soluciones, en el fomento de jornadas y reuniones científicas..., aspectos clave que se normalizan en formato para toda la Comunidad, buscando la homogeneidad necesaria para garantizar la equidad de atención, sin limitar la adaptación de los procesos a las características determinadas del escenario de aplicación.

**Además de las ocho líneas estratégicas de trabajo marcadas, las Direcciones de Continuidad Asistencial junto a la Coordinación de las mismas dentro del modelo de continuidad de la CM, participan y deben dar soporte a todos los planes y programas institucionales que contemplen aspectos abordables en continuidad asistencial (EPOC, Paliativos, Socio sanitario...). La actuación será específica con los Planes Estratégicos de las diferentes especialidades, que contemplan un apartado de relaciones con Atención Primaria.**

*El modelo de gestión de la continuidad asistencial en la CM, se establece como una herramienta y modo de trabajo al servicio de Direcciones Generales, Planes, profesionales y pacientes.*

## **5. DESARROLLO DE LAS LÍNEAS DE ACCIÓN:**

### **5.1. FOMENTO Y CONSOLIDACIÓN DE LA ESTRUCTURA ORGANIZATIVA:**

Uno de los elementos clave para avanzar en el desarrollo de la continuidad asistencial como modelo de trabajo, supone la presencia de estructuras organizadas multidisciplinares, estables y finalistas para la consecución de objetivos. Estas estructuras deben marcar las líneas de acción globales que deberán ser adaptadas a través de diferentes órganos de participación, a los ámbitos de trabajo correspondientes.

#### **5.1.1.ORGANOS DE PARTICIPACION ESTRUCTURADOS**

##### **COORDINACIÓN DE DIRECCIONES DE CONTINUIDAD ASISTENCIAL:**

La Coordinación de Direcciones de Continuidad Asistencial, actúa como referente organizativo para el desarrollo del modelo. Se articula como interlocutor con las distintas

Direcciones Generales: Dirección General de Atención Primaria, Dirección General de Atención Especializada, Dirección General de Atención Primaria y Dirección General de Sistemas de Información, que a su vez actúan como líderes y promotores de las líneas de actuación.

Trimestralmente la Coordinación de Direcciones se reúne con los DCA de toda la CM en reuniones de planificación y seguimiento.

#### **COMISION DE CONTINUIDAD ASISTENCIAL:**

Formada por cada Dirección Asistencial de AP, la Dirección del hospital/hospitales y los Directores de Continuidad Asistencial de los Hospitales de referencia para esa dirección:

- ⇒ Se constituye como órgano asesor y de toma de decisiones para el desarrollo de las acciones en continuidad asistencial a nivel de mesogestión
- ⇒ Promueve la mejor práctica clínica centrada en las necesidades de los pacientes
- ⇒ Favorece la comunicación entre profesionales de diferentes ámbitos
- ⇒ Establece los mecanismos de coordinación necesarios y seguimiento de las posibles comisiones mixtas que se creen para fines determinados

Periodicidad de reuniones trimestral. Se valora la incorporación de la Dirección de los Hospitales de media estancia del ámbito de influencia, en las áreas que proceda por proximidad o procedimientos de trabajo conjuntos.

#### **COMISIÓN DE SECTOR ASISTENCIAL AP-AE:**

Constituida entre cada hospital y sus Centros de Salud de referencia. Participan el DCA, Dirección del hospital, Dirección Asistencial de AP y los Directores de los Centros de Salud del área de referencia.

- ⇒ Promueve la mejor práctica clínica centrada en las necesidades de los pacientes
- ⇒ Define rutas y protocolos comunes
- ⇒ Promueve acciones de mejora
- ⇒ Se establece como foro de comunicación ente profesionales
- ⇒ Acuerda y dirime en situaciones de discrepancia clínica o procedimental

Periodicidad de reuniones cada dos meses. Las decisiones de esta comisión tendrán carácter vinculante para aquellos a quién se dirige y serán directamente aplicables.

#### COMISION DE COORDINACION ASISTENCIAL EN FARMOCOTERAPÍA:

Regulada por la Resolución 15/2014 del Director General de Gestión Económica y Compra de Productos Sanitarios y Farmacéuticos, se establece como línea de trabajo clave para facilitar la continuidad y coordinación en la prescripción farmacológica entre ámbitos asistenciales. Se conforma por un grupo de trabajo multiprofesional con representantes de Atención Primaria y de los Servicios Hospitalarios. Esta comisión es objeto de indicador en el contrato programa de hospitales.

Cada hospital, en colaboración con la Dirección Asistencial de Atención Primaria de referencia, constituye una Comisión de Coordinación Asistencial en Farmacoterapia, a través de la cual se materializará la colaboración entre los profesionales sanitarios para el seguimiento de las líneas estratégicas establecidas en el SERMAS en relación con el uso racional del medicamento. La Comisión actuará como asesora de la Dirección Asistencial de Atención Primaria y de la Gerencia del Hospital en la planificación y coordinación de las actuaciones que conduzcan al Uso Racional del Medicamento en la zona de influencia.

#### COMISIÓN DE COORDINACIÓN ASISTENCIAL DE CUIDADOS:

Las comisiones de coordinación de los cuidados constituidas por un Hospital y su Dirección Asistencial de AP de referencia, son un grupo de mejora multidisciplinar permanente que analizan aspectos globales de la continuidad del cuidado desde la perspectiva del análisis estructural (dotaciones, soportes documentales e informáticos), de proceso (seguimiento de protocolos, cumplimentación de información y seguimiento de circuitos), y de resultados (reingreso de pacientes, frecuentación...), evalúan el servicio ofertado e identifica y propone mejoras. Su objetivo es garantizar la continuidad de la atención y de los cuidados de los pacientes del área de influencia de cada hospital con sus centros de salud y ámbito residencial, incidiendo en la comunicación y coordinación entre los profesionales de los diferentes niveles.

Están constituidas por un grupo de profesionales representativos de los diferentes ámbitos y con un reparto equitativo de responsabilidades y el Reglamento de Régimen Interno de dicha Comisión, regula el funcionamiento interno y las normas básicas de la organización de la Comisión de Coordinación Asistencial de los Cuidados.

Esta comisión cobra especial relevancia en el desarrollo de la estrategia a pacientes crónicos de la CM en la que el desarrollo de roles como la enfermera de enlace o enfermera gestora, potencian y facilitan el producto de esta comisión, que deberá

incardinarse con el desarrollo de los procesos asistenciales integrados con una vinculación operativa de trabajo con la Dirección de Continuidad Asistencial.

## 5.2. DESARROLLO DE RUTAS Y PROCESOS ASISTENCIALES INTEGRADOS:

Hablar de continuidad e integración supone la expresión máxima de la coordinación en la asistencia, incluyendo aspectos tan relevantes como el abordaje social. La consecución de un modelo integrado requiere de la construcción activa de estructuras y profesionales relacionados que consiguen la continuidad asistencial real.

El punto de partida es la ordenación del trabajo a realizar mediante el establecimiento de rutas asistenciales y procesos asistenciales integrados, basados en el consenso de los profesionales implicados y en la mejor evidencia disponible, la comunicación, su factibilidad y el profesionalismo, contemplando las buenas prácticas y aquellos modelos que han funcionado. Se trata de prestar la atención necesaria por el ámbito asistencial y profesional más adecuado, optimizando la gestión de los recursos y disminuyendo la variabilidad. Este diseño supone definir "dónde", "quién" y "cómo" se realiza una actividad en relación a una patología o problema de salud determinado. Además la definición de un sistema de acceso único para pacientes con determinado perfil de complejidad, permite en modelos integrados, facilitar el recurso adecuado a la necesidad planteada.

Las estructuras de continuidad asistencial, los DCA y la CDCA en colaboración con las Direcciones de Atención Primaria y las Direcciones Gerencias de hospitales, participan de forma activa en el diseño e implementación de procesos asistenciales en la CM, especialmente dinamizados por la puesta en marcha de la Estrategia de atención a pacientes con enfermedades crónicas en la CM. Los procesos asistenciales integrados, constituye la línea 4 de la estrategia. Esta línea es liderada por la Viceconsejería de Asistencia Sanitaria, con el apoyo del Grupo Técnico Coordinador de la Estrategia y tiene por objetivo la priorización, diseño y desarrollo de procesos asistenciales integrados en el marco de la estrategia, tomando como referencia el documento "Proyecto de desarrollo de procesos asistenciales integrados" ya publicado por el SERMAS.

## 5.3. NORMALIZACIÓN DE FIGURAS DE REFERENCIA INTER AMBITOS:

La adecuada comunicación y disponibilidad de información asistencial, son las piezas claves para el desarrollo de la continuidad asistencial. La disponibilidad de figuras de referencia en los distintos ámbitos de asistencia como puntos de unión de la comunicación en la gestión de pacientes resulta imprescindible para la adecuada gestión de casos, especialmente en escenarios de complejidad. Es preciso una acción proactiva que

promueva la identificación de estos profesionales y su conocimiento en el entorno en el que prestan atención.

El modelo de continuidad asistencial presta especial atención a la normalización y extensión en todos los hospitales de la CM de determinadas figuras.

#### **PERFIL DE ESPECIALISTA CONSULTOR:**

Partiendo de que no hay un único modelo válido y que diferentes alternativas serán viables adaptándose al entorno y características de asistencia y a los recursos humanos implicados, se prioriza la necesidad de establecer y documentar una estrategia de Especialista Consultor para toda la Comunidad de Madrid que incluya la evaluación de resultados mediante indicadores explícitos.

Se define el especialista consultor como el profesional de un servicio hospitalario que actúa como referente para los profesionales de los centros de salud en el proceso clínico del paciente, facilitando y coordinando su atención. También se identifica como el profesional que puede ser asesor por su conocimiento específico, para la definición de un plan terapéutico o un plan de cuidados personalizado. Esta figura designada dentro de cada servicio hospitalario, actúa como consultor para los profesionales de los centros de salud, teniendo como objetivos desde la asesoría de un caso concreto, hasta la gestión del ingreso de un paciente o el seguimiento del plan de cuidados.

La designación por hospital, desarrollo y actividades del especialista consultor, figura en contrato programa de hospitales desde el año 2011, ligado a los objetivos de continuidad asistencial. Anexo 3.

La normalización de este perfil incluye el desarrollo de una plataforma de e-consulta que facilitará la gestión de información con trazabilidad de actuaciones y cómputo de actividad.

#### **NUEVOS ROLES EN EL MARCO DE LA ESTRATEGIA PARA ATENCIÓN A LOS ENFERMOS CRÓNICOS DE LA CM (ECCM)**

La ECCM define nuevos roles en AP y AE que cumplen el fin de asegurar la comunicación y relación entre ámbitos. De esta forma se definen las figuras de enfermera de enlace, enfermera gestora y especialista de referencia.

En la actualidad las competencias funcionales de estos perfiles se están definiendo en grupos multidisciplinares que consensuan la actuación en el marco de toda la CM. El liderazgo de estos grupos para el especialista de referencia y enfermera de enlace (y especialista consultor en el marco de patologías crónicas) se realiza desde la Dirección

General de Atención Especializada y para la enfermera gestora, desde la Dirección General de Atención Primaria.

Las Direcciones de Continuidad Asistencial asumen el reto compartido de su facilitación e implantación, coordinando las actuaciones de estos perfiles con las líneas ya existentes en continuidad asistencial.

#### **5.4. NORMALIZACIÓN Y ACCESIBILIDAD DE LA INFORMACIÓN ASISTENCIAL**

La disponibilidad de información y la posibilidad de compartirla, bajo formatos homogéneos y normas estandarizadas, es clave para el desarrollo de la continuidad asistencial. Se detecta la necesidad de normalizar la información clínica compartida entre los diferentes sistemas de información de distintos ámbitos en aras de la mejor atención y seguridad del paciente, partiendo además de un escenario en que la historia electrónica no es común entre AP y AE, y en el último caso además co-existen diferentes modelos de sistemas de información hospitalarios.

Este proceso de revisión y mejora de la disponibilidad y accesibilidad de información clínica, se establece como línea de trabajo liderada por la Dirección General de Sistemas de Información en el marco de un modelo de historia clínica compartida y repositorio centralizado de información clínica interoperable, que permita el acceso y modificación de información, en el marco de procesos asistenciales, desde diferentes ámbitos y niveles de trabajo. Supone la evolución del visor HORUS a un modelo de historia común sobre las disponibles en la CM. La estructura de continuidad asistencial apoya y participa en la definición del modelo de historia compartida.

De la misma forma y desde el punto de vista de la compartición de imágenes, se avanza en la necesidad y definición de un centro de imagen digital corporativo para almacenamiento de los diferentes tipos de imágenes diagnósticas y no solo las radiológicas, que permitirá la toma de decisión desde diferentes puntos de atención.

#### **5.5. ADECUADA GESTIÓN DE LAS TRANSICIONES ASISTENCIALES Y DE LA PETICIÓN DE PRUEBAS DIAGNÓSTICAS**

Dos de los aspectos claves en la gestión de pacientes y que genera un área importante de mejora son las derivaciones inter niveles (adecuación desde AP y accesibilidad desde AE) y la petición de pruebas diagnósticas, con criterios unificados independientemente del profesional que indica y con un enfoque claro de seguridad del paciente y eficiencia, evitando la redundancia y duplicidad de pruebas.

### GESTION DE LAS TRANSICIONES ASISTENCIALES:

El concepto de continuidad asistencial está vinculado y determinado por la percepción que el paciente tiene de la asistencia que se le presta. Esta percepción es especialmente sensible en los momentos de transición asistencial entre AP y AE, en los que se valora no solo la adecuación sino también de forma marcada los tiempos de espera. Además de la percepción del paciente, gestores y profesionales demandan la adecuada ubicación del paciente ante una necesidad de derivación, y la accesibilidad tanto geográfica como temporal a las consultas de destino.

Como base de la adecuada gestión de las transiciones asistenciales es necesario conocer los patrones de referencia para poder realizar ajustes y re diseñar la organización de servicios. Esto incluye cuatro acciones a abordar desde el modelo de continuidad asistencial:

1. Diseño del modelo de derivación de la CM ajustado según riesgo (estudio derivaciones según agrupaciones de riesgo–CRGs) como “gold estándar” de comparación.
2. Cuadro de mandos que recoja disponibilidad de agendas (huecos en AP/AE), y estimación de recursos según estándares de derivación.
3. Establecimiento de un canal de comunicación dinámico entre hospitales y centros de salud en el que, partiendo de los datos de derivación de años previos y de los datos accesibles desde e\_SOAP, se revisen los perfiles de derivación por profesional y centro (comparándolos en referencia a su centro y con el resto de centros que derivan a un mismo hospital/CEP) y se monitoricen la accesibilidad a las agendas de los distintos servicios hospitalarios. Estos dos aspectos deberán quedar reflejados en el contrato programa de AP/AE.
4. Aprovechando las nuevas herramientas de explotación de datos (Farm@web y Consult@web), se valorarán las nuevas posibilidades de análisis que ofrecen: comparación de indicadores de prescripción AP/AE, procesos susceptibles de manejo ambulatorio (ACSC), análisis de patologías más prevalentes...

### ADECUACIÓN DE LA PETICIÓN DE PRUEBAS DIAGNOSTICAS

En los modelos conceptuales de gestión del conocimiento y aplicación de la evidencia, y siguiendo el esquema de las 5S publicado por Haynes RB, en el nivel más alto de la

pirámide estaría la ayuda informatizada a la toma de decisiones como herramienta para facilitar al clínico de forma accesible y ágil el razonamiento clínico y la gestión del caso.

Bajo esta perspectiva, se hacen necesarios protocolos de solicitud de pruebas diagnósticas en la historia clínica electrónica, que faciliten al clínico la toma de decisiones y la adecuación de la petición. Una acción clave dentro del marco de continuidad asistencial de la CM es la definición, desarrollo e implantación de este modelo de ayuda a la toma de decisiones, junto con la Dirección Técnica de Sistemas de Información de Atención Primaria (GAPyC) y la Dirección General de Sistemas de Información Sanitaria. La relación de estos protocolos, con la información disponible y actividad en los servicios de atención especializada es clave para su implantación y efectividad.

Uno de los roles del modelo de continuidad, es facilitar el desarrollo conceptual de los protocolos con profesionales de ambos niveles y su posterior implantación, evaluación y seguimiento. En la actualidad ya se ha publicado con inclusión de protocolos en AP-Madrid, el documento de indicaciones ecografía en Atención Primaria.

#### **5.6. DESARROLLO Y FORTALECIMIENTO DE LA CONTINUIDAD DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA**

En enero del 2014 se publicó el documento “Marco referencial de la continuidad de cuidados en el Servicio Madrileño de Salud”. Este documento avanza en las mejoras relacionadas con la continuidad de cuidados y es un marco de referencia para todos los centros del Servicio Madrileño de Salud, que trabajan progresivamente para implantar las propuestas consignadas en el mismo en aras a mejorar la continuidad de cuidados entre los distintos ámbitos asistenciales.

El documento refleja el modelo de continuidad de cuidados enfermeros como:

- ⇒ La atención de las necesidades de los usuarios, especialmente en situaciones de fragilidad y vulnerabilidad, que requieren intervención enfermera en la asistencia sanitaria sin fragmentación entre los diferentes ámbitos asistenciales.
- ⇒ El trabajo por procesos en un sistema cooperativo integrado por tres elementos esenciales (personas, entornos e información), con un modelo de comunicación entre los profesionales de enfermería de los diferentes ámbitos asistenciales fijando unos

		<p style="text-align: center;">DOCUMENTO MARCO PARA EL DESARROLLO DE LA CONTINUIDAD ASISTENCIAL EN LA COMUNIDAD DE MADRID</p>	
Edición:1	Fecha:30032015	En vigor:	Páginas:23/56

objetivos específicos de cobertura, calidad y evaluación de acuerdo con las especificidades y prioridades de cada hospital y de los centros de salud.

Los objetivos del documento se reflejan en el anexo 4.

### 5.7. PARTICIPACIÓN Y SOPORTE A PLANES ESTRATÉGICOS DE LA CM

Las Direcciones de Continuidad Asistencial junto a la Coordinación de las mismas dentro del modelo de continuidad de la CM, participan y deben dar soporte a todos los planes y programas institucionales que contemplen aspectos abordables desde la gestión de la continuidad asistencial. De entre los diferentes planes vigentes en la actualidad, la presencia y participación de las DCA se hace especialmente activa en:

#### DESARROLLO E IMPLEMENTACIÓN DE LA ESTRATEGIA DE ATENCION A PACIENTES CON ENFERMEDADES CRÓNICAS DE LA CM:

En marzo de 2014 la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid presentó la “Estrategia de atención a pacientes con enfermedades crónicas” como línea de trabajo clave para afrontar el cambio demográfico y en salud reorientando los servicios sanitarios, y dando respuesta a los cambios demográficos que se han producido en las últimas décadas que llevan inevitablemente, a replantear el enfoque y la organización de los servicios sanitarios para adaptarse a ellos.

El envejecimiento de la población, el desarrollo tecnológico, los cambios en el papel del paciente y el momento económico actual, entre otros, son elementos que marcan este nuevo escenario. Nuestro sistema sanitario parte de una muy buena situación en la que la cobertura básica de servicios para los pacientes crónicos está garantizada (cobertura universal). Sin embargo, sigue enfocando todos sus esfuerzos en un modelo de atención que presenta todavía una importante fragmentación entre sus ámbitos asistenciales (especializada, primaria, servicios sociales). Bajo estas premisas, se hace necesaria una adaptación de la organización de los sistemas sanitarios y, más en concreto, una nueva estrategia para el abordaje de los pacientes crónicos que transforme el actual modelo asistencial centrado en la curación y en el que el paciente es un sujeto pasivo, en un modelo proactivo más centrado en las necesidades de los pacientes, donde éstos cuenten con mayor información y se les dote de más autonomía y protagonismo para que adquieran un papel más activo sobre su enfermedad. Es además preciso que en esta adaptación se logre una mayor integración y coordinación entre los distintos ámbitos asistenciales.

En la puesta en marcha de este modelo, se percibe como clave el concepto de “continuidad asistencial” como garante de adecuación de las actuaciones. Las estructuras de continuidad asistencial, participan de forma activa en el diseño y desarrollo de las acciones contempladas en la estrategia.

#### **DESARROLLO Y PARTICIPACIÓN EN EL PLAN ESTRATÉGICO DE TELEMEDICINA DE LA CM 2014-2018:**

Se define la telemedicina como la práctica sanitaria (diagnóstica, de tratamiento o de seguimiento) a distancia, que utiliza las tecnologías de la información y la comunicación (TICs) para mejorar la eficiencia y la calidad de prestación de servicios.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) la Telemedicina se define como “el suministro de servicios de atención sanitaria en los que la distancia constituye un factor crítico, por profesionales que apelan a las tecnologías de la información y de la comunicación con objeto de intercambiar datos para hacer diagnósticos, preconizar tratamientos y prevenir enfermedades y heridas, así como para la formación permanente de los profesionales de atención de salud y en actividades de investigación y evaluación, con el fin de mejorar la salud de las personas y de las comunidades en que viven.”

El actual marco profesional sanitario y social junto con el desarrollo de herramientas de comunicación e información, ha propiciado la aparición en los últimos años de iniciativas que facilitan la atención del paciente o la comunicación profesional a través de las TICs. El uso de estas herramientas de comunicación y gestión a distancia, son un elemento relevante para la promoción y soporte de la continuidad asistencial que beneficia a profesionales y pacientes.

En este marco, desde la Consejería de Sanidad se impulsa un Plan Estratégico liderado por la Dirección General de Sistemas de Información junto con la Coordinación de Direcciones de Continuidad Asistencial, que facilita, impulsa y armoniza bajo un marco común las iniciativas en telemedicina en la CM para la mejor prestación de servicios al ciudadano, en los casos que sea aplicable. Este plan pretende ser el elemento para conseguir que la telemedicina sea aceptada y adoptada por los profesionales y por los usuarios, difundiendo además las mejores prácticas, siendo uno de sus objetivos principales el facilitar la continuidad asistencial y aumentar la coordinación entre ámbitos asistenciales.

#### **5.8. COOPERACIÓN/INTEGRACIÓN CON EL ÁREA SOCIAL:**

Una de las áreas de interés relevantes de actuación cuando se habla de continuidad e integración, son todos los aspectos y acciones relacionadas con el área social, hasta el momento no suficientemente desarrolladas.

El concepto “socio-sanitario”, se maneja en múltiples escenarios y connotaciones diferentes, sin que en la mayoría de ocasiones quede establecido de forma clara, qué ciudadanos/pacientes son susceptibles de su aplicación y qué instituciones lo componen o participan. Los individuos transitan a lo largo de su vida por diferentes estados de salud/enfermedad, en un marco social y económico que marcará su capacidad de gestionar las situaciones de pérdida de salud. El enfoque socio-sanitario implica una visión global y comunitaria del individuo que reconoce la imbricación de ambos aspectos en la evolución de la enfermedad, y la necesidad de disponer de diferentes recursos (sanitarios o sociales) para poder realizar la mejor gestión del caso.

La colaboración entre las instituciones que gestionen ambas áreas (Servicios Sociales Municipales, Consejería de Asuntos Sociales para los centros socio-sanitarios públicos y Consejería de Sanidad a través de los centros de salud de AP para los centros socio-sanitarios concertados y privados) se hace imprescindible bajo el concepto del modelo de continuidad y en aras de la eficiencia del sistema. El modelo de continuidad asistencial de la CM, debe favorecer la disponibilidad de conocimiento y alianzas, que involucrando a profesionales y gestores del ámbito sanitario y social, consiga el grado máximo de coordinación de actuaciones.

Entre las acciones a asumir se encuentran:

- Conocer la población vulnerable, institucionalizada o en situación de dependencia de la Comunidad de Madrid /área de referencia, con el fin de valorar aspectos de promoción/prevención/diagnóstico y seguimiento terapéutico, así como aspectos de organización mejorables.
- Conocer la disponibilidad de recursos y herramientas TIC de soporte.
- Participar en los organismos de coordinación: Comisión Técnica de Coordinación Sociosanitaria del Servicio Madrileño de Salud por parte de la CDCA. Participación en organismos locales por parte de las DCA.
- Generación de redes de trabajo específicas y multidisciplinarias
- Establecimiento de canales de comunicación estables interprofesionales.
- Definir espacios de encuentro, sesiones de información y formación conjuntas.
- Registro en Historia Clínica Compartida.
- Valoración y propuesta de nuevos modelos de atención sanitaria en el ámbito residencial.

- Generar alianzas y estrategias de colaboración entre los hospitales de media estancia y el ámbito residencial para clarificar la prestación de cartera de servicios sanitaria y la prestación social, como ofertas diferenciadas y específicas.

Igual que se promueven las alianzas estratégicas con el ámbito social, en el terreno infantil es fundamental la coordinación con el ámbito educativo, orientada a la reintegración del niño, no sólo a su familia, sino también al recurso educativo previo (con los apoyos psicopedagógicos que requiera) o a la disposición del nuevo recurso educativo que precise.

La actual ordenación que rige la administración diferente del área social, educativa y de salud con diferentes instituciones implicadas, hace necesario para lograr la continuidad de la atención, el establecimiento de relaciones fluidas y la convergencia de objetivos de las diferentes instituciones.

## 6. HERRAMIENTAS DISPONIBLES PARA LA CONSECUCCIÓN DE OBJETIVOS

La CM durante los últimos años ha sido especialmente sensible al desarrollo de herramientas que soporten y faciliten la actividad asistencial y transformen el registro de datos en información útil para la toma de decisiones tanto para profesionales como para gestores. El uso de estas herramientas facilita y promueve las acciones en continuidad asistencial, bajo la premisa ya mencionada, de que la disponibilidad de información por los diferentes profesionales que atienden a un paciente, es imprescindible para la garantía de continuidad de atención.

### 6.1.HISTORIA CLÍNICA INFORMATIZADA:

- ⇒ AP\_ Madrid: historia clínica única centralizada de Atención Primaria para toda la CM.
- ⇒ Historia Clínica Hospitalaria: en la actualidad coexisten cinco sistemas de información clínica hospitalarios: HP-HIS, HCIS, SELENE, Florence, IMDH.
- ⇒ Circuito informes externos a AP Madrid: permite la gestión de información directa entre ámbitos asistenciales (hospital y AP) con acceso directo por los profesionales de AP desde la historia clínica del paciente.

### 6.2.VISORES:

- ⇒ HORUS: La entrada en vigor del Decreto de Libre lección 2010 favoreció la creación y desarrollo de un visor de historia clínica compartido para toda la CM. Este visor

hace accesible la información digitalizada de los pacientes desde cualquier punto de la red sanitaria (historia AP Madrid incluido registro de tratamiento, informes hospitalarios de consultas externas, urgencias y al alta de hospitalización, así como informes de pruebas diagnosticas –laboratorio, radiología y anatomía patológica). El visor también es accesible para los centros socio sanitarios de ámbito público de la CM.

- ⇒ Botones integradores inter-sistemas entre AP\_Madrid y sistemas de información hospitalarias: complementan HORUS, permitiendo el acceso a la historia clínica hospitalaria desde Atención Primaria.

### 6.3. CUADROS DE MANDOS:

- ⇒ e\_ SOAP: registra la actividad de AP a partir de la información generada en AP Madrid y también ofrece información para el seguimiento de la gran mayoría de los indicadores del Contrato Programa de AP mediante la información generada en bases de datos como FARMADRID, Dirección Técnica de RRHH de DGAP, Dirección Técnica de Compras de DGAP, CISEM, etc
- ⇒ Cuadro de Mandos del Centro de Atención Personalizada (CM CAP): registra todas las primeras citas generadas en la CM, reflejando los movimientos de Libre Elección para cada hospital y especialidad.
- ⇒ Cuadro de mandos de facturación intercentros (CM FIN): registra la actividad hospitalaria y los movimientos de Libre Elección entre hospitales.
- ⇒ Cuadro de mandos de continuidad asistencial (en construcción\*): registra los principales indicadores de seguimiento en continuidad asistencial.

**6.4. OTRAS HERRAMIENTAS DE EXPLOTACIÓN DE INFORMACIÓN FARM@WEB Y CONSULT@WEB:** ambas herramientas permiten a clínicos y gestores el seguimiento desagregado hasta CIAS de la prescripción farmacológica (AP y AE) y de las patologías atendidas y grado de adecuación de determinados servicios de cartera para AP.

**6.5. CENTRO DE RECURSOS MULTICANAL (CRM):** en fase de diseño permitirá disponer de apoyo por un grupo multidisciplinar de profesionales sanitarios y no sanitarios, al seguimiento de pacientes en determinadas situaciones y bajo protocolo con

información ligada a historia clínica. Elemento también de educación e información a pacientes y cuidadores.

#### 6.6. INTRANET:

- ⇒ Espacio de colaboración de continuidad asistencial: espacio compartido por todas las Direcciones de Continuidad Asistencial que actúa de repositorio de información y espacio de trabajo común.
- ⇒ Espacio Continuidad Asistencial (en construcción\*): agrupa toda la información de interés para profesionales en el ámbito de la continuidad asistencial.
- ⇒ Espacio de Telemedicina (Área Temática en Salud@)
- ⇒ Nuevo espacio de Explotaciones (Área Temática en Salud@)

#### 6.7. HERRAMIENTAS DE TELE-COLABORACIÓN:

- ⇒ Spontania: herramienta de video colaboración para tele-consultas, tele-sesiones y tele-formación.
- ⇒ Espacios propios Intranet con posibilidad de creación de foros profesionales.
- ⇒ Red profesional de profesionales: Medting

### 7. INDICADORES

La definición de indicadores de proceso, resultados y satisfacción en continuidad asistencial es imprescindible para monitorizar la evolución y funcionamiento adecuado del modelo, para medir el impacto del mismo en la prestación de asistencia y la satisfacción de profesionales y pacientes.

Actualmente se dispone de los siguientes elementos de evaluación:

- ⇒ Encuesta de satisfacción de la Consejería de Sanidad, que ofrece información sobre la calidad percibida por los pacientes en relación a la Continuidad Asistencial de forma global.
- ⇒ Objetivos de Continuidad Asistencial incluidos en el Contrato Programa de hospitales. (Anexo 3)
- ⇒ Datos de actividad cualitativa y cuantitativa, reflejados en la Memoria anual de las DCA.

La definición de indicadores para la medición de la continuidad asistencial como concepto único no se encuentra formalmente establecida, existiendo algunas propuestas recientes

por diferentes autores que exploran determinadas posibilidades. Todas incorporan el aspecto de la medición de la calidad percibida a través de encuestas de satisfacción.

Propuesta de medición de indicadores en CA para la CM:

- ⇒ Indicadores de proceso: desarrollo y consolidación del modelo (Anexo 5)
- ⇒ Indicadores específicos de actividad/resultado para cada una de las líneas estratégicas. (Anexo 6)  
Los indicadores de resultado en continuidad, deben comprender el pacto de indicadores conjuntos de cumplimiento entre Atención Primaria y Atención Especializada, especialmente en el uso racional de fármacos y resultados en salud.
- ⇒ Indicadores de satisfacción/Calidad Percibida: Inclusión de preguntas del cuestionario validado CCAENA en la encuesta de satisfacción anual del Servicio Madrileño de Salud.
- ⇒ Dentro de la valoración de la satisfacción es necesario analizar la percepción de los profesionales en CA. Esta valoración se realiza a través de un proyecto de investigación cualitativa mediante grupos focales. (Anexo 7)

## 8. BENEFICIOS DEL MODELO: RESULTADOS

El marco de gestión en continuidad asistencial que se presenta en este documento, parte de la experiencia y resultados de cuatro años de actividad basado en el modelo de Direcciones de Continuidad Asistencial que permite evaluar aquellas acciones que si merecen su extensión, y explorar líneas de trabajo productivas a medio plazo.

La observación de este periodo permite valorar la evolución desde actividades disgregadas (en coordinación entre ámbitos antes de la implantación del modelo), hasta una serie de acciones desplegadas bajo líneas estratégicas que van más allá de la coordinación, buscando la continuidad asistencial. Este primer periodo de actividad se ha focalizado en la generación de estructuras estables de trabajo y resultados intermedios de proceso. El avance del modelo implica la medición y aplicación a resultados en salud.

La actividad realizada se ha registrado de forma anual en formato de memorias por cada DCA junto con su DA. El análisis de esta información, permite valorar la evolución de actividad por área de interés:

- ⇒ Órganos de coordinación
- ⇒ Actividad y asistencia
- ⇒ Formación
- ⇒ Investigación
- ⇒ Proyectos de innovación

El despliegue del modelo ha atendido a aspectos demandados desde AP o AE que influyen directamente en la adecuada atención del paciente y sin solución previa como:

- ⇒ Gestión de la primera receta
- ⇒ Disminución de la prescripción inducida
- ⇒ Entrega de medicación en urgencias
- ⇒ Acceso al catálogo de pruebas diagnósticas 2006 con el fin de aumentar la capacidad
  - de resolución desde AP
- ⇒ Adecuación de la gestión de citas sucesivas en el hospital (generadas desde consultas
  - externas o urgencias)....
- ⇒ ....

#### **Resultados desde coordinación, participación en líneas estratégicas:**

Desde Coordinación de Direcciones de Continuidad Asistencial, se promueven aquellas actuaciones que deben ser comunes a todos los centros del SERMAS, a través de grupos de trabajo multidisciplinares. Destacan entre otros:

- ⇒ Documento marco de continuidad de cuidados en la CM. Publicado en enero de 2014
- ⇒ Administración de fármacos parenterales en CS. En curso
- ⇒ Protocolos de petición de pruebas diagnósticas del catálogo 2006 de acceso a pruebas diagnósticas desde AP con nivel B de recomendación. En fase de pilotaje para despliegue.
- ⇒ Largo superviviente oncológico. En curso, junto a la Oficina regional de coordinación oncológica.
- ⇒ Desarrollo de los procesos asistenciales integrados en el marco de la Estrategia para atención de los pacientes crónicos de la CM. En curso
- ⇒ Desarrollo de citación radiológica en AP a través del módulo de cita centralizado. En curso
- ⇒ ...

Participación en grupos de trabajo multidisciplinares impulsados desde otras Direcciones/Ámbitos como elemento transversal en la generación y compartición de conocimiento. Destacan entre otros:

- ⇒ Programa Cribado del cáncer de Colon y recto. Noviembre 2014
- ⇒ Documento marco de relación Urgencias –Residencias-Centros de Salud. En curso
- ⇒ Documento marco de relación de Urgencias - Atención Primaria. En curso
- ⇒ Línea de ejecución 7-3 de la estrategia de atención a pacientes crónicos de la Comunidad de Madrid: Desarrollo de elementos para potenciar la coordinación socio sanitaria. En curso
- ⇒ Línea de ejecución 2 de la estrategia de atención a pacientes crónicos de la Comunidad de Madrid: Desarrollo de roles profesionales de la estrategia. En curso
- ⇒ Actualización de indicaciones de pruebas ecográficas en Atención Primaria. Octubre 2014
- ⇒ Revisión del Procedimiento Normalizado de Trabajo de la Gestión del suministro de productos sanitarios de prescripción o provisión hospitalaria. En curso
- ⇒ Revisión y tipificación de informes clínicos para su clasificación y posterior localización en el visor HORUS. Historia clínica digital. En curso
- ⇒ Seguimiento del Plan de EPOC 2013-2017.
- ⇒ ...

#### **Auditorias:**

Durante el año 2014 se ha realizado la auditoría externa por la Subdirección General de Evaluación y Control de la Dirección General de Ordenación e Inspección, dentro del programa de auditorías de la Subdirección de Supervisión y Control de la Dirección General de Atención Especializada, de la actividad en continuidad 2013 de nueve hospitales que ha permitido monitorizar y evaluar la actividad, proponiendo las acciones de mejora pertinentes en caso de ser necesarias.

Se prevé la inclusión de otros seis centros para la evaluación del año 2014 y de forma progresiva todos los centros como estrategia de revisión y mejora.

## 9. ESTRATEGIA DE DIFUSIÓN Y COMUNICACIÓN:

En un marco sanitario extenso y de alta complejidad como el de la CM, es imprescindible que el modelo sea conocido y compartido por todos los profesionales que participan en él. Esta difusión debe hacerse extensiva también a otras CCAA buscando las mejores prácticas comunes que hagan evolucionar el modelo, alineadas con las estrategias europeas de atención integrada. El documento marco de continuidad asistencial, está accesible en la Intranet para consulta de todos los profesionales.

### 9.1.ABORDAJE INSTITUCIONAL:

La Coordinación de Direcciones de Continuidad Asistencial y las Direcciones de Continuidad Asistencial dependen funcionalmente de la Viceconsejería de Asistencia Sanitaria, que liderará la difusión del documento con el apoyo de la Coordinación de Direcciones de Continuidad Asistencial a Direcciones Gerencias de Hospitales, equipos directivos hospitalarios, Direcciones Asistenciales de Atención Primaria, Jefes de Servicio y Directores de Centros de Salud.

Se considera estratégica también, la difusión a los referentes de los Planes Estratégicos de las Especialidades al considerarse en la mayoría, un apartado de su interacción con Atención Primaria con invitación a las Sociedades Científicas que han participado en la elaboración de los planes.

### 9.2.ABORDAJE PROFESIONAL:

El documento marco junto a una presentación normalizada está disponible para uso de los profesionales de todos los ámbitos de influencia del modelo. Se considera de interés una presentación abierta a los profesionales tanto de AP como de AE.

Cada DCA junto con la DA de AP, será el responsable de la difusión cercana y accesible a los profesionales, modulando la intervención en función del ámbito.

### 9.3.ABORDAJE PARA PACIENTES:

Con el liderazgo de la Dirección General de Atención al Paciente es de máximo interés la presentación a las Asociaciones de Pacientes y a grupos locales de influencia en el ámbito civil.

## 10. BIBLIOGRAFÍA:

1. Aller MB, Vargas I, Waibel S, Coderch J, Sánchez-Pérez I, Colomé L, Llopart JR, Ferran M, Vázquez ML. A comprehensive analysis of patients perceptions of continuity of care and their associated factors. *Int J Quality Health Care* 2013;DOI: 10.1093/intqhc/mzt010.
2. Aller MB, Vázquez ML, Vargas H, Coderch J, Calero S, Llopart JR, Colomé L, Farré J, Cots F, Vargas I. Indicadores de coordinación asistencial entre niveles de atención. Documento de trabajo. Versión noviembre 2012. Barcelona. Consorci de Salut i Social de Catalunya; 2012. Disponible en: <http://www.consorci.org/publicacions/catalog-de-publicacions/instruments>
3. Manuel Ollero Baturone et al. Atención a pacientes pluripatológicos: proceso asistencial integrado 2ª ed. Consejería de Salud, [2007].
4. Baker R, Freeman GK, Boulton M, Windridge K, Tarrant C, Low J., et al. Continuity of care: patients' and carers' views and choices in their use of primary care services. Report for the national Co-ordinating center for NHS Service Delivery and Organisation R & D (NCCSDO). 2006.
5. Belling R, Whittock M, McLaren S, Burns T, Catty J, Jones RI. Achieving continuity of care: facilitators and barriers in community mental health teams. *Implementation Science*. 2011;6(23):1–7. [cited 2012 20 Oct]. Available from: <http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1748-5908-6-23.pdf>. [PMC free article] [PubMed] Reid R, Haggerty J, McKendry R. Defusing the confusion: concepts and measures of continuity of healthcare. Ottawa: Canadian Health Services Research Foundation; 2002.
6. Freeman GK, Woloshynowych M, Baker R, Boulton M, Guthrie B, Car J, et al. Continuity of care 2006: what have we learned since 2002 and what are policy imperatives now? Report for the national Co-ordinating center for NHS Service Delivery and Organisation R & D (NCCSDO). 2007.
7. Guilliford M., Naithani S, and Morgan M. Continuity of care in type 2 diabetes: patients', professionals' and carers' experiences and health outcomes. Report for the national Co-ordinating center for NHS Service Delivery and Organisation R & D (NCCSDO). 2007.

8. Haggerty J, Reid R, Freeman GK, Starfield BH, Adair CE, McKendry R. Continuity of care: a multidisciplinary review. *British Medical Journal*. 2002; 327(7425):1219-21.
9. Haggerty JL, Pineault R, Beaulieu MD, Brunelle Y, Gauthier J, Goulet F et al. Practice features associated with patient-reported accessibility, continuity, and coordination of primary health care. *Ann Fam Med*. 2008; 6(2):116-23.
10. Haggerty JL, Roberge D, Freeman G, Beaulieu C, Bréton M. Validation of a generic measure of continuity of care: when patients encounter several clinicians. *Ann Fam Med* 2012; 10:435-442.
11. Haynes RB. Evolución del modelo 4S. ACP Journal Club 2001. *BMJ*. Best Practice <http://bestpractice.bmj.com/best-practice/welcome.html>
12. Aller Hernández M, Vargas Lorenzo, Sánchez Pérez I, Henao Martínez D, Coderch de Lassaletta J, Ramon Llopart López J, Ferran Mercadé M, Colomé Figuera, L, Vázquez Navarrete, ML. La continuidad asistencial entre niveles percibida por usuarios del sistema de salud en Cataluña. *Rev Esp Salud Pública* 2010; 84: 371-387.
13. Letelier MJ, Aller MB, Henao D, Sánchez-Pérez I, Vargas I, Coderch J, Llopart JR, Ferran M, Colomé L, Vázquez ML. Diseño y validación de un cuestionario para medir la continuidad asistencial entre niveles desde la perspectiva del usuario: CCAENA. *Gac Sanit* 2010; 24(4):339-46.
14. Libro blanco de la coordinación sociosanitaria en España. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Diciembre 2011.
15. Pasarin MI, Berra S, Rajmil L, Solans M, Borrell C, Starfield B. [An instrument to evaluate primary health care from the population perspective]. *Aten Primaria*. 2007; 39(8):395-401.
16. Reid R, Haggerty J, McKendry R. Defusing the confusion: concepts and measures of continuity of healthcare. Ottawa: Canadian Health Services Research Foundation; 2002.
17. Raivio, Risto, Jääskeläinen, Jhuani, Holmberg-Marttila, Doris, J Mattila, Kari. Decreasing trends in patient satisfaction, accessibility and continuity of care in Finnish primary health care – a 14-year follow-up questionnaire study. *BMC Family Practice* 2014, 15:98

18. Saultz JW. Defining and measuring interpersonal continuity of care. *Ann Fam Med.* 2003; 1(3):134-43.
19. Van Houdt Walter s, Kris Vanhaecht S, De Lepeleire J. Focus groups to explore healthcare professionals' experiences of care coordination: towards a theoretical framework for the study of care coordination. *BMC Family Practice* 2014, 15:177 doi:10.1186/s12875-014-0177-6.
20. Sturmberg JP. Continuity of care: towards a definition based on experiences of practising GPs. *Family Practice.* 2007; 17:16-20.
21. Terraza R. Coordinación y Continuidad: Un Marco para el Análisis. Tesina del Master de Salud Pública. Universidad Pompeu Fabra. Tesis de doctorado. Barcelona: 2004.
22. Terraza R, Vargas I, Vazquez ML. La coordinación entre niveles asistenciales: una sistematización de sus instrumentos y medidas. *Gac Sanit.* 2006; 20(6):485-95.
23. Toro-Polanco N, Sauto-Arce R, Nuño-Solinis R, Berraondo-Zabalegui I, Pérez-Irazusta I. Integrated care as a priority of the Basque Strategy for Chronic Diseases: the Bidasoa Integrated Healthcare Organisation. *Int J Integr Care.* 2011 Jul-Sep; 11(Suppl): 120.
24. Uijen AA, Schers HJ, Schellevis FG, Mokkink HGA, van Weel C, van den Bosch WJHM. Measuring continuity of care: psychometric properties of the Nijmegen Continuity Questionnaire. *Br J Gen Pract* 2012;DOI:10.3399/bjgp12X652364
25. Vargas Lorenzo, Ingrid y Vazquez Navarrete, M. Luisa. Barreras y facilitadores de la coordinación asistencial en dos organizaciones sanitarias integradas en Cataluña. *Gac Sanit* [online]. 2007, vol.21, n.2 [citado 2014-04-22], pp. 114-123. Disponible en:<[http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S021391112007000200005&lng=es&nrm=iso](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S021391112007000200005&lng=es&nrm=iso)>. ISSN 0213-9111.
26. Consejería de Sanidad. Estrategia de atención a pacientes con enfermedades crónicas en la Comunidad de Madrid. Diciembre 2013.

## 11. NORMATIVA:

1. Decreto 52/2010 de 29 de julio por el que se establecen las estructuras básicas sanitarias y directivas de Atención Primaria en el área única de salud de la Comunidad de Madrid.
2. Decreto 51/2010 de 29 de julio por el que se regula el ejercicio de la libertad de elección de médico de familia, pediatra, y enfermero en AP y de hospital y médico en AE en el Sistema Público Sanitario de la Comunidad de Madrid.
3. Ley General De Sanidad, Ley 14/1986 de 25 de abril. Boletín Oficial del Estado, nº 101, (29-04-1986).
4. Ley De Cohesión Y Calidad del Sistema Nacional de Salud. Ley 16/2003 de 28 de mayo. Boletín Oficial del Estado nº 128 (19-05-2003)
5. Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias.
6. Ley 12/2001, de 21 de diciembre, de Ordenación Sanitaria de la Comunidad de Madrid.
7. Ley 6/2009, de 16 de noviembre, de Libertad de Elección en la Sanidad de la Comunidad de Madrid.
8. Real Decreto 1093/2010, de 3 de septiembre por el que se aprueba el conjunto de datos de los informes clínicos en el Sistema Nacional de Salud. RD. 1093/2010/2006 de 16 de septiembre.
9. Resolución del Director General de Gestión Económica y Compras de Productos Sanitarios y Farmacéuticos por la que se dictan las instrucciones para la creación de las comisiones de Coordinación asistencial en farmacoterapia. Resolución 15/2014.
10. Resolución de la Viceconsejería de Asistencia Sanitaria por la que se crea la Comisión Técnica de Coordinación Sociosanitaria del Servicio Madrileño de Salud y se establece su composición, funciones y régimen de funcionamiento. Resolución 36/2014.

11. ORDEN de 13 de octubre de 2010, del Consejero de Economía y Hacienda, por la que se modifica la Orden de 9 de julio de 2010, por la que se eleva a definitiva la Orden de 11 de junio de 2010, por la que se dictan, con carácter provisional, las Instrucciones para la Gestión de las Nóminas del Personal de la Comunidad de Madrid a partir del 1 de junio de 2010, en los términos establecidos en el Real Decreto-Ley 8/2010, de 20 de mayo, por el que se adoptan medidas extraordinarias para la reducción del déficit público.
  
12. Real Decreto 69/2015, de 6 de febrero, por el que se regula el Registro de Actividad de Atención Sanitaria Especializada

## 12. GRUPO DE TRABAJO:

**Coordinación:** Marta Sánchez-Celaya del Pozo. Coordinadora de Direcciones de Continuidad Asistencial.

### **Autores:**

Alonso Salazar. María Teresa. Hospital Universitario Fundación Alcorcón. Directora de Continuidad Asistencial.

Álvarez Bartolomé, M<sup>a</sup> Mercedes. Hospital del Henares. Directora Médico y Directora Continuidad Asistencial.

Amengual Pliego.Miguel. Hospital Universitario la Paz. Director de Continuidad Asistencial.

Buezas Diaz-Merino, Victoria. Hospital Gómez Ulla. Directora de Continuidad Asistencial.

Casas Requejo. Jorge. Hospital Puerta de Hierro. Director de Continuidad Asistencial.

Castaño Pascual, Ángel. Hospital Universitario de Fuenlabrada. Director de Continuidad Asistencial y Director de Calidad.

Cucarella Galiana, Marcelino. Hospital Niño Jesús. Director Médico.

De Castro Sánchez. Jesús. Hospital de Torrejón. Director de Continuidad Asistencial y Director Médico.

Dodero De Solano. Javier. Hospital Fundación Jiménez Díaz. Director de Continuidad Asistencial.

Espinosa Urbina. Julio. Hospital Gómez Ulla. Director Médico.

Fernández Tabera, Jesús. Hospital General de Villalba. Director de Continuidad Asistencial.

García Álvarez. Gabriela. Hospital Universitario Doce de Octubre. Directora de Continuidad Asistencial.

García Pondal. Julio. Hospital Universitario de Getafe. Director de Continuidad Asistencial y Subdirector Médico.

Garrote Nieto. Enrique. Hospital del Tajo. Director de Continuidad Asistencial y Director Médico.

Gómez Martín. Oscar. Hospital Infanta Elena. Director de Continuidad Asistencial.

Gómez Mateos, M<sup>a</sup> Ángeles. Hospital del Escorial. Directora de Continuidad Asistencial y Directora Médico.

Gracia Cenamor. Alejandro. Hospital de la Cruz Roja. Director de Continuidad Asistencial.

Granado Lorenzo. Enrique. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Director de Continuidad Asistencial y Subdirector Médico de Servicios Centrales.

Guerra Aguirre, Javier. Hospital Clínico Universitario San Carlos. Subdirector Gerente.

Iloro Mora, María Isabel. Hospital Clínico Universitario San Carlos. Directora de Continuidad Asistencial.

Lillo Pérez. Tomás. Hospital Universitario de Móstoles. Director de Continuidad Asistencial y Subdirector Médico.

Martínez Martínez. Raquel. Hospital Universitario Príncipe de Asturias. Directora de Continuidad Asistencial.

Moreno Raymundo. María Dolores. Hospital del Sureste. Directora de Continuidad Asistencial y Directora Médico.

Muñoz González. Juan José. Hospital Santa Cristina. Director de Continuidad Asistencial.

Palacios Romero. María Luisa. Hospital Universitario Ramón y Cajal. Directora de Continuidad Asistencial.

Pantoja Zarza, Carmen. Hospital Universitario Infanta Leonor. Directora Gerente.

Plaza Nohales, Carmen. Hospital Rey Juan Carlos. Directora de Continuidad Asistencial.

Requena Burgos. María Teresa. Hospital Severo Ochoa. Directora de Continuidad Asistencial y Subdirectora Médico.

Sebastián Palomino. Alberto José. Hospital Universitario de la Princesa. Director de Continuidad Asistencial.

Torres Macho. Juan. Hospital Infanta Cristina. Director de Continuidad Asistencial y Director Médico.

Ubach Badía, Belén. Hospital Universitario Infanta Sofía. Directora de Continuidad Asistencial.

Vicente Herrero. María. Médico de apoyo. Coordinación de Direcciones de Continuidad Asistencial.

#### **Revisores:**

Alejandro Abon Santos. Director Asistencial Médico. Dirección Asistencial Oeste. Gerencia de Atención Primaria

Antonio Álvarez Blanco. Hospital de la Fuenfría. Director Gerente

Carmen Ferrer Arnedo. Hospital de Guadarrama. Directora Gerente

Pilar García Fernández. Directora Asistencial Enfermera. Dirección Asistencial Oeste. Gerencia de Atención Primaria

Piedad López Roldan. Subdirectora de Información y Atención al paciente. Dirección General de Atención al Paciente

Ana Miquel Gómez. Gerente Adjunta de Planificación y Calidad. Gerencia de Atención Primaria

Alberto Pardo Hernández. Subdirector de Calidad. Dirección General de Atención al Paciente

Alfredo Paya Pardo. Dirección General de Sistemas de Información

Marilia Segarra Cañamares. Hospital Puerta de Hierro. Directora de Enfermería

Serapio Severiano Peña. Dirección General de Sistemas de Información

Jesús Vázquez castro. Gerente Adjunto Asistencia Sanitaria. Gerencia de Atención Primaria

## ANEXOS

### ANEXO 1: FUNCIONES DE LOS DCA PARA EL DESARROLLO DE LA CONTINUIDAD ASISTENCIAL.

#### 1. Participación y Comunicación

Facilitar la comunicación entre los profesionales de los diferentes ámbitos asistenciales estableciendo canales de comunicación eficaces y seguros, que permitan la gestión y resolución de los problemas clínicos y administrativos y la gestión del conocimiento.

Crear redes multidisciplinares de médicos de AP y médicos de AE, de administrativos de AP y administrativos de Admisión de los hospitales y de profesionales de enfermería de AP y AE, que trabajando juntos con unos mismos objetivos sean las unidades operativas que constituyan el núcleo de la continuidad asistencial.

Colaborar activamente en los foros de participación del hospital (reuniones de Directores Gerentes y Jefes de Servicio) y de AP (Consejos de Gestión). Participar en las Comisiones de Coordinación Asistencial en Farmacoterapia, Continuidad de Cuidados al alta y liderar, junto con los Directores Asistenciales de AP y los equipos directivos de los hospitales las Comisiones Atención Primaria-Hospital.

Hacerse presente en los servicios hospitalarios y en los centros de salud, haciendo llegar los mensajes a los profesionales de ambos niveles, favoreciendo la presentación y acercamiento de los mismos, planificando objetivos conjuntos a corto y medio plazo, que faciliten una atmósfera de respeto profesional y de unidad respecto a la misión conjunta.

Facilitar la comunicación con los Hospitales de media estancia, como recurso de atención imprescindible en la gestión de determinados casos.

#### 2. Coordinación

Con la Dirección Asistencial (DA) de referencia y con los DCA de los otros hospitales con los que esa DA se relacione, a través de las Comisiones de Continuidad Asistencial, de las que emana la planificación y organización de las actividades necesarias para lograr la continuidad asistencial.

Con los Directores de Centro (DC) de los CS que tengan al hospital de referencia a través de las Comisiones de Sector Asistencial, estableciendo programas de trabajo consensuado que aúnen soluciones para los ciudadanos.

Participando en las comisiones socio sanitaria del ámbito de influencia del hospital, juntamente con la DA correspondiente y los profesionales designados por la Consejería de Asuntos Sociales.

Con las Direcciones Gerencias de los Hospitales de media estancia/cuidados intermedios, como recurso de atención imprescindible en la gestión de casos.

### **3. Accesibilidad**

Participar activamente en la evaluación y seguimiento de la oferta de agendas hospitalarias y de la Libre Elección en AE, garantizando en todo momento la accesibilidad de las agendas a las que tiene acceso Atención Primaria.

Garantizar el acceso a las pruebas incluidas en el Catálogo aprobado de Pruebas accesibles desde AP.

Supervisar a diario la respuesta al circuito de sospecha de malignidad (SM) y a la valoración previa por especialista (VPE), garantizando el cumplimiento de los plazos establecidos.

Proponer la implantación de cualquier otro circuito de derivación que mejore la continuidad asistencial y facilite el acceso de los pacientes al nivel especializado.

Encauzar la solución de los problemas de coordinación que surjan entre los profesionales de AP y AE, conjuntamente con las Direcciones de AP y AE.

### **4. Procedimientos**

Participar en el diseño de los procesos asistenciales compartidos entre AP y AE, a nivel de la CM.

Potenciar y participar en la elaboración, difusión e implantación de procesos y protocolos de atención multidisciplinarios para los problemas asistenciales o patologías más

prevalentes o más prioritarias por su gravedad o potencial repercusión en el sistema y en la vida de los pacientes.

Desarrollar y evaluar junto con la DA de AP, programas de Especialista Consultor entre el hospital y los CS.

Establecer estrategias para favorecer la continuidad de cuidados enfermeros al alta, especialmente en población vulnerable y frágil.

Colaborar en el diseño e implementación de herramientas informáticas que garanticen el acceso entre niveles a la información clínica relevante para la continuidad asistencial.

Potenciar el desarrollo e implantación de proyectos de telemedicina, que faciliten la accesibilidad del paciente a los servicios de AE, evitándole a éste desplazamientos innecesarios (retinografía no midriática, tele dermatología, transferencia de imágenes de ecografía realizada en AP, valoración ECG, etc.)

Estudiar y conocer la población de pacientes crónicos e institucionalizados de las zonas básicas asignadas al hospital en el contrato programa, con el objeto de proponer actuaciones en materia de promoción y prevención (junto con la Subdirección de Prevención y Promoción) así como plantear acciones de mejora en la organización asistencial para el seguimiento diagnóstico y terapéutico en el marco de la estrategia de atención a pacientes con enfermedades crónicas de la CM.

Establecer estrategias, trabajando conjuntamente con la Subdirección de Compras y productos Sanitarios, los Servicio de Farmacia del hospital y de AP, para el cumplimiento de los protocolos de prescripción que sean aprobados por el Consejo Asesor de Farmacia de la CM implicándose en el uso racional del medicamento en el hospital y en la conciliación de medicación como línea estratégica de seguridad.

## 5. Evaluación

Diseñar y realizar, junto con las DA, la evaluación del cumplimiento de los procesos/protocolos conjuntos.

Monitorizar las derivaciones desde AP a los diferentes servicios, analizando las posibles desviaciones y proponer las intervenciones oportunas a las DA (formativas o de cualquier otra índole).

Definir un cuadro de mando integrado junto con los ya disponibles, que contenga indicadores básicos de seguimiento (consumo de interconsultas, laboratorio, pruebas complementarias, prescripción de primera receta...) entre AE y AP, con acceso a todos los profesionales.

## **6. Formación e Investigación**

Planificar sesiones formativas y otras actividades docentes, conjuntamente con los responsables de formación de AP y AE para difundir los protocolos de actuación comunes, facilitando su implantación.

Potenciar trabajos de investigación, con participación de profesionales de los distintos ámbitos.

Liderar, planificar y coordinar anualmente foros de encuentro, que den a conocer y fomenten todas las iniciativas desarrolladas en torno a la Continuidad Asistencial y sirvan de modelo para el desarrollo en otros ámbitos. Se considera prioritario disponer de bancos de experiencias que faciliten el conocimiento y exportación de modelos de trabajo de éxito.

Facilitar el intercambio y la rotación de profesionales entre el Centro de Salud y el hospital tanto en activo como en formación, colaborando en el desarrollo de programas específicos

## **7. Atención al paciente**

Participar, junto con las Unidades de Atención al Paciente de ambos niveles asistenciales, en el análisis y contestación de las quejas, sugerencias y reclamaciones que tengan que ver con la continuidad asistencial, diseñando y estableciendo planes de actuación y tramitación conjunta de éstas, que permita dar al ciudadano una respuesta con unos criterios y formas pactados conjuntamente.

Colaborar con la Dirección General de Atención al Paciente en las iniciativas relacionadas con la continuidad asistencial.

## ANEXO 2: FUNCIONES DE LAS COMISIONES DE COORDINACIÓN ASISTENCIAL EN FARMACOTERAPIA

1. Conocer y analizar los perfiles de prescripción de Atención Primaria y del Hospital, detectar áreas de actuación preferente y planificar intervenciones.
2. Promover la homogeneidad de los criterios de utilización y selección de medicamentos en los diferentes ámbitos sanitarios con el fin de garantizar la necesaria continuidad de los tratamientos y la conciliación de la medicación de los pacientes, centrándose en las siguientes actuaciones:
  - 2.1 Fomentar la realización de sesiones farmacoterapéuticas en los Centros de Atención Primaria y en los diferentes servicios hospitalarios sobre los medicamentos que por su impacto clínico o económico requieren del análisis comparativo de su eficacia, seguridad y eficiencia frente a las alternativas disponibles.
  - 2.2 Consensuar y diseñar estrategias de implantación de recomendaciones o protocolos farmacoterapéuticos sobre patologías que por su impacto sanitario, social o económico o variabilidad en la utilización de fármacos requieran mensajes comunes para ambos niveles asistenciales.
  - 2.3 Establecer actuaciones para la difusión de los documentos de elaboración centralizada para el uso de medicamentos y productos sanitarios de la Comunidad de Madrid.
3. Asesorar sobre las actuaciones a realizar para conseguir los objetivos de la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid en materia de prestación farmacéutica.
4. Promover e impulsar la realización de estudios de utilización de medicamentos que permitan disponer de la información necesaria para adoptar normas que contribuyan a un uso racional de los mismos.
5. En general asesorar, sobre todas las actividades y programas que se hagan relacionadas con el uso racional de los medicamentos y que afecten a ambos niveles asistenciales.

Destaca por su relevancia como línea de trabajo a abordar desde las Comisiones de Coordinación Asistencial en Farmacoterapia, la promoción y desarrollo de las actividades de promoción de “Conciliación” de medicación al ingreso y al alta, como estrategia básica de seguridad del paciente.

**ANEXO 3: CONTRATO PROGRAMA 2014 DCA**

3) INDICADORES DE CONTINUIDAD ASISTENCIAL				
INDICADOR	FÓRMULA	META	ACLARACIONES	CUMPLIMIENTO
Desingación de médico especialista hospitalario de referencia	Número de especialistas hospitalarios designados para las patologías prioritizadas en la estrategia de atención a pacientes con enfermedades crónicas	Un especialista hospitalario de referencia en las especialidades de: medicina interna, neurología, neumología, endocrinología, cardiología, nefrología y reumatología	Se designará un médico especialista hospitalario de referencia para al menos las siguientes patologías: DM, EPOC, Enfermedad Cardiovascular, HTA, Cardiopatía isquémica, Asma, Obesidad e Hipercolesterolemia, IRC y IC.	100% de cumplimiento si un especialista de referencia para las diez patologías. No cumplimiento si menos de seis especialistas de referencia.
Implantación de una enfermera de enlace	Número de enfermeras de enlace en relación al número de altas hospitalarias.	Una enfermedad de enlace por cada 15.000 altas hospitalarias año	Ninguna	100% de cumplimiento. Si una enfermera por cada 15.000 altas.
Realizar o actualizar censo de centros con población institucionalizada en el área de referencia del hospital	Ninguna	Conocer la población institucionalizada en el área de referencia	Se realizará o actualizará el censo de la población institucionalizada en el área de referencia del hospital con indicación de su vinculación público/privada, dotación de recursos humanos.	100% de cumplimiento sin remisión de la información solicitada en el último trimestre del año.
Nº especialidades con especialista consultor	Nº de Especialidades con especialista consultor implantado	? 25% de las especialidades con agendas abiertas a AP con Especialista Consultor	Deberá constar un Procedimiento escrito, consensuado con AP, en el que conste los canales de comunicación y sistema de evaluación	Se considera alcanzado cuando conste registro ? 25% de las especialidades con agendas abiertas a AP con Especialista Consultor
Porcentaje sospecha malignidad (SM) evaluadas	Número de SM remitidas sin cita, que se han evaluado / Número de SM sin cita remitidas *100	100%	Del total de "SM" sólo se consideran para el análisis las "Remitidas al Hospital sin cita"	Se considera alcanzado si la cifra es igual al 100%.
Porcentaje valoración previa especialista evaluadas	Número de VPE remitidas con cita de más de 15 días que se han evaluado / Número de VPE con cita de más de 15 días remitidas	? 90%	Del total de "VPE" sólo se consideran para el análisis las "Remitidas al Hospital con cita en más de 15 días"	Se considera alcanzado si la cifra es igual o superior al 90%.
Revisión y actualización del procedimiento de continuidad de cuidados enfermeros	Si/No	Si	Revisión y actualización del procedimiento de cuidados enfermeros consensuado con AP en el marco del documento "Marco referencial de la Continuidad de Cuidados en el Servicio Madrileño de Salud"	Alcanzado con registro de documento. Fuente: Informe del Centro.
Implantación del informe al alta de enfermería y procedimiento de envío	% de implantación	100%	Deberá constar documento donde se especifique el procedimiento de envío.	Alcanzado si=100% o cumplimiento > 80% con propuesta de Plan de Mejora. Fuente: informe del centro.
Consolidación de la Comisión de Coordinación Asistencial en Farmacoterapia: definición de objetivos 2014 y registro de reuniones	Si/No	Si	Incluirá el registro de un mínimos de tres reuniones anuales y al menos un protocolo común en un área de interés a definir por el grupo.	Alcanzado con registro de reuniones y protocolo del área de interés seleccionada. Fuente: informe del centro.
% DDD ARA II+Aliskiren/SRA	(Nº DDDs ARA II + Aliskiren)/(Nº DDDs SRA)	% esfuerzo en función del dato del 2013	Dato de primaria y AE. De acuerdo al Documento de Criterios para establecer el lugar en la Terapéutica de los ARA II publicado por el SERMAS en 2010 (actualización 2014).	Cada indicador se puntúa en función del valor alcanzado (las puntuaciones son excluyentes): 100% de la puntuación si se cumple el objetivo; 50% de la puntuación si p25-p50; 10% si p<50 y ha mejorado al menos un 3% respecto al año anterior.
% Anticoagulantes Nuevos Anticoagulantes Orales (NACO) /Total ACO	Nº Pacientes con NACO / Total Pacientes con ACO	<10%	Dato de primaria y de AE. Este indicador se mide también en atención primaria pero su definición es diferente, de manera que se adapta a cada nivel asistencial.	Cada indicador se puntúa en función del valor alcanzado (las puntuaciones son excluyentes): 100% de la puntuación si se cumple el objetivo; 50% de la puntuación si p75; 25% de la puntuación si p25-p50; 10% si p<50 y ha mejorado al menos un 3% respecto al año anterior.
% Omeprazol/Total IBP	(Nº DDDs Omeprazol / Nº DDDs Total IBPs)	% esfuerzo en función del dato del 2013	Indicador que se mide de la misma manera tanto en atención especializada como en atención primaria.	Cada indicador se puntúa en función del valor alcanzado (las puntuaciones son excluyentes): 100% de la puntuación si se cumple el objetivo; 50% de la puntuación si p75; 25% de la puntuación si p25-p50; 10% si p<50 y ha mejorado al menos un 3% respecto al año anterior.
Plan de mejora de la entrega y registro de medicación al alta en la Urgencia, según normas establecidas	Si/No	Si	Se establecerá como línea de trabajo dentro del grupo de Coordinación Asistencial en Farmacoterapia con el fin de analizar y mejorar el proceso de entrega de medicación en la urgencia.	Alcanzado con registro de documento y auditoría interna de muestreo de casos. Fuente: Informe del Centro

#### ANEXO 4: OBJETIVOS DEL DOCUMENTO: “MARCO REFERENCIAL DE LA CONTINUIDAD DE CUIDADOS EN EL SERVICIO MADRILEÑO DE SALUD”.

##### **Objetivo General:**

Garantizar la continuidad de los cuidados enfermeros entre ámbitos asistenciales.

##### **Objetivos Específicos:**

- ⇒ Garantizar la continuidad de los cuidados entre ámbitos asistenciales en los pacientes frágiles y/o vulnerables de la Comunidad de Madrid
- ⇒ Aumentar la seguridad y confianza de pacientes y profesionales
- ⇒ Mejorar la calidad de atención del paciente/cuidador/familia
- ⇒ Asegurar la comunicación bidireccional entre los profesionales de los diferentes ámbitos
- ⇒ Mejorar el conocimiento mutuo del trabajo y la colaboración activa de los profesionales de los diferentes entornos. Potenciar la coordinación con otros ámbitos asistenciales como elemento de garantía de la continuidad asistencial
- ⇒ Establecer sistemas de comunicación rápida y efectiva entre profesionales para mejorar la continuidad asistencial
- ⇒ Garantizar el registro y transmisión adecuada de información relativa a los cuidados, mediante el uso de sistemas de lenguaje estandarizados para la identificación de problemas, intervenciones y resultados entre Atención Primaria y Atención Especializada
- ⇒ Normalizar los circuitos de comunicación y las estructura de las recomendaciones la práctica clínica disminuyendo la variabilidad en la praxis, independientemente del ámbito asistencial que intervenga
- ⇒ Disminuir complicaciones e ingresos hospitalarios por problemas de cuidados

## ANEXO 5: INDICADORES DE PROCESO: DESARROLLO Y CONSOLIDACIÓN DEL MODELO

- ⇒ Constitución de los órganos de participación estructurados por hospital y área de referencia.
- ⇒ % de implantación de los procesos asistenciales integrados entre AP-AE definidos por la Viceconsejería de Asistencia sanitaria en sus grupos y áreas de trabajo.
- ⇒ % Implantación de figuras de referencia inter ámbitos por hospital/ área de referencia de AP.
- ⇒ % de hospitales y centros de salud que realizan acciones de revisión y mejora de las transiciones asistenciales en función del gold estándar.
- ⇒ % de hospitales y centros de salud del área de referencia con despliegue de las líneas de acción contempladas en el documento marco de continuidad de cuidados.
- ⇒ % de hospitales junto con su área de referencia de AP que establece estrategias de coordinación e intervención específicas con el área social.

## ANEXO 6: INDICADORES DE ACTIVIDAD Y RESULTADO. PROPUESTA DE INDICADORES FASE I\*

*\*La propuesta de indicadores, supone una primera fase de abordaje sometida a la evolución y desarrollo de cada una de las líneas de actuación.*

### Normalización de figuras de referencia inter ámbitos: perfil de especialista consultor

- ⇒ Nº hospitales que implantan figuras de especialista consultor cumpliendo el porcentaje pactado en Contrato Programa
- ⇒ Nº de consultores de un servicio determinado/ Nº de servicios
- ⇒ Nº de CIAS y Centros de Salud que utilizan la herramienta de e\_consulta por DA
- ⇒ Criterios de calidad de la información remitida: información adecuada (consta motivo de consulta, pruebas complementarias, pregunta explícita de consulta)
- ⇒ Nº de consultas presenciales originadas / total interconsultas por especialidad y hospital

*Los indicadores quedan ligados al despliegue del proyecto de e\_consulta y al desarrollo del rol “especialista consultor” en el ámbito de la Estrategia de atención a pacientes con enfermedades crónicas de la Comunidad de Madrid.*

### **Normalización y accesibilidad de la información asistencial**

- ⇒ Porcentaje de informes adecuadamente mapeados en HORUS en relación a la continuidad asistencial (altas-ingreso/urgencias-, consultas, continuidad de cuidados) y que son accesibles por el visor
- ⇒ Porcentaje de hospitales con existencia de un plan de acciones para la mejora del registro de información clínica
- ⇒ Porcentaje de hospitales que cumplen normativa CMDIC
- ⇒ Porcentaje de hospitales que envían desde el HIS informes tipo contemplados (alta y continuidad de cuidados) a AP Madrid
- ⇒ Porcentaje de pacientes con Interconsulta derivados desde AP a AE no urgente en los que el formulario de derivación está correctamente cumplimentado: Identificación de paciente, antecedentes mórbidos relevantes, tratamiento médico actual, motivo de la derivación, Información del médico que deriva.

### **Adecuada gestión de las transiciones asistenciales**

- ⇒ Existencia de estudio de ratios de agenda por especialidad en función de demanda, y acorde al “gold estándar” de la CM
- ⇒ Porcentaje de hospitales que publican número de agendas/huecos por periodo
- ⇒ Tasas de derivación por población atendida desde AP y por periodo
- ⇒ Tiempos de demora en consulta para la atención en AP y AE
- ⇒ Porcentaje de altas comunicadas a AP desde AE que tienen una consulta con AP en periodo determinado en función de la patología\*.

- ⇒ Porcentaje de pacientes con reagudización de la IC o EPOC que han sido correctamente derivados a urgencias desde la AP\*\*

*\*Se priorizan las patologías incluidas en la Estrategia de atención a pacientes con enfermedades crónicas de la Comunidad de Madrid.*

*\*\*Precisa de grupo de consenso para la definición de criterios de adecuación. Vinculado al desarrollo de los PAIs de ambos procesos.*

### Continuidad de cuidados de enfermería

- ⇒ Porcentaje de hospitales que envía informe de continuidad de cuidados a AP
- ⇒ Porcentaje de hospitales con el rol de enfermería de enlace\* implantado
- ⇒ Existencia de plan de actuación conjunto AP-AE en continuidad de cuidados
- ⇒ Porcentaje de altas conseguido telefónico al alta de las susceptibles por programa.

*\* Este indicador queda ligado al desarrollo del rol “enfermera de enlace” en el ámbito de la Estrategia de atención a pacientes con enfermedades crónicas de la Comunidad de Madrid.*

### Desarrollo de rutas y procesos asistenciales integrados (PAI)

*Los indicadores de esta línea quedan vinculados al despliegue estratégico de PAI de la CM*

*La medición de indicadores en los procesos asistenciales incluirá resultados intermedios y resultados en salud en determinados escenarios de cumplimiento conjunto entre AP y AE que reflejaran la adecuada coordinación, ej: porcentaje de reingresos urgente por EPOC o IC y hospitalizaciones evitables en ambas patologías.*

### Adecuada gestión de petición de pruebas diagnósticas

- ⇒ Porcentaje de consultas de AE (cardiología, medicina interna, neumología) no urgentes ni preferentes de pacientes diagnosticados de IC y EPOC en que se solicitan pruebas duplicadas que han sido realizadas en AP en los últimos seis meses (Rx de tórax, analítica, ECG, espirometría)

⇒ Porcentaje de implantación de protocolos de petición de pruebas diagnósticas

## ANEXO 7: PROYECTO DE ESTUDIO DE LAS OPINIONES Y EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES SOBRE LA CONTINUIDAD ASISTENCIAL

### INTRODUCCION

El diseño organizativo del Sistema Nacional de Salud se estructuró inicialmente sobre la existencia de dos niveles asistenciales: la atención primaria, la atención especializada. Posteriormente, la ley 16/2003 incorpora como tercer nivel un elemento que cada vez toma más importancia: la atención sociosanitaria. Estas estructuras, que habitualmente responden a necesidades asistenciales diferentes, desde el punto de vista del paciente, corresponden a fases de un mismo continuo asistencial. Mientras que cada nivel ha progresado paulatinamente en su efectividad, la interfase entre ellos ha ido cristalizando y haciéndose menos permeable, siendo cada vez mas inaceptables las consecuencias de esta discontinuidad. Son variadas las iniciativas desarrolladas para evitar las consecuencias de la compartimentación asistencial y en la Comunidad de Madrid se apuesta por crear e impulsar la figura de la Dirección de Continuidad Asistencial.

La apuesta por hacer transparentes los resultados de las iniciativas en salud ha motivado que se esté trabajando, también respecto a la continuidad asistencial, en la articulación de un conjunto de indicadores que permitan conocer el rendimiento de la organización, su punto de partida y el resultado de los esfuerzos desplegados. Junto a indicadores objetivos de proceso y resultado, se ha considerado necesario incorporar otros correspondientes a las percepciones y expectativas de pacientes y profesionales.

En la literatura existen al menos tres cuestionarios genéricos diseñados para explorar las percepciones de los pacientes y con validación psicométrica: el elaborado por Haggerty y cols en Canadá<sup>1</sup>, el de Uijen y cols en Holanda <sup>2</sup> y el cuestionario CCAENA diseñado por Aller y cols en Cataluña<sup>3 4</sup>. En la encuesta de satisfacción que anualmente realiza entre los usuarios de consultas externas, el Servicio Madrileño de Salud incluye una única pregunta relacionada con la percepción de los pacientes sobre continuidad asistencial: ¿En qué

<sup>1</sup> Haggerty JL, Roberge D, Freeman G., Beaulieu C, Bréton M. Validation of a generic measure of continuity of care: when patients encounter several clinicians. *Ann Fam Med* 2012; 10:435-442.

<sup>2</sup> Uijen AA, Schers HJ, Schellevis FG, Mookink HGA, van Weel C, van den Bosch WJHM. Measuring continuity of care: psychometric properties of the Nijmegen Continuity Questionnaire. *Br J Gen Pract* 2012;DOI:10.3399/bjgp12X652364

<sup>3</sup> Letelier MJ, Aller MB, Henao D, Sánchez-Pérez I, Vargas I, Coderch J, Llopart JR, Ferran M, Colomé L, Vázquez ML. Diseño y validación de un cuestionario para medir la continuidad asistencial entre niveles desde la perspectiva del usuario: CCAENA. *Gac Sanit* 2010;24(4):339-46.

<sup>4</sup> Aller MB, Vargas I, Waibel S, Coderch J, Sánchez-Pérez I, Colomé LI, Llopart JR, Ferran M, Vázquez ML. A comprehensive analysis of patients perceptions of continuity of care and their associated factors. *Int J Quality Health Care* 2013;DOI: 10.1093/intqhc/mzt010.

medida está usted satisfecho con la atención coordinada que recibe de su médico de familia/pediatra y el médico especialista?

La disponibilidad de un cuestionario en castellano y validado para nuestra población, permitiría disponer de resultados sólidos y comparables con los de otras comunidades autónomas respecto a las percepciones de los pacientes.

Si la visión finalista de la asistencia es la que proporciona el paciente, es ineludible que los problemas de coordinación suponen una importante fuente de frustración entre los profesionales. Además, ha de tenerse en cuenta que los distintos ámbitos valoran la continuación de manera distinta y pretenden de ella propósitos diferentes<sup>5</sup>.

Conscientes de esta necesidad, se han diseñado algunas encuestas para tratar de evaluar las percepciones de los profesionales sobre la continuidad asistencial. No obstante la utilidad puntual que representan estas iniciativas, parece recomendable disponer de una herramienta validada metodológicamente para poder monitorizar los resultados de las medidas planteadas para mejorar la continuidad asistencial desde la perspectiva de las percepciones de los profesionales.

En el diseño de los cuestionarios se precisa la identificación previa de las dimensiones a considerar y de los ítems que aproximen estas dimensiones y para ello son especialmente idóneas las técnicas de investigación cualitativa. Esta idoneidad se basa en que es una metodología específica para recoger las opiniones y expectativas de las personas y los grupos.

#### *OBJETIVO*

Por todo ello, un grupo de directores de continuidad asistencial de la Comunidad de Madrid ha propuesto como medida inicial la realización de un proyecto de investigación cualitativa para conocer las opiniones y expectativas de los profesionales sobre la continuidad asistencial. Este trabajo pretende, en una segunda fase, aprovechar los resultados del análisis cualitativo para diseñar y validar un futuro cuestionario que permita monitorizar la percepción de los profesionales sobre la continuidad asistencial y completar la perspectiva de los pacientes y usuarios del sistema. El presente documento hace referencia al diseño de la investigación cualitativa.

---

5 Minué Lorenzo S. Continuidad asistencial y coordinación entre niveles. ¿Algo más que lugares comunes?. SEMERGEN. 2005;31(9):401-2

## DISEÑO

Se constituye un grupo de investigación con los siguientes integrantes:

Tomás Lillo Pérez. Director de Continuidad Asistencial. H.U. Móstoles

Carlos López Gómez. Director Asistencial. D.A. Centro

Juan José Muñoz González. Director de Continuidad Asistencial H. U. Santa Cristina

María Soledad Ochandorena Juanena. Directora Asistencial. D.A. Noroeste

Belén Ubach Badía. Directora de Continuidad Asistencial. H. U. Infanta Sofía

En la primera reunión se analiza una primera aproximación bibliográfica al respecto y se definen las siguientes fases de trabajo:

- A) Análisis bibliográfico
- B) Definición de la muestra
- C) Realización del trabajo de campo
- D) Análisis de los documentos
- E) Elaboración del informe

Se comparte por el grupo investigador que la técnica grupal puede ser la más adecuada; sin embargo, no hay una clara preferencia sobre la elección de la técnica entre el grupo de discusión o el grupo focal, por lo que se decide llevar a cabo una aproximación realizando un primer grupo exploratorio mediante la técnica del grupo de discusión.

La muestra estará constituida por profesionales de atención primaria y atención especializada, médicos y enfermeras, con distintos grados de responsabilidad, según el cuadro siguiente:

	A. PRIMARIA	A. ESPECIALIZADA
DIRECTIVO	Director de Centro Responsable de Enfermería	Jefe de Servicio o Sección Enfermera Enlace
NO DIRECTIVO	Médico de Familia Enfermera	Especialista Consultor Facultativo Especialista Enfermera

Se contactará con líderes de opinión para que hagan propuestas sobre los integrantes del grupo y se decidirán los aspectos logísticos de la reunión.

Este grupo de discusión contará con un moderador y dos observadores, de entre los investigadores. Se grabará el audio del contenido de la reunión y se realizará un análisis preliminar del texto tras su transcripción.

En reunión del equipo de investigación se resolverán las opciones metodológicas y logísticas y se decidirán los formatos finales de los tres grupos que estarán formados por entre 6 y 10 personas cada uno:

Profesionales de atención primaria

Profesionales de atención especializada

Profesionales de servicios de apoyo (atención al paciente, admisión, UAU, etc)



La atención a la población dentro del modelo sanitario vigente (prevención y promoción, asistencia en la enfermedad y rehabilitación) requiere que la organización del sistema asegure la continuidad asistencial y de cuidados entre los distintos ámbitos asistenciales: desde un abordaje efectivo en Atención Primaria por el médico de familia, pediatra o enfermera hasta la atención urgente o la asistencia especializada en hospitales, ya sea en hospitales de agudos, como de media estancia, de apoyo , centros monográficos o la intervención de servicios de apoyo en el ámbito social cuando el proceso así lo requiera.

Los decretos del Área única y libre elección de la CM en el 2010, marcan un escenario en el que se hace imprescindible impulsar el establecimiento de una cultura de trabajo conjunto y organizado entre los diferentes ámbitos asistenciales, en la que todos los servicios y categorías profesionales estén implicados, buscando como objetivo final la atención sanitaria bajo una perspectiva integradora y con el paciente como prioridad única en un modelo social que de forma progresiva demanda un modo de atención satisfactorio y con resultados, en el que también se tenga en cuenta la perspectiva del ciudadano y aprovechando la experiencia exitosa de dos modelos existentes en la CM de coordinación interniveles.

La continuidad asistencial se entiende como un elemento esencial, que añade valor a la asistencia sanitaria prestada en la CM y como un elemento de garantía de una asistencia de calidad. De esta forma el Servicio Madrileño de Salud apuesta por el impulso y estructuración de un marco de continuidad asistencial que aplica como una forma de innovación sanitaria, entendida esta como la puesta en marcha de un nuevo modelo organizativo y de trabajo, que mejore la actividad cotidiana y la atención del paciente, diseñado de forma que sea fácilmente asumido por quienes participa en él.