



FORO DE DEBATE

## Gestión clínica 2.0

Nuevas perspectivas para una nueva década

13 de octubre 2009 Escuela Andaluza de Salud Pública. Granada



Escuela Andaluza de Salud Pública  
CONSEJERÍA DE SALUD

## MODELOS DE ORGANIZACIÓN PARA LA ATENCIÓN A PACIENTES CRÓNICOS COMPLEJOS.

*Manuel Ollero Baturone. Internista. Jefe de Sección de Continuidad Asistencial. Unidad Clínica de Atención Médica Integral (UCAMI). Hospitales Universitarios Virgen del Rocío. Sevilla.*

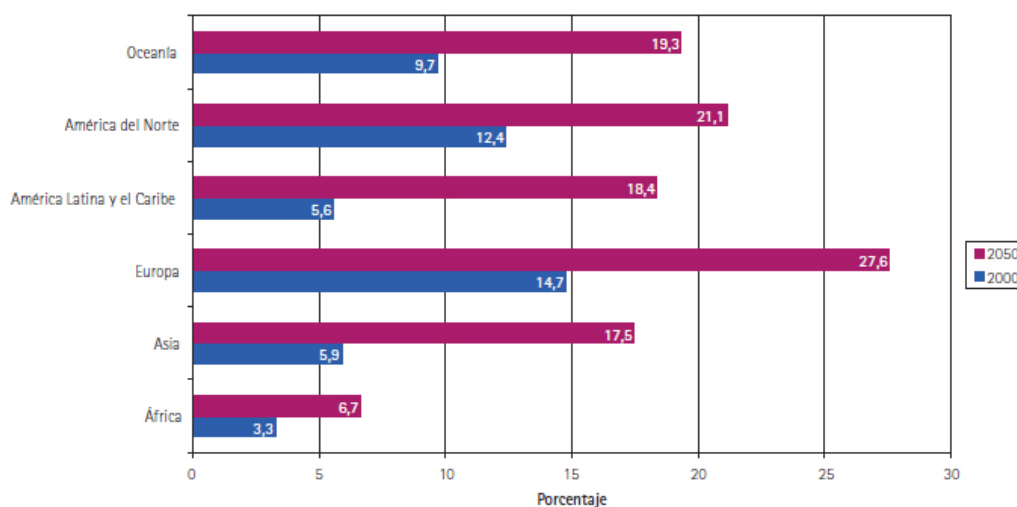
### REALIDADES DEMOGRAFICAS Y ENFERMEDADES CRÓNICAS

Durante los últimos años se están produciendo importantes cambios demográficos a nivel mundial. En la Unión Europea<sup>1</sup> se ha constatado desde 1970 un aumento de la esperanza de vida al nacer de 5,5 años para las mujeres y cerca de 5 años para los hombres. El porcentaje de personas mayores de 65 años en Europa pasará de un 16,1 % en 2000 a un 27,5% en 2050. Mientras, los mayores de 80 años, que representaban un 3,6 % de la población en 2000, alcanzarán un 10 % en 2050. Este fenómeno no es exclusivo de Europa sino que se reproduce en numerosos países (figura 1). La relación de la edad con la utilización de los servicios sanitarios está claramente establecida. Las tasas de frecuentación hospitalaria aumentan de forma notable con la edad multiplicándose por más de 10 la frecuentación de los mayores

de 85 años respecto al grupo de edad entre 15 y 34 años<sup>2</sup>. La mayor demanda de recursos sanitarios por parte de las personas de edad avanzada es razonable ya que representan una parte de la población con mayor limitación funcional y peor salud percibida. El 49% de las personas mayores de 75 años tienen alguna limitación para realizar las actividades de la vida cotidiana y en el 14 % esta limitación es muy importante<sup>3</sup>. Este mal estado de salud viene condicionado en gran medida por el aumento de las enfermedades crónicas en las personas de edad avanzada. Entre 65 y 74 años de edad se constata una media de 2,8 problemas o enfermedades crónicas, alcanzando un promedio de 3,23 enfermedades crónicas las personas mayores de 75 años<sup>4</sup>.

**Figura 1. Población mayor de 65 años por regiones.**

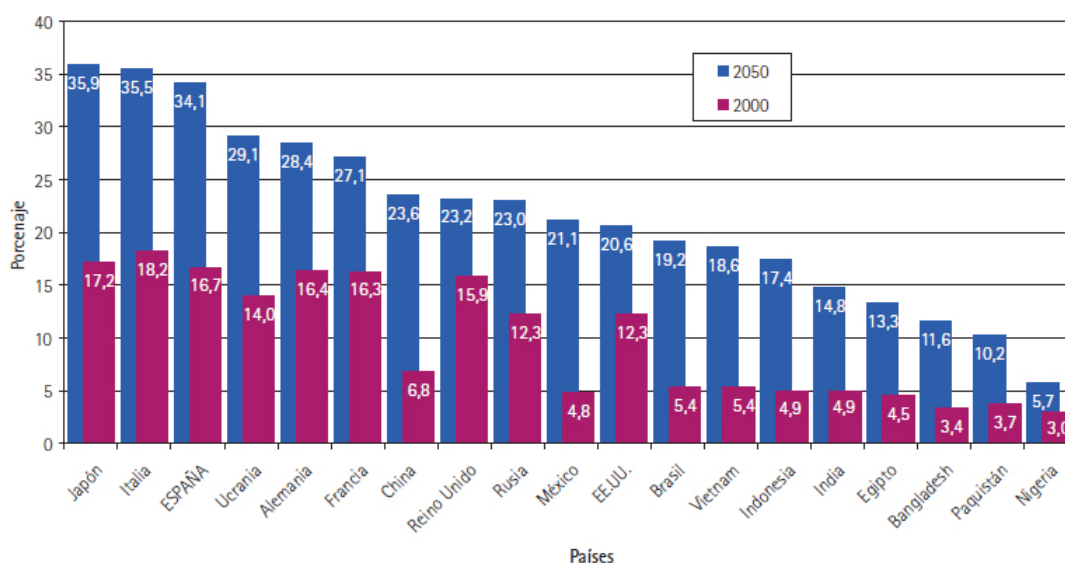
*Porcentaje de población de 65 y más años por regiones, 1900 y 2050*



Fuente: N.U.: *World Population Prospects: The 2004 Revision*. N.U., consulta en julio de 2006.

Figura 2. Distribución de la población mayor de 65 años en países con mayor envejecimiento.

## Países con mayor envejecimiento. Población de 65 y más años, 2000 y 2050



Fuente: N.U.: World Population Prospects: The 2004 Revision. N.U., consulta en julio de 2006.

De esta forma las enfermedades crónicas, fundamentalmente las enfermedades cardiovasculares, la diabetes mellitus, la artrosis, ciertos cánceres, las enfermedades respiratorias y ciertos problemas de salud mental se están convirtiendo en la principal causa de consulta en el sistema de salud. Diferentes trabajos<sup>5</sup> han puesto sobre el tapete que las enfermedades crónicas llegan a motivar el 80 % de las consultas a atención primaria y el 60% de los ingresos hospitalarios, generando hasta el 70% del gasto sanitario. La Organización Mundial de la Salud ha previsto que estas enfermedades crónicas serán la principal causa de discapacidad en 2020, y si este problema no se aborda adecuadamente, consumirán la mayor parte de recursos de los sistemas sanitarios. Se estima que hacia 2030 se doblará la incidencia de enfermedades crónicas en mayores de 65 años. Una de las consecuencias inmediatas de este efecto es el rápido aumento de pacientes con múltiples enfermedades crónicas. En este contexto no es de extrañar que las enfermedades crónicas sean identificadas en la actualidad como un verdadero problema emergente de salud.

## ENFERMEDADES CRÓNICAS COMPLEJAS Y PACIENTES PLURIPATOLÓGICOS.

De entre todos los pacientes con enfermedades crónicas algunas personas son consideradas grandes consumidores de servicios sanitarios. El 10% de pacientes consume 55% de días de hospitalización, y un 5% de pacientes ingresados puede llegar a consumir el 40% de días de hospitalización. Entre este grupo de grandes consumidores de recursos se encuentran los enfermos con múltiples problemas crónicos. El aumento de la esperanza de vida y el auge de las enfermedades crónicas esta trayendo consigo el rápido incremento del número de personas con varias enfermedades crónicas. El 15% de aquéllos que padecen 3 ó más problemas de salud contabiliza el 30% de días de hospitalización. Además los costes en los pacientes con más de una enfermedad crónica se multiplican por 6 respecto a los que sólo presentan una. De esta manera esta surgiendo un nuevo fenómeno que se ha venido a llamar el de la Enfermedades

Crónicas Complejas. El término Enfermedad Crónica Compleja hace referencia a pacientes que viven con dos o más enfermedades crónicas y que requiere la atención de diferentes proveedores en distintos ámbitos asistenciales. Por tanto el concepto de Enfermedad Crónica Compleja es muy similar al concepto que utilizamos en España de Pacientes Pluripatológicos con el que pretendemos identificar a pacientes con una especial fragilidad clínica.

En esta línea una aportación andaluza y por extensión española ha sido la descripción del PAI Atención al Paciente Pluripatológico, en el año 2002<sup>6</sup> por parte de un grupo de trabajo de la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía que consiguió identificar y caracterizar clínicamente a este grupo de pacientes con múltiples enfermedades crónicas y una especial fragilidad clínica. La definición de PP trata de identificar a pacientes con dos o más enfermedades crónicas que no tienen cura, que generan deterioro progresivo y pérdida gradual de la autonomía, y con riesgo de sufrir distintas patologías interrelacionadas, ocasionando todo ello importantes repercusiones sociales y económicas. Para ello se elabora una lista de enfermedades crónicas que se encuentran en una fase sintomática, con síntomas de al menos moderada intensidad y que son agrupadas en categorías clínicas que consideran el órgano dañado y la organización asistencial; para considerar a un paciente como pluripatológico es necesario que presente enfermedades crónicas de dos o más de las categorías definidas. La puesta en marcha del estudio multicéntrico PROFUND (Modelo pronóstico y de predicción funcional desarrollado para PP en España), en el que han incluido 1.632 pacientes de 36 hospitales de toda España, ha permitido poner de manifiesto que estos criterios identifican a una población muy homogénea de pacientes. La edad media de estos pacientes es de  $77.9 \pm 9.8$  años, requiriendo cuidador hasta el 52%, siendo la media de categorías de inclusión de  $2.7 \pm 0.8$ , y la categoría más frecuente las

enfermedades cardiológicas (77.5%). La media de ingresos en el año y 3 meses previos fue  $1.9 \pm 1.2$  y  $1 \pm 0.9$  respectivamente, manifestando una notable carga de complejidad clínica, vulnerabilidad así como de dependencia-discapacidad (puntuación del Barthel basal  $69 \pm 31$ ), y en los resultados preliminares de seguimiento a los 12 meses la mortalidad de la cohorte global se situó en torno al 40% (datos no publicados). Se ha puesto de manifiesto que en atención primaria<sup>7</sup> hasta el 40 % de los pacientes pluripatológicos presentan tres o más enfermedades crónicas, el 94% están polimedicados, el 34% presentan un Barthel menor de 60 y el 37% tienen deterioro cognitivo. La prevalencia de pacientes pluripatológicos en atención primaria se puede estimar en un 1,38 % de la población general lo que representa un 5% en mayores de 65 años de edad. Pese a que en términos absolutos la población de pacientes pluripatológicos no es muy numerosa, en un servicio de Medicina Interna de un hospital universitario terciario<sup>8</sup> se encontró que el 38,9% de los ingresos estaban producidos por pacientes con pluripatología. En comparación con una cohorte de pacientes generales ingresados en esa unidad, los pacientes pluripatológicos tenían mayor edad, mayor mortalidad, mayor limitación funcional basal al ingreso y al alta, mayor porcentaje de deterioro funcional significativo y mayor consumo de recursos en términos de asistencia urgente (3,6 episodios al año) y hospitalizaciones (1,9/año).

## NUEVOS MODELOS DE GESTIÓN DE ENFERMEDADES CRÓNICAS COMPLEJAS.

Las enfermedades crónicas por definición no se curan. La lucha contra las enfermedades crónicas permite intervenir consiguiendo un mejor control preventivo y una mejor gestión de esas enfermedades. El control preventivo obliga a intervenir desde la óptica de la salud

pública atajando los factores de riesgo que propician las enfermedades crónicas. La gestión de las enfermedades crónicas lleva a intervenir sobre los servicios de salud adecuando la organización asistencial a las nuevas necesidades. El patrón de enfermedades está cambiando, pero los sistemas de salud no están cambiando al mismo ritmo. La mayoría de los países han organizado unos sistemas de salud orientados a los problemas agudos, lo que implica una medicina fragmentada, sin continuidad, con poca participación del paciente y con graves problemas de calidad para los pacientes crónicos. La división tradicional entre atención sanitaria y social por una parte y en la atención sanitaria la separación entre el nivel básico o atención primaria, y el nivel especializado que abarca el ámbito hospitalario, trae consigo un grave problema de integración de la práctica clínica que ha sido detectado en todos los modelos sanitarios.

Existe un consenso generalizado sobre la necesidad de reordenar las organizaciones asistenciales. Durante los últimos años han surgido diferentes modelos conceptuales de Gestión de Enfermedades Crónicas (GEC) y de GEC complejas en donde cabría encuadrar a los pacientes pluripatológicos. El referente esencial de estos modelos de innovación es el "Modelo de Atención a enfermedades crónicas" Chonic Care Model (CCM) desarrollado en Estados Unidos por Wagner EH y colaboradores del MacColl Institute for Healthcare Innovation de Seatel. El modelo no es un recetario de soluciones, sino un marco

multidimensional que permite estructurar y analizar la mejora de la atención alrededor de seis áreas claves; la comunidad, el sistema sanitario, el apoyo en autocuidado, el diseño de provisión de servicios, el apoyo en toma de decisiones y los sistemas de información clínica<sup>9-10</sup>. La atención a crónicos discurre en tres planos que se superponen: a) el conjunto de la comunidad, con sus políticas y múltiples recursos públicos y privados; b) el sistema de salud, con sus organizaciones proveedoras y esquemas de aseguramiento y c) el nivel de la práctica clínica.

La OMS adaptó este modelo enfatizando aún más el concepto comunitario proponiendo el programa Innovative Care for Chonic Conditions (ICCC) como marco integral para actualizar la prevención y gestión requerida por las enfermedades crónicas en los entornos de atención de Salud<sup>11-12</sup>. Existen otras experiencias basadas en este modelo como la del gobierno de British Columbia en Canada<sup>13</sup> que pone el acento en el papel activo del paciente en su propia atención. Las evaluaciones preliminares de los modelos de CCM muestran resultados prometedores. Una revisión que analizaba la efectividad de diferentes estrategias destinadas al tratamiento de enfermedades crónicas utilizando el marco conceptual de la CCM concluyó que las intervenciones más complejas con múltiples componentes dirigidos tanto a los pacientes como a los profesionales y a la propia organización eran las más efectivas<sup>14</sup>.

Figura 3. El Modelo de Atención a Enfermedades Crónicas.



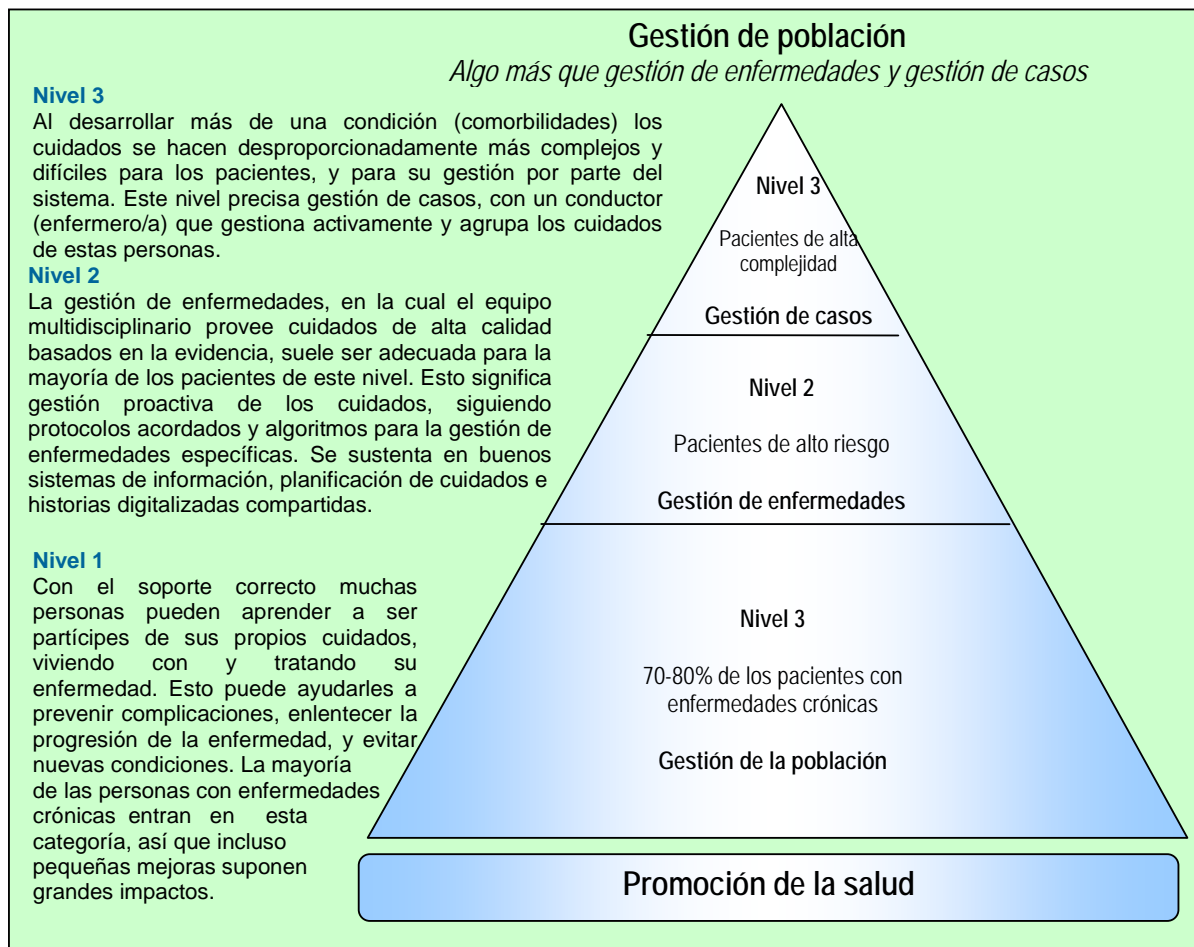
Otro de los modelos de referencia en la GEC en EE.UU. es el modelo de buenas prácticas en gestión Sanitaria de Kaiser Permanente (KP), una Health Maintenance Organization (HMO) norteamericana sin ánimo de lucro. Este modelo se plantea tanto a nivel macro, con su enfoque de salud poblacional, meso, con su abordaje de atención integrada, y micro destacando múltiples herramientas innovadoras vinculadas a la GEC. Una de las aportaciones de Kaiser Permanente es su modelo de la pirámide de riesgo que identifica tres niveles de intervención según el grado de complejidad del caso. El principio básico es que organizar a los pacientes según su riesgo permite adecuar en los programas de intervención la intensidad de cuidados al nivel de complejidad. Este modelo ha trascendido a la organización que lo creó y está influyendo de forma notable en las políticas de salud de numerosos países. Así el NHS del reino Unido basándose en este modelo identifica tres grupos en relación con los grados de complejidad de los pacientes crónicos<sup>15,16</sup>.

En el nivel 1 se situarían el 80% de los pacientes con enfermedades crónicas, en el nivel 2 estarían pacientes de alto riesgo que representan el 15% de los enfermos crónicos y en el nivel 3 se ubicarían los pacientes con condiciones muy complejas que serían entre el 3 y el 5% de los pacientes con enfermedades crónicas y en donde se encontrarían los pacientes pluripatológicos.

En el abordaje del NHS se considera como puntos clave en el tratamiento de las enfermedades crónicas:

- ✓ **Autocuidados y autotratamiento:** Apoyar a los individuos para tomar parte activa en el tratamiento de su enfermedad. Ayudarles a tratar sus condiciones específicas y a prevenir los eventos que producen descompensación, así como reducir el riesgo de adquirir otras enfermedades.

Figura 417: Categorización de pacientes crónicos. Modelo pirámide de riesgo.



- ✓ **Tratamiento de la enfermedad:** Equipos multidisciplinarios que proporcionen asistencia de alta calidad y basada en la evidencia, incluyendo el uso de algoritmos y protocolos.
- ✓ **Gestión de casos:** Los gestores de casos (generalmente enfermeras) se responsabilizan de la demanda trabajando en un sistema de cuidados integrado en el tratamiento activo de los usuarios de alto riesgo.
- ✓ **Gestión del conocimiento:** La capacidad para identificar los grupos de alto riesgo en la población, llevar a cabo valoración de las necesidades, comprender los recursos y los niveles de actividad e identificar las tendencias.

## APORTACIONES DEL PROCESO "ATENCIÓN A PACIENTES PLURIPATOLÓGICOS".

El concepto de paciente pluripatológico pese a surgir en el 2002 entronca perfectamente con el concepto de pirámide de riesgo de los programas de GEC aportando un modelo de estratificación de riesgo basado en criterios de elegibilidad. Igualmente la mayoría de las propuestas de dicho proceso conectan fácilmente con las seis líneas de actuación del modelo de GEC de Wagner EH.

La definición de Paciente Pluripatológico se está consolidando rápidamente en España.

La incorporación de esta definición por parte de Ministerio de Sanidad y Consumo en sus propuestas de intervención sobre pacientes pluripatológicos, la realización de proyectos cooperativos patrocinados por la Sociedad Española de Medicina Interna con la participación de 36 hospitales o la identificación de 74.146 pacientes en los sistemas de información del Sistema Público de Salud de Andalucía a finales de 2007 son una clara muestra de ello.

El concepto de paciente pluripatológico está diseñado con la vocación de permitir una intervención precoz, por lo que el protagonismo en la atención se hace recaer fundamentalmente en la Atención Primaria. No se trata solo de identificar a aquellos paciente reingresadores que presentan síntomas continuos, minusvalía y demanda de atención sanitaria no programable en los diferentes niveles asistenciales. Se trata también de intentar permitir una intervención sobre pacientes activos con alto riesgo de progresión de la fragilidad a la dependencia. En el momento del diseño del proceso se pensaba que la estructuración de las intervenciones sobre el paciente pluripatológico podría modificar el curso natural de la enfermedad mejorando el nivel de salud de estos pacientes. La estructura del proceso como programa de intervención multidimensional, el diferente nivel de implantación en los sitios donde se ha comenzado a trabajar en clave de proceso y el propio desconocimiento de la historia natural de los pacientes pluripatológicos ha hecho muy difícil evaluar si la implantación de este proceso está modificado el curso de la enfermedad en los pacientes pluripatológicos aunque los efectos de un programa de intervención multidimensional si han sido evaluados en pacientes reingresadores de nuestro entorno.<sup>18</sup>. La conclusión del proyecto PROFUND que pretende analizar los indicadores pronósticos en pacientes pluripatológicos, probablemente nos permitirá conocer mejor la historia natural de estos pacientes y facilitará la posibilidad de evaluar

las diferentes intervenciones respecto a sus puntos finales, mortalidad, deterioro funcional e ingresos hospitalarios. En cualquier caso resulta ya patente que la incorporación de este PAI está permitiendo identificar a pacientes de alto riesgo en base a su pluripatología e incorporar las herramientas de valoración integral, clínica, funcional, psicoafectiva y social en los pacientes pluripatológicos.

Siguiendo la sistemática de la gestión por procesos, el PAI Atención a Pacientes Pluripatológicos se puede encuadrar en lo que podríamos denominar como programas de GEC de segunda generación que incorpora la estratificación del riesgo, la gestión en base poblacional, el protagonismo de la atención primaria, la cooperación entre ámbitos asistenciales y el apoyo a la autonomía del paciente utilizando instrumentos de los Programas de Gestión de Enfermedades (PGE) y de los Programas de Gestión de Casos (PGC). En este proceso se definen claramente componentes esenciales de la atención (identificación, valoración integral, plan de asistencia continuada, asistencia domiciliaria, asistencia hospitalaria, y atención a la persona cuidadora), las características de calidad para cada uno de los profesionales y actividades, y se diseña una serie de indicadores que permiten evaluar la implantación y seguimiento de este proceso<sup>19</sup>.

Unas de las aportaciones más innovadoras y genuinas de este proceso han sido la asignación de un liderazgo compartido entre médicos de familias, en el ámbito de la atención primaria, e internistas en el ámbito hospitalario, así como el importante papel que se le asigna a la personalización en la comunicación como elemento fundamental para potenciar la conectividad en la interacción entre los diferentes ámbitos asistenciales. Para ello se plantea como elemento esencial del proceso la sectorización de los internistas creando la figura del internista de referencia e introduciendo así a los profesionales hospitalarios en la dinámica de la gestión en base poblacional.

## LA UNIDAD DE GESTIÓN CLÍNICA COMO INSTRUMENTO DE CAMBIO CULTURAL Y ORGANIZATIVO.

En el CCM uno de los seis elementos esenciales que interactúan para lograr una óptima atención sanitaria a los pacientes crónicos es el diseño del sistema asistencial. La organización de la atención sanitaria ha de ser rediseñada para responder a las necesidades de los pacientes crónicos. Como describe lúcidamente R. Bengoa no se trata ya de resolver un episodio, sino que una vez que el paciente es detectado en el radar del sistema es necesario que permanezca en la pantalla para poder intervenir sobre él<sup>20</sup>. Para ello es necesario desarrollar equipos de trabajo con perfiles multidisciplinarios y una clara atribución de responsabilidades, optimizando el trabajo de los profesionales y enfocándolo en aquello en lo que son más eficientes.

Los PAI y las Unidades Clínicas representan dos elementos claves en este proceso de transformación de la atención sanitaria a los enfermos crónicos. Los PAIs son nuevos instrumentos que están contribuyendo a encontrar formulas de reordenar los servicios para producir mejoras radicales en los resultados. Las Unidades Clínicas son un instrumento que facilita la organización de los servicios para adecuarlos a las necesidades detectadas en la reingeniería de procesos.

El PAI Atención a Pacientes Pluripatológico recoge esta línea de trabajo caracterizando un marco asistencial al que denomina Plan de Atención Continuada que pretende superar la lógica de los niveles asistenciales diseñando un campo de interacción entre diferentes profesionales de distintos ámbitos asistenciales. Basándose en elementos simples de comunicación directa y atribuyendo el liderazgo a internistas y médicos de familia pretende desarrollar un modelo de atención sanitaria que sea un referente de la atención a enfermos frágiles.

La atención primaria ha estado estructurada tradicionalmente en base a la continuidad y longitudinalidad. Por tanto está más preparada para dar respuesta a la atención de las enfermedades crónicas. Sin embargo, la atención hospitalaria se ha organizado tradicionalmente en base a episodios. Es por ello por lo que generalmente le resulta más difícil al hospital y, en el caso particular de los pacientes pluripatológicos, a los servicios de medicina interna, adecuar su sistema asistencial a las necesidades de la continuidad asistencial.

Una experiencia de este proceso de rediseño del sistema asistencial para adecuarlo a las nuevas necesidades ha sido la creación de la Unidad Clínica de Atención Médica Integral (UCAMI). El proyecto inicial de lo que más adelante sería la UCAMI surge a mediados de los años noventas tras un proceso de reflexión en el seno de lo que se vino a llamar la crisis de la medicina interna. Nos planteamos qué era la medicina interna y qué pensábamos que la sociedad necesitaba de la medicina interna. Tras este análisis concluimos que era necesario cambiar las prioridades de la medicina interna. Era preciso que el internista pusiera como eje de su actividad la atención integral y continuidad asistencial en colaboración con los médicos de familia. En junio de 1996 editorializábamos en la revista Atención Primaria afirmando que era necesario un modelo de coordinación entre internistas y médicos de familia, que permita mantener la continuidad asistencia dentro y fuera del hospital. Durante el último trimestre de 1996 se realizaron una serie de reuniones conjuntas entre los equipos de cuatro Centro de salud y el Servicio de medicina Interna. En estas reuniones se acordó el modelo de trabajo de atención compartida: existencia de un internista de referencia accesible telefónicamente, personalización de todas las consultas o derivaciones, posibilidad de ingreso directo desde el centro o el domicilio, demora diagnóstica acordada con posibilidad de valoración urgente durante la mañana.,

Sesiones clínicas conjuntas quincenales y participación en la toma de decisiones importantes referidas al paciente. A finales de ese mismo año ya se había puesto en marcha una experiencia piloto en los cuatro centros antes incluso que la publicación del Documento SEMI-semFYC. De esta forma las propuestas de colaboración entre internistas y médicos de familia y los planteamientos del Plan Estratégico de la Medicina Interna en Andalucía, no solo tenían un desarrollo conceptual sino también la plasmación en una experiencia real.

En el año 2003 el camino recorrido había alcanzado una madurez suficiente como para afrontar nuevos retos. Decidimos dar un paso más intentando aglutinar profesionales en un proyecto común que pretendía adaptar la organización a los pacientes potenciando la atención integral y la continuidad asistencial. Para ello se decidió introducir las nuevas herramientas de gestión clínica constituyéndonos en la que sería una de las primeras Unidades de Gestión Clínica. La Unidad Clínica de Atención Médica Integral surge en 2003. En torno a ella se aglutinaron en el mismo proyecto el núcleo inicial de profesionales que iniciaron los programas de colaboración con atención primaria, un núcleo de profesionales ubicados en el Hospital de crónicos (HDI), el núcleo de hospitalización domiciliaria y la Unidad de cuidados de Enfermería. Surge así el concepto de UCAMI que pronto se convirtió en un foco de atracción que permitió reagrupar todo el servicio tradicional de medicina interna en torno a un proyecto de continuidad asistencial y atención integral homologando las siglas MI con los conceptos Medicina Interna y Medicina Integral, y agrupando a numerosos profesionales en una misma unidad clínica con una misma misión y visión. La sucesiva incorporación de profesionales a la Unidad a lo largo de los últimos años permitió extender el modelo de colaboración con atención primaria a la totalidad del área sanitaria y desarrollar nuevos dispositivos asistenciales en base a las necesidades detectadas.

Los cambios fundamentales que se han acometido para afrontar este nuevo modelo de continuidad asistencial han sido:

- Sectorizar la población con un internista de referencia para cada centro de salud: el internista de referencia asume la cartera de servicio identificada en el Plan de Atención Continuada incluyendo las sesiones periódicas del internista de referencia con el equipo de la zona básica en el Centro de Salud, la programación de ingresos hospitalarios y las consultas de alta resolución..
- Creación de la Unidad de día que aglutina las consultas de alta resolución y Hospital de día. Se elimina el concepto de consulta tradicional utilizando la consulta como soporte de alta resolución para atención primaria
  - Reorganización del trabajo asistencial de los internistas para simultanear diariamente la atención de pacientes en camas de hospitalización y en consultas o en Hospital de Día. Esta reorganización permite potenciar la continuidad en la relación médico paciente en los pacientes crónicos lo cual es un elemento fundamental para un adecuado manejo de las incertidumbres propias de los pacientes pluripatológicos.
  - Convenios de colaboración con otros servicios para el desarrollo de nuevos dispositivos asistenciales:
    - Creación de la Unidad de Estabilización Clínica (UEC) consorciada con la Unidad de Cuidados críticos y Urgencias lo que permite que el perfil de pacientes tradicional de la Unidades de Estancias Cortas como son las descompensaciones de EPOC e insuficiencia cardíaca sean reconducidos hacia una política de continuidad asistencial con su internista de referencia.
    - Creación de la Hospitalización de Cuidados Paliativos y Soporte de Enfermedades Avanzadas consorciada con el servicio de oncología.

- Integración de los equipos de Soporte Domiciliaria para facilitar la continuidad asistencial de todo el proceso hasta la muerte.
- Desarrollo de programas de consultoría médica y equipo de soporte de cuidados paliativos en servicios quirúrgicos y médicos especializados. Un especial protagonismo han cobrado los programas de soporte médico a la fractura de cadera.
- Incorporación de nuevas herramientas y nuevos roles en el desarrollo de los cuidados tales como los planes de cuidados estandarizados y personalizados, el informe de continuidad asistencial, los roles de enfermera referente, enfermera colaboradora y enfermera de enlace así como la gestión compartida en equipos multidisciplinares.
- Utilización de herramientas básicas de telemedicina (teléfono fijo y teléfono móvil, videoconferencias) y acceso compartido a la historia digital.

- Colaboración con farmacia hospitalaria para potenciar los equipos multidisciplinares en el desarrollo de programas de investigación y asistenciales con especial atención a la evaluación de la adecuación y adherencia terapéutica.

Las Unidades de Gestión Clínica se muestran así como un elemento fundamental de integración de este modelo de atención a pacientes crónicos complejos y especialmente a pacientes pluripatológicos o con enfermedades avanzadas al permitir que todos los profesionales trabajen en red utilizando cada uno los diferentes dispositivos asistenciales según las necesidades de sus pacientes.

- <sup>1</sup> Comisión de las Comunidades Europeas. Comunicación de la Comisión al Consejo, al Parlamento Europeo, al Comité Económico y Social y al Comité de las Regiones. El futuro de la asistencia sanitaria y de la atención a las personas mayores: garantizar la accesibilidad, la calidad y la sostenibilidad financiera. Bruselas, 05.12.2001. COM (2001) 723 final.
- <sup>2</sup> Agencia de Calidad del SNS. "Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud". Marzo, 2006. <http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/home.htm>
- <sup>3</sup> Ministerio de sanidad y Consumo. INE. Encuesta nacional de Salud 2006.
- <sup>4</sup> Ministerio de sanidad y Consumo. Unidad de Pacientes Pluripatológicos. Estandares y Recomendaciones. 2009.
- <sup>5</sup> Supporting People with Long Term Conditions. An NHS and Social Care Model to support local innovation and integration. Department of Health. 2005.
- <sup>6</sup> Ollero M (Coord.), Cabrera JM, Ossorne M y cols. Proceso Asistencial Integrado. Atención al Paciente Pluripatológico. Consejería de Salud. Andalucía. 2002.
- <sup>7</sup> Ramírez-Duque N, Ollero-Baturone M, Bernabeu-Wittel M, Rincón-Gómez M, M. Á. Ortiz-Camuñez M.A., García-Morillo S. Características clínicas, funcionales, mentales y sociales de pacientes pluripatológicos. Estudio prospectivo durante un año en Atención Primaria. Rev Clin Esp. 2008;208(1):4-11.
- <sup>8</sup> García Murillo JS, Bernabeu M, Ollero M, Aguilar M, Ramírez N, González MA, Limpio P, Romero S, Cuello JA. Incidencia y características clínicas de los pacientes con pluripatología ingresados en una unidad de medicina interna Medicina Clinica (Barc) 2005; 125 (1): 5-9.
- <sup>9</sup> Wagner EH. Chronic disease management: What will it take to improve care for chronic illness?. Eff Clin Pract. 1998 Aug-Sep;1(1):2-4.
- <sup>10</sup> Wagner EH, Austin BT, Davis C, Hindmarsh M, Schaefer J, Bonomi A. Improving chronic illness care: translating evidence into action. Health Aff (Millwood). 2001 Nov-Dec; 20 (6):64-78.
- <sup>11</sup> Organización Mundial de la Salud. Perfil de la Atención Innovadora para las Condiciones Crónicas en el informe Cuidado Innovador para las Condiciones Crónicas: Agenda para el Cambio. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 2003. Disponible en [http://www.who.int/chronic\\_conditions/en/](http://www.who.int/chronic_conditions/en/)
- <sup>12</sup> Epping-Jordan J E, Pruitt S D, Bengoa R, Wagner E H. Improving the quality of health care for chronic conditions. Qual. Saf. Health Care. 2004 Aug; 13(4): 299-305
- <sup>13</sup> Ministry of Health: Government of British Columbia. Expanded Chronic Care Model. Disponible en: <http://www.health.gov.bc.ca/cdm/cdminbc/index.html>.
- <sup>14</sup> Yáñez-Cadena D, Sarría-Santamera A, García-Lizana F. ¿Podemos mejorar el tratamiento y el control de las enfermedades crónicas? Aten Primaria. 2006; 37: 221-230.
- <sup>15</sup> Supporting People with Long Term Conditions. An NHS and Social Care Model to support local innovation and integration. Department of Health. 2005.
- <sup>16</sup> NHS Modernization Agency. 10 High Impact Changes for Service Improvement and Delivery. Agosto, 2004
- <sup>17</sup> Improving Chronic Disease Management. Department of Health. 3 March 2004. [http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH\\_4075214](http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH_4075214)
- <sup>18</sup> Gamboa Antiñolo F, Gómez Camacho E, De Villar Conde E, Vega Sánchez J, Mayoral Martín L, López Alonso R. Un nuevo modelo para la asistencia a los pacientes multiingresadores. Rev Clin Esp. 2002;202: 187-96.
- <sup>19</sup> Ollero M (Coord.), Álvarez M, Barón B y cols. Proceso Asistencial Integrado. Atención a Pacientes Pluripatológicos. 2ª Edición. Consejería de Salud. Andalucía. 2007.
- <sup>20</sup> Bengoa R. Problemas de salud emergentes e integración de servicios. Jano 2008; 16-18.