ANEXO IV. NOTAS TÉCNICAS. PROCESO DE ELABORACIÓNDE LA ETSRATEGIA

Notas técnicas: Resumen del proceso de trabajo realizado con el grupo revisor

El documento sobre la **ordenación y elaboración de las Estrategias de Salud y Atención a la Población con Enfermedad Crónica en Asturias se articulo en torno a 6 capítulos bien diferenciados.**

1. Retos y oportunidades para ordenar las Estrategias de Salud y Atención a la Población con Enfermedad Crónica en Asturias
2. Evolución de los niveles de organización del sistema sanitario en el Principado de Asturias para la atención a las personas con enfermedades crónicas
3. Modelos de referencia en estrategias de salud poblacional y de atención a población con enfermedad crónica
4. La Estrategia en Asturias
5. Despliegue de Personas Sanas, Poblaciones Sanas. Despliegue de la Estrategia de Atención a la Población con Enfermedad Crónica en Asturias
6. Implantación, seguimiento y evaluación de la estrategia

El proceso de trabajo para la elaboración del documento se inicia a principios de diciembre del 2013 con un documento que incluye una propuesta de trabajo y un cronograma. El proyecto comienza a funcionar de una forma más estructurada a partir del 27 de enero del 2014.

Actualmente contamos con un documento sobre el abordaje de la cronicidad en Asturias en el que se han integrado las aportaciones recibidas por parte del SESPA, el Consejo Asesor, los miembros del grupo revisor, la Dirección General de Salud Pública y la Dirección General de Planificación e Innovación Sanitaria.

Durante las diferentes versiones se han ido ampliando diferentes aspectos del documento: análisis epidemiológico y sociodemográfico, análisis del contexto histórico, evolución de gasto sanitario y consumo de recursos, evolución de la actividad asistencial, metodología de planificación seguimiento y evaluación, etc,…

El documento final estructura las acciones a desarrollar en 4 grandes líneas políticas con 19 proyectos estratégicos. Estos últimos explicitan de manera resumida objetivos y acciones a desarrollar para el periodo 2014/16.

Por lo que se refiere al proceso de trabajo para la elaboración de la estrategia contamos con dos grupos de trabajo. Un grupo de coordinación integrado por 9 profesionales que desarrollan su trabajo en el SESPA, la Dirección General de Salud Pública (DGSP), la Dirección General de Planificación e Innovación Sanitaria (DGIS) y un grupo de revisión de la estrategia en el que hemos solicitado la colaboración de cerca de 200 profesionales.

Dentro de este proceso se han realizado 6 sesiones de trabajo con el grupo de coordinación y 4 sesiones de presentación del borrador y el plan de trabajo en las que han participado 174 profesionales.

El proceso para llevar a cabo la recogida de información constó de varias fases. En primer lugar se realizó una sesión de presentación con todos los participantes del grupo revisor. En esta sesión se presentaron los resultados del análisis demográfico y epidemiológico, así como la presentación del borrador de la estrategia y el plan de trabajo previsto. Una vez realizada la presentación se acordó un plazo de 15 días con los miembros del grupo revisor para que hicieran llegar a la DGSP una ficha normalizada para la recogida de información.

Esta ficha tenía un doble objetivo, por una lado recoger la valoración acerca de los 24 proyectos estratégicos que inicialmente estaban previstos en la estrategia y por otro lado recoger aportaciones al desarrollo de los mismos ya sean estos nuevos proyectos o modificaciones de los que estaban previamente planteados. En el plazo establecido se recogieron 70 aportaciones, cuyo resumen se presenta a continuación.

Una vez recibidas las aportaciones del grupo revisor se realizó una reunión del grupo de coordinación en la que se analizaron todas las propuestas recibidas y se elaboró un nuevo documento organizado en torno a 4 grandes líneas políticas y 19 proyectos estratégicos.

El resultado final de este proceso de trabajo se resume en el presente documento estructurado en 4 bloques;

1. Puntuaciones de los proyectos estratégicos
2. Análisis de los proyectos estratégicos
3. Propuestas de trabajo
4. Dificultades planteadas
5. Observaciones

La fecha estimada para la presentación del documento fruto de esta primera fase de trabajo es el 22 de Mayo. En esta fecha se realizará una jornada sobre la *Ordenación de las Estrategias de Salud en Asturias* en la que se incluye la presentación del documento final de trabajo y que prevemos contará con la participación de cerca de 300 profesionales.

1. Puntuaciones de los proyectos estratégicos

	Media	Desv. Estándar
Linea Política 1. Enfoque Poblaciónal	4,56	0,76
Linea Política 2. Salud en todas las poíticas	4,33	0,82
Linea Política 3. Línea política 3 Participación de la Comunidad, del Ciudadano/a y Autonomía del paciente	4,62	0,67
Linea Política 4, Continuidad asistencial y Adaptación de las intervenciones sanitarias	4,71	0,57

	Media	Desv. Estándar
Proyecto Estratégico 1. Observatorio de Salud en Asturias	4,30	0,91
Proyecto Estratégico 2. Estratificación de la población	4,06	1,11
Proyecto Estratégico 3. Comisión intersectorial de Salud en todas las Políticas	3,98	1,01
Proyecto estratégico 4. Fortalecimiento de las estructuras que trabajan en el ámbito de la salud en el territorio	4,31	0,88
Proyecto estratégico 5. Desarrollo del Plan de Acción de Salud y Medio Ambiente del Principado de Asturias	4,02	0,95
Proyecto estratégico 6. Consolidación de la Alianza de Salud Comunitaria.	3,94	1,05
Proyecto estratégico 7. Fomento de la Red de Ciudades Saludables en Asturias.	4,03	1,11
Proyecto estratégico 8. Estrategia Naos. Alimentación Saludable y Producción Ecológica en los Comedores Escolares de Asturias	4,43	0,94
Proyecto estratégico 9. Incorporación de la perspectiva de desigualdades en los diferentes programas e intervenciones.	4,37	0,77
Proyecto estratégico 10. Promoción de la Salud y Participación Comunitaria.	4,55	0,71
Proyecto estratégico 11. Instrucciones previas (testamento vital)	4,37	0,96
Proyecto estratégico 12. Atención a los personas cuidadoras	4,75	0,53
Proyecto estratégico 13. Escuelas de Pacientes y Pacientes expertos/as	4,42	0,82
Proyecto estratégico 14. Fomentar las Iniciativas de Educación para la Salud desde Atención Primaria y Atención Especializada	4,75	0,59
Proyecto estratégico 15. Facilitar la Prescripción de Actividades Comunitarias y de activos en salud en Consulta	4,58	0,73
Proyecto estratégico 16. Atención clínica integral: continuidad de los cuidados e información fluida entre los diferentes dispositivos de atención	4,84	0,51

	Media	Desv. Estándar
Proyecto estratégico 17. Desarrollo de tecnologías sanitarias y sistemas de información y comunicación	4,64	0,63
Proyecto estratégico 18. Proyecto de Normalización de la atención a la cronicidad y los circuitos asistenciales	4,65	0,52
Proyecto estratégico 19. Formación, investigación y buenas prácticas	4,62	0,68
Proyecto estratégico 20. Desarrollo de las figuras de enlace o gestoras. Competencias avanzadas de enfermería	4,00	1,43
Proyecto estratégico 21. Desarrollo de hospitales o dispositivos de subagudos y convalecencia	4,30	1,12
Proyecto estratégico 22. Apoyo a los cuidados paliativos.	4,67	0,66
Proyecto estratégico 23. Optimización del tratamiento farmacológico en el paciente crónico	4,78	0,52
Proyecto estratégico 24. Coordinación sociosanitaria	4,68	0,59

2. Análisis de los proyectos estratégicos

A continuación se presentan una transcripción literal de las aportaciones recibidas por parte del grupo revisor para cada una de la alineas políticas y los proyectos estratégicos

Línea política 1. Enfoque poblacional

Media: 4,6
DE: 0,77

Aportaciones

Es imprescindible que el enfoque sea poblacional, sería mejor aun si este enfoque se utilizara en la distribución de los recursos

Relevante y necesario el enfoque poblacional

Las líneas políticas se definen de acuerdo con una secuencia lógica: la primera línea tiene como finalidad conocer la realidad sobre la que se pretende intervenir, "medirla", e informar, compartir con profesionales y con toda la comunidad el conocimiento adquirido.

Conocer la salud de la población y sus determinantes de salud y desigualdades y visibilizar la información es un apartado necesario y muy importante para el desarrollo de un programa de atención al enfermo crónico.

Con una aproximación a los problemas de salud de la CCAA desde la Consejería de Salud y con una visión política, considero que todas las líneas políticas son o, al menos a mí me lo parecen, oportunas y adecuadas pero, creo que deben de priorizarse dos: el enfoque poblacional y la adecuación de los Servicios Sanitarios a las necesidades sanitarias de la población. Por esta razón puntúo ambas líneas con 5 y las otras con 4. Se trata, por tanto, más de una priorización que de una valoración de la pertinencia de las líneas que todas me parecen que deben incorporarse.

Muy necesario. Carecemos de datos fiables con respecto a la incidencia, prevalencia, mortalidad y distribución de las enfermedades vasculares en Asturias. En esas circunstancias cualquier planificación es aleatoria y resulta imposible conocer el efecto de las intervenciones planeadas.

Parece totalmente lógico ya que es primordial conocer los problemas que se van a abordar y estratificar la población

Estoy de acuerdo en que se realice un enfoque poblacional de este problema, como visión global de toda la población.

En la Esclerosis Múltiple se necesita atención personalizada en cada persona afectada, con lo cual el proyecto estratégico 2 es muy acertado. Interesante la perspectiva de género.

Básico, elemental y prioritario, sin el conocimiento del estado de situación del grupo, población, estrato sobre el/lo que se pretende actuar, es imposible ordenar, organizar y en definitiva mejorar.

Me parece interesante la difusión por medio de un boletín informativo que permita un mejor seguimiento de las estrategias de salud para aumentar la accesibilidad del observatorio de la salud. La estratificación por medio de un modelo de Kaiser me parece fundamental y objetivo básico en todos los proyectos de abordaje a crónicos. Me parece fundamental evitar el hiperetiquetado medicalizador y además el que se incluyan los determinantes sociales.

Muy importante poder contar con todos los activos de salud para poder recomendarlos desde el centro de salud, estén o no en él.

La cronicidad es un fenómeno fruto de la democratización del acceso a la salud para toda la población realizado durante las ultimas décadas. Las necesidades de salud y enfermedad, las expectativas de nuestra población en relación a la salud se han venido modificando progresivamente, debiendo considerar no solo un enfoque sobre la población enferma sino también sobre las expectativas de poblaron que pretende envejecer en salud . Esta reorientación por tanto solo puede hacer desde una visión poblacional de la situación de modo que los recursos puedan ser asignados teniendo en cuenta todas estas expectativas de asistencia al proceso de enfermedad pero también y mas importante de la prevención y promoción de la autonomía e independencia funcional

Me parece el punto de partida y es básico para todo el desarrollo.

Desde nuestro punto de vista el enfoque poblacional es relevante; atendiendo al objetivo 2 "Organizar la prevención de las enfermedades crónicas y la atención a los pacientes con enfermedades crónicas de la forma más eficiente y adaptada a las necesidades concretas de cada individuo" habría que prestar especial atención al fomento del diagnóstico precoz de VIH con consejo asistido por personal con una formación específica.

El enfoque poblacional no parece estar implantado (en general) en la filosofía de trabajo de los profesionales sanitarios. Probablemente requiera un esfuerzo extra de formación, comunicación y motivación para adquirir ese punto de vista. En la práctica, trabajamos con "cupos" y, sobre todo, individuos.

Poniendo en este caso el foco sobre prevención del VIH y atención a las personas diagnosticadas (recientemente o desde hace tiempo), sería necesario ayudarlas con una buena atención, facilitarles apoyo y un seguimiento que les incorpore al sistema de salud, eliminando los miedos y dudas que puedan surgir.

Cabe contemplar en el desarrollo de los protocolos de actuación la elaboración de programas de apoyo entre pares en el ámbito hospitalario

Resulta esencial recopilar y analizar la situación de la salud en la población en el momento actual y en e futuro, de cara a evaluar la eficacia de las acciones puestas en marcha con el objetivo de mejorarla. Además habrá que analizar el perfil de esa población (en base a la realidad socioeconómica, geográfica y cultural) de cara a concretar las necesidades propias de la misma.

Para ello parece básico un organismo o persona que se encargue de ello (llámese por ejemplo Observatorio de Salud)

Esta línea es un pilar fundamental para orientar nuestras acciones. Las determinantes sociales de la salud, se han de considerar y anteponer a medidas convencionales con mero carácter clínico.
Es necesario desarrollar estrategia de corte poblacional. En Comunidades como pueblos o ciudades, cuyo alcance sea mucho más global , y éstas se desarrollen de forma paralela a la atención individual.
Como línea de trabajo y de actuación estoy plenamente de acuerdo. Aunque tengo mis dudas en que se concrete en las acciones que se señalan, vinculadas a la recogida y presentación de información; que siendo fundamental no creo que exprese por sí solo a qué se hace referencia con el Enfoque Poblacional

Me parece lógico que lo primero que se necesita para llevar a cabo una estrategia es conocer el problema que se pretende solucionar o abordar. La forma de abordarlo me parece adecuada con el Observatorio y con la estratificación de la población.

Hecho de menos una definición de enfermedades crónicas.

La Estratificación de la población creo que es importante pues supone un paso mas en identificar poblaciones diana con especiales necesidades en el ámbito de la salud.

Las políticas de salud, para conseguir un impacto efectivo en la sociedad, tienen que estar orientadas a las necesidades de la población a la que atienden, que contemplen tanto los problemas de salud como sus características demográficas y sociales.

Lo ideal es conseguir una integración de la información ya que hay muchos puntos de recogida de los datos planteados.

Es preciso saber de donde partimos para saber a donde queremos llegar.

No olvidar: Demanda-Oferta-Necesidades

El enfoque poblacional me parece imprescindible, pues sin conocer a fondo las variables demográficas, económicas, sociales, etc… de la población difícilmente se podrían diseñar intervenciones adecuadas.

Ante cualquier problema de salud lo primero es conocer su situación y la situación de la población frente a ese problema. Es un conocimiento bidireccional pero no puede ser estático. El conocimiento permite evaluar no solo las necesidades si no también planificar las acciones futuras. Es preciso conocer el perfil de nuestros pacientes y conocer el perfil de las necesidades que presentan en el ámbito de la cronicidad que sin duda esta muy influenciado por la realidad social y hasta geográfica. No es lo mismo un paciente con EPOC en un ambiente Urbano, con acceso a consultas especificas de seguimiento y prevención tanto en Primaria como Especializada que en un ambiente rural donde la cronicidad se vive en mayor aislamiento, con dificultad de acceso por inexistencia de recursos apropiados y con mayor sobrecarga de los servicios de agudos por estos motivos.

El Observatorio de Salud como vehiculo para obtener este conocimiento me parece un buen proyecto estratégico. En cuanto a los indicadores considero tan importantes como la salud Cardiovascular, indicadores de factores de riesgo vascular (HTA, DM, DL, Obesidad...) en nuestra población asturiana además de los ya referidos indicadores de cronicidad. Creo importante monitorizar los recursos reales sanitarios y sociosanitarios, desde médicos de familia, Consultorios, Centros de Salud, Centros de dia, residencias publicas o privadas hasta hospitales regionales, de apoyo y comarcales con Servicios orientados a la cronicidad en un mapa regional, puede orientarnos en la futura planificación.

Respecto a la estratificación de la población a atender es una necesidad obvia. Es preciso identificar poblaciones diana con especiales necesidades en el ámbito de la cronicidad.

Ante cualquier problema de salud lo primero es conocer su situación y la situación de la población frente a ese problema. Es un conocimiento bidireccional pero no puede ser estático. El conocimiento permite evaluar no solo las necesidades si no también planificar las acciones futuras. Es preciso conocer el perfil de nuestros pacientes y conocer el perfil de las necesidades que presentan en el ámbito de la cronicidad que sin duda esta muy influenciado por la realidad social y hasta geográfica. No es lo mismo un paciente con EPOC en un ambiente Urbano, con acceso a consultas especificas de seguimiento y prevención tanto en Primaria como Especializada que en un ambiente rural donde la cronicidad se vive en mayor aislamiento, con dificultad de acceso por inexistencia de recursos apropiados y con mayor sobrecarga de los servicios de agudos por estos motivos.

El Observatorio de Salud como vehiculo para obtener este conocimiento me parece un buen proyecto estratégico. En cuanto a los indicadores considero tan importantes como la salud Cardiovascular, indicadores de factores de riesgo vascular (HTA, DM, DL, Obesidad...) en nuestra población asturiana además de los ya referidos indicadores de cronicidad. Creo importante monitorizar los recursos reales sanitarios y sociosanitarios, desde médicos de familia, Consultorios, Centros de Salud, Centros de dia, residencias publicas o privadas hasta hospitales regionales, de apoyo y comarcales con Servicios orientados a la cronicidad en un mapa regional, puede orientarnos en la futura planificación.

Respecto a la estratificación de la población a atender es una necesidad obvia. Es preciso identificar poblaciones diana con especiales necesidades en el ámbito de la cronicidad.

El OBSA me parece una herramienta útil para conocer el impacto de las estrategias de salud en la población, tanto para los políticos, como para los gestores sanitarios y los propios usuarios. Su transparencia y accesibilidad puede favorecer que sea la misma población la que exija a las autoridades que se implanten ciertas medidas o programas de salud que sean eficaces en otras zonas geográficas.

La estratificación de la población es útil para priorizar las actividades preventivas y optimizar los recursos, aunque quizá sea un trabajo complejo y costoso.

Importante esta línea de actuación ya que ha cambiado y están cambiando los patrones de salud muy rápidamente lo cual influye en nuestras líneas de actuación y en la prioridad de unas sobre otras.

Hemos ido perdiendo por el camino señas de identidad básicas, nuestro acercamiento familiar y comunitario.

Fundamental cambiar el enfoque: Individual a poblacional, enfermedad / pérdida de salud a salud en positivo, atención centrada en enfermedad a atención centrada en personas (5)
Creo que el enfoque poblacional es fundamental pero no sólo orientado a conocer la situación de la población sino en cuanto a educar, difundir,…

Es difícil analizar tantos indicadores y que todos los interpretemos y gestionemos correctamente.

Desde nuestro punto de vista el enfoque poblacional es relevante; atendiendo al objetivo 2 "Organizar la prevención de las enfermedades crónicas y la atención a los pacientes con enfermedades crónicas de la forma más eficiente y adaptada a las necesidades concretas de cada individuo" habría que prestar especial atención al fomento del diagnóstico precoz de VIH con consejo asistido por personal con una formación específica.

Poniendo en este caso el foco sobre prevención del VIH y atención a las personas diagnosticadas (recientemente o desde hace tiempo), sería necesario ayudarlas con una buena atención, facilitarles apoyo y un seguimiento que les incorpore al sistema de salud, eliminando los miedos y dudas que puedan surgir.

Cabe contemplar en el desarrollo de los protocolos de actuación la elaboración de programas de apoyo entre pares en el ámbito hospitalario.

Línea política 2. Salud en todas las Políticas

Media: 4,3
DE: 0,81

Aportaciones

En lo referente a la actuación relacionada con las "escuelas municipales de salud como escenario compartido de actuación entre las instituciones municipales y los servicios sanitarios a nivel de zona de salud y área sanitaria" se propone que se abra la participación a asociaciones que trabajan específicamente en el área de salud.

Me parece interesante el desarrollo y actualización de un mapa de activos en salud a nivel de municipio y estoy muy de acuerdo con el fortalecimiento de las escuelas municipales de salud, ya que la experiencia de participación con el ayuntamiento en materia de salud, en el municipio donde trabajo desde el comienzo del funcionamiento de la escuela de salud, ha sido muy positiva desde mi punto de vista.

La información, el conocimiento adquirido mediante las actuaciones desarrolladas por la línea anterior, es la base sobre la que definir y desarrollar las políticas transversales del Gobierno del Principado de Asturias en materia de bienestar social y calidad de vida, en tanto determinantes de la salud de su población.

De acuerdo con todo el planteamiento.

Esta línea política en mi opinión es bastante teórica y utópica.

La salud es cosa de todos. El ámbito educativo, laboral, cobertura social, productivo…. (p/ej. Alimentos elaborados: pan,…), además del individual, cultural…, exigen una visión/actuación global que logre la sensibilización y exigencia de que todas las políticas valoren y contemplen su repercusión y/o efectos en la salud.

Imprescindible esta línea de actuación. Pero priorizando aquellos proyectos estratégicos con mas repercusiones en la salud. Por ejemplo el proyecto 3, el más ambicioso pero el que más beneficios aportaría, pero circunscrito al "territorio", no parece que nos haga llegar muy lejos!!. Esa Comisión Intersectorial debería promover acciones "globales", más allá del territorio, tipo solicitar en los foros necesarios las regulaciones de la utilización de aceites no aterogénicos para la industria alimentaria, por ejemplo, además por supuesto de desarrollar un Plan de Acción de Salud y Medio ambiente, y fomentar la red de ciudades saludables.

Considero adecuado la interrelación entre los organismos que influyen y tienen un papel relevante en los problemas de salud y me parece importante lograr una buena coordinación.

Por supuesto, el desarrollo del plan de acción de salud y medio ambiente del Principado de Asturias en la que se supone que intervendrían todos los departamentos competentes, es algo tremendamente interesante si supone una intervención coordinada y valiente, fuera de cualquier tipo de interés, ya que es muy importante para la mejora de los estándares de salud de la población y no suele ser tenido en cuenta.

Se deberían incorporar en todas las políticas que se planifiquen para un adecuado reparto de los recursos con la finalidad de optimizar su empleo.

Los cambio necesarios para avanzar hacia la orientación de nuestro sistema de salud hacia este nuevo modelo poblacional precisan que la cronicidad sea abordada desde todas las políticas , tanto mas si pensamos en una orientación que prime la prevención y la promoción de la salud

La estrategia NAOS me parece un proyecto muy útil y bien planteado por lo que estoy muy de acuerdo con que forme parte como proyecto estratégico.

Esta nueva orientación de nuestro sistema debe hacerse con ciudadanos informados y responsables. La legitimidad del nuevo modelo de atención debe tener el mayor respaldo de la ciudadanía posible . Aunque cada vez nos encontramos con ciudadanos mas informados y que quieren decidir , no debemos olvidar como organización trasladar de forma coherente a los ciudadanos, incluso aquellos con conductas mas pasivas , un planteamiento realista de la situación actual así como de las líneas de trabajo para que sean nuestro propios ciudadanos los que se conviertan en los defensores de un sistema publico de atención

No conozco la alianza de salud comunitaria pero entiendo que el fomento del intercambio de información y experiencias es algo muy interesante, siempre.

Enfoque novedoso y muy interesante pero que se ha de hacer desde una visión de salud pública, porque solo nos faltaba medicalizar también la política.

Duda: ¿Ven su necesidad los responsables de otros sectores de la política?.

Muy importante, aunque cuando hablamos de política siempre consideramos el cortoplacismo y la casi imposibilidad de acuerdos entre los principales partidos,.

Plenamente de acuerdo en su pertinencia.

Me parece adecuado que los diferentes organismos que influyen en la salud estén interrelacionados. Lo que me plantea más dudas es si esa coordinación es posible pero es positivo intentarlo y hablar todos del mismo problema.

Es muy ambicioso, pero muy necesario, pero ¿Se le dará a la estrategia de crónicos prioridad desde el gobierno central para que pueda modificar las políticas de cada consejería que influyen en la salud?

En lo referente a la actuación relacionada con las "escuelas municipales de salud como escenario compartido de actuación entre las instituciones municipales y los servicios sanitarios a nivel de zona de salud y área sanitaria" se propone que se abra la participación a asociaciones que trabajan específicamente en el área de salud.

Esta línea política creo que es fundamental. El desarrollo del concepto de salutogénesis. Contrapuesta a la línea actual de medicalizar los procesos fisiológicos del ser humano.

Primar la desmedicalización, hacer disminuir el poder del hospitalocentrismo. Dotar a la AP de un mayor protagonismo.

Abrir el concepto de salud hacia las comunidades, dejar de ser posesivos y creyentes que somos los únicos guardianes de la salud.

En esta línea política y como un Area de Intervención especialmente relevante incluiría la de Tabaco. Ya existe una Red de Centros Sanitarios sin humo en Asturias y varias Unidades de Tabaquismo en la Áreas VI, VII y IV. Creo que tiene la suficiente magnitud y trascendencia en la salud de las personas para ser incluido como un Proyecto Estratégico dentro de ésta línea política.

Incluir a asociaciones dentro de la comisión

De acuerdo con el modelo anteriormente enunciado, las acciones comprometen a todas las administraciones y en todos los campos de la acción política. La propiamente sanitaria es, por si misma, insuficiente para solucionar los problemas de la sociedad asturiana tanto a nivel individual como colectivo, en la actualidad, y en el futuro.
Algo ambicioso y utópico pero desde luego deseable. Sería importante que no quede en mera elaboración de documentos-marco.

Desde luego la salud ha de estar en todas las políticas, máxime teniendo en cuenta el concepto de salud con el que se suele trabajar (bienestar total), pero para ello no veo necesario crear estructuras intermedias. Entiendo que Salud Pública puede y debe trabajar todo esto en el consejo de gobierno.

Por otra parte, a veces tengo la sensación de que se está centrando toda la problemática de una sociedad compleja como la nuestra en el sistema sanitario asistencial. Es obviamente cierto que la salud viene determinada por un abanico complejo de factores de diversa índole que necesariamente tienen que ser tenidos en cuenta, pero precisamente por eso el sistema sanitario asistencial, y particularmente la Atención Primaria, no debería ser el punto central para su abordaje.

Trabajar en la mejoría organizativa y comunicativa de los organismos que ya conocemos y en los que tenemos una implicación más directa.

Parece básica también la necesidad de coordinar todas las iniciativas políticas para seguir una línea de coherencia sobre aquellas medidas a tomar y que puedan tener cierto impacto directa o indirectamente

sobre los determinantes de la salud. También para conseguir dotar de medios las medidas especificas a desarrollar dentro de los proyectos estratégicos propuestos en este plan. Para ello será precisa una coordinación desde el ámbito interprovincial, entre consergerías dentro de la propia región, dentro de cada área y a nivel municipal.
Actualmente es una utopía actuar "coordinadamente" en todas las " políticas"

La coordinación de todas las políticas así como la coordinación de todos los agentes implicados: Pacientes, Familias, Profesionales Sanitarios, Profesionales Socio-sanitarios, Organismos, Municipios, Consejerías y Sociedad en general es tan importante como la propia estrategia en si. Es un tema tan importante y de tanta trascendencia para el futuro por cuanto que implica un cambio de visión de la Sociedad frente a la enfermedad y además exige "ir todos a una". Se trata de alinear diversas iniciativas a todos los niveles. Las expuestas me parecen relevantes.

Se podría incluir a las Sociedades Científicas Medicas en los proyectos de divulgación compartida a nivel de Ayuntamientos (Escuelas de Salud...), Conserjerías...

La coordinación de todas las políticas así como la coordinación de todos los agentes implicados: Pacientes, Familias, Profesionales Sanitarios, Profesionales Socio-sanitarios, Organismos, Municipios, Conserjerías y Sociedad en general es tan importante como la propia estrategia en si. Es un tema tan importante y de tanta trascendencia para el futuro por cuanto que implica un cambio de visión de la Sociedad frente a la enfermedad y además exige "ir todos a una". Se trata de alinear diversas iniciativas a todos los niveles. Las expuestas me parecen relevantes.

Se podría incluir a las Sociedades Científicas Medicas en los proyectos de divulgación compartida a nivel de Ayuntamientos (Escuelas de Salud...), Conserjerías...

Todas las políticas influyentes en cuanto a los determinantes y desigualdades en la salud de nuestros crónicos deberían ir en la misma línea de actuación

Me parece excesivamente ambicioso para una estrategia de cronicidad. Por supuesto que todas esas acciones son relevantes pero no sé si incluirlas aquí o dedicarle demasiados esfuerzos redundaría en una pérdida de efectividad en otras acciones más centradas en las enfermedades crónicas más prevalentes.

La tuberculosis decreció su incidencia mucho antes de aparecer la estreptomicina por la mejora en la salud pública

Resulta imprescindible que la administración aúne esfuerzos a la hora de establecer políticas que tengan en cuenta su influencia en la salud de la población, a todos los niveles, con el objetivo común ya sea el principal o no, de mejorar el nivel de la misma.

La toma de decisiones con la participación de los consejos de salud, la intervención en la comunidad, la salud pública... son básicos para mejorar la calidad de vida y los niveles de salud.

Soy escéptica sobre la efectividad de crear comisiones de coordinación o nuevas estructuras ,se quedan en eso ,en reuniones periódicas en las que sus acuerdos no se traducen en resultados reales.

Por supuesto que sería lo adecuado ,existen demasiados compartimentos en la administración manejados por directivos políticos, su continuidad en el tiempo se ve muy influenciada por los cambios políticos , no llega a los profesionales.

Me parecen muy interesantes las Escuelas Municipales de Salud y también la Coordinación entre diferentes entes de la Administración pública.

Me parece muy importante la relación fluida entre Ayuntamientos y Sistema de Salud.

Me parece complicado actuar sobre desigualdades en el momento actual, aunque haya intención.

Línea política 3. Participación de la Comunidad, del Ciudadano/a y Autonomía del paciente

Media: 4,6
DE: 0,77

Aportaciones

Siendo la participación un asunto fundamental, que lo es, hay que tener cuidado con quienes asumen la representación de los ciudadanos/pacientes. La industria farmacéutica está, cada vez más, detrás de muchas asociaciones de pacientes. Convendría declarar conflictos de intereses.

La atención a las personas cuidadoras ya lleva implantado desde hace unos años, pero es cierto que se ha hecho de manera no homogénea y como ocurre con otros muchos proyectos no se han normalizado aun las intervenciones en todos los centros, por lo que insistir en este proyecto me parece muy bien.

La comunidad como promotora y receptora de salud. La participación comunitaria es un principio de política social que siempre se invoca y muy pocas veces se aplica. Es de valorar el esfuerzo que se está haciendo desde la Dirección General de Salud Pública para llevar a la práctica este principio.

Muchas de las actividades que se plantean ya se están realizando en la actualidad con propuestas interesantes a realizar.

Considero muy importante la participación de todos los actores implicados

Potenciar la atención y participación ciudadana y corresponsabilizar al paciente del cuidado de su salud es muy importante. Olvidar al objeto de todas las actuaciones y ejercer una especie de despotismo ilustrado sanitario reduce la eficacia de todas las actuaciones.

Opino que es básico la participación de la población, objetivo último de nuestra asistencia, incluso en determinadas decisiones y que deben conocer la realidad del sistema sanitario y su sostenibilidad. También es importante la adecuada información al paciente a través de los consentimientos informados, y la adecuada educación sanitaria del paciente ya como medidas de prevención primaria o secundaria.

Muy interesante la creación de Escuelas de Pacientes Expertos/as, para afrontamiento de la enfermedad y canales de comunicación entre pacientes, asociaciones de pacientes y entidades sanitarias.

El paciente experto y/o escuelas de pacientes, es un proyecto que entiendo muy prometedor y así lo han demostrado los resultados de las evaluaciones de aquellas comunidades donde se ha desarrollado y creo que abre una línea de futuro interesante en el empoderamiento y la madurez de los pacientes crónicos.

Me parece importante la participación de todas las personas. Me parece muy positivo el valorar las acciones que tienen cuidadotes “anónimos” y voluntarios que requieren reconocimiento y formación.

Excelente, pero la participación de los sanitarios seguirá siendo voluntaria?

Eje fundamental y objetivo irrenunciable, aunque supone cambiar muchas mentalidades. Seguir impulsando las instrucciones previas y desarrollar la figura del paciente experto.

Línea estratégica tan ambiciosa e interesante, que os propongo que prioricéis entre los proyectos estratégicos descritos.

Imprescindible para garantizar el efectivo ejercicio de los derechos básicos democráticos y su protagonismo. Provocándolas, potenciándolas y corrigiendo las causas o razones de los déficit,s observados en la participación.

La tendencia actual de nuestra sociedad es hacia la emergencia de personas con un apoyo familiar y social cada vez menos efectivo, lo que unido a un deterioro de los niveles de salud por la edad, falta de apoyo, disminución de los recursos, etc. hace de ellos individuos más frágiles y vulnerables. La solución pienso que vendrá más de articular e implantar recursos y estrategias para reducir estos factores. No sé en qué medida la comunidad va a implicarse en el cuidado y atención de estos colectivos y su impacto en resultados.

Incorporar los programas de prevención de las asociaciones para los pacientes crónicos

Creo que ésta línea política es en la actualidad una cuenta pendiente con la ciudadanía.

En lo referente a la actuación "Identificar y apoyar a través de la convocatoria pública de subvenciones a las
entidades del ámbito asociativo con interés en el desarrollo de programas concretos de atención a pacientes crónicos y favorecer la participación de estas entidades en el diseño y en la ejecución de programas concretos de atención a pacientes crónicos" valoraríamos de forma positiva establecer unos varemos que repercutan en un reparto más justo de los recursos económicos disponibles; en el momento actual consideramos que la asignación presupuestaria en las subvenciones nominativas se hace atendiendo más a un criterio de tradición que a el trabajo desarrollado el momento actual.

Probablemente requiera un cambio en la normativa para la convocatoria de los consejos de salud de Zona Básica y de Área, que requieren de la iniciativa de los coordinadores de los CS o directivos del Área para fijar reuniones. Probablemente deberían tener un funcionamiento más independiente.

Mejorar accesibilidad de la web Astursalud para los ciudadanos, y promover materiales (físicos o en internet) que favorezcan toma de decisiones con autonomía.

Dificultad para discernir quienes representan mejor a los ciudadanos (¿organizaciones de consumidores? ¿asociaciones de enfermos? ¿asociaciones de vecinos?) y sus conflictos de interés.

Es necesario crear espacios de participación ciudadana reales, sólidos, con continuidad.

Encuentro entre asociaciones de pacientes y comunidades que actúan en promoción de la salud.

Emponderar a las personas y hacerlas responsables de su vida, de su salud y de su enfermedad.

Anteponer la independencia funcional de las personas en las acciones sanitarias.

Avanzar en las políticas de los cuidadores informales.

En lo referente al proyecto estratégico 13. Escuelas de Pacientes y Pacientes expertos/as; nuestra apuesta está vinculada al desarrollo de programas de apoyo entre pares (tanto dentro como fuera del entorno hospitalario)

En lo referente a la actuación "Identificar y apoyar a través de la convocatoria pública de subvenciones a las entidades del ámbito asociativo con interés en el desarrollo de programas concretos de atención a pacientes crónicos y favorecer la participación de estas entidades en el diseño y en la ejecución de programas concretos de atención a pacientes crónicos" valoraríamos de forma positiva establecer unos varemos que repercutan en un reparto más justo de los recursos económicos disponibles; en el momento actual consideramos que la asignación presupuestaria en las subvenciones nominativas se hace atendiendo más a un criterio de tradición que a el trabajo desarrollado el momento actual.

Caso aparte es la atención de los pacientes crónicos, en los que el incremento del nivel de autocuidados es básico en su abordaje. Nuevamente, y a tenor de nuestra experiencia, la implicación y compromiso de la familia, cuando la hay, es difícil de lograr.

Imposible desarrollar cualquier actividad de promoción de la salud sin la participación e implicación ciudadana y del propio paciente.

La participación de la comunidad, en general, debería canalizarse a través de los ayuntamientos y no de los centros sanitarios.

En la práctica no estamos fomentando la participación; ¿por miedo?

Base para lograr mejoras en Salud, pero sólo se logra a medio-largo plazo y las elecciones se celebran cada 4 años (tiempo que dan los gobernantes para obtener resultados)

Tener un mayor conocimiento de los proyectos que ya se están llevando a cabo.

También me parece una línea relevante. Sin participación de la comunidad, del ciudadano y por tanto de todo lo que rodea al paciente crónico, además de los Servicios Sanitarios, toda la Estrategia de cronicidad es un trabajo baldío. Estamos hablando de implicar al paciente y su familia en la evolución de su enfermedad, estamos hablando de un cambio de enfoque del proceso de enfermar, un cambio de visión de como nos enfrentamos a nuestra forma de vivir con la enfermedad. La Promoción de la Salud es una de las medidas básicas pero iniciativas como las Instrucciones previas, la figura del cuidador, las Escuelas de Pacientes, los Pacientes expertos e incluso las Asociaciones de pacientes son elementos existentes en otras comunidades y muy poco desarrolladas en Asturias. Vuelvo a incidir aquí que organizaciones como las Sociedades Científicas, en mi caso La Sociedad Asturiana de Medicina Interna pueden apoyar e involucrarse en iniciativas no solo divulgativas si no de apoyo científico a esta forma de enfrentarse a la enfermedad crónica, aportando no solo su visión científica si no acercando el profesional sanitario al paciente y su entorno, mas allá de lo que es una visita medica. Ejemplos puntuales como la Asociación de Pacientes lúdicos y la Medicina Interna en Asturias deberían extenderse. Además se trata de aprovechas las sinergias existentes: una línea estratégica de sociedades nacionales como la SEMI es acercarse al paciente y su entorno, asociaciones de pacientes, etc. A nivel Autonómico podemos aprovechar esta corriente.

Si ellos supiesen los entresijos del sistema.

Esencial la participación de toda la comunidad en la atención al paciente crónico actuando los sanitarios para que esto sea posible

Debería darse difusión y mejorar el conocimiento tanto de los profesionales como de la población del documento de instrucciones previas, ya que regular el derecho del paciente a decidir sobre su propia salud.
En el caso de la atención a los cuidadores, además de dar un nuevo impulso al programa de atención a los mismos, sería muy útil encontrar herramientas para posibilitar a éstos el tiempo que necesitan para participar en los talleres. En muchos casos les resulta muy difícil encontrar apoyos para disponer de tiempo libre y poder participar en estas y otras actividades.

El programa del paciente experto puede ser una herramienta importante de apoyo entre iguales, que además no supone la inversión de grandes recursos, aunque puede ser complicado implicar a los enfermos crónicos por la duración de los talleres.

Por último, la promoción de la salud precisa de la implicación de la comunidad, las asociaciones, los ayuntamientos… para su sostenibilidad, ya que los recursos en sanidad son limitados. Sería muy productivo aunar esfuerzos y organizar actividades de promoción de la salud en las que participasen múltiples sectores de la sociedad, no sólo el sanitario, lo que además podría lograr cambiar actitudes con mayor facilidad.

No sé si hablar de subvenciones cómo mecanismo para fomentar las iniciativas es lo más adecuado en este momento. Por otra parte la excesiva atomización puede llevar a duplicidades y excesiva burocratización. Además muchas de estas acciones se recogen adecuadamente en el apartado siguiente.

Asignatura pendiente, siempre debió participar pero no como consumidores de servicios sino como ciudadanos con derechos y con deberes, hacerles partícipes pero asumiendo responsabilidad.

Cuesta cambiar actitudes con personas que buscan soluciones en los servicios sanitarios cuando aparece la enfermedad , nosotros lo vemos a diario con nuestros pacientes, pero considero imprescindible sumar en implicación y responsabilidad

Pienso que se debería estimular el voluntariado con campañas publicitarias, siempre que se pueda canalizar correctamente su posible labor, con líneas claras de actuación.

Se debería facilitar la comprensión y las vías para llevar a cabo el Testamento Vital y facilitar la difusión de dicho documento.

Deberían existir escuelas para Formar Cuidadores.

Línea política 4. Continuidad asistencial y Adaptación de las intervenciones sanitarias

Media: 4,7
DE: 0,58

Aportaciones

Además de la adaptación de las intervenciones sanitarias consideramos relevante que los/as profesionales de atención directa cuenten con la formación actualizada necesaria que permite una mejor atención y propuesta de tratamientos.

También es importante en este sentido trabajar para la eliminación del estigma asociado a esta enfermedad crónica específica.

Importante ,Atención Primaria debe ser PROTAGONISTA de una vez por todas, inicio de cualquier circuito,

De máxima importancia. Creo que es fundamental huir de una medicina centrada en los Hospitales de agudos. Mientras las inversiones y los protocolos continúen orbitando sobre el hospital y dejen de lado a la atención primaria, la atención al paciente crónico, los cuidados subagudos y la promoción de la salud, estamos abocados al fracaso.

En general considero innecesaria la creación de figuras de enlace, gestores, coordinadores, etc… Lo que hace falta es potenciar mucho más y adecuadamente la Atención Primaria, que se ha ido degradando de forma imparable y progresiva en los últimos tiempos, aportarle los recursos que necesita para que pueda llevar a cabo con garantías la atención a sus enfermos crónicos (y no embarcarla en tareas de animación sociocultural) y establecer canales de comunicación con el resto de estructuras comunitarias a través de las cuales se puedan aprovechar todos los recursos disponibles en beneficio de los pacientes.

Explico en cada una de las estrategias mi opinión

La asignatura pendiente del sistema en la continuidad asistencial entre Especializada y Primaria, básico en el manejo de los paciente crónicos para evitar derivaciones mutuas innecesarias, y mejorar la eficiencia de su manejo

Bidireccional AP/AH

En esta línea la Estrategia se centra en la atención al paciente crónico y la aborda desde múltiples perspectivas. Todas las actuaciones incluidas en las anteriores líneas políticas confluyen, inciden de una forma u otra en esta línea centrada en la atención al paciente.

Creo que la lógica que inspira la construcción de la Estrategia es muy acertada, es fácil de entender y de transmitir por su coherencia.

Sin duda imprescindible esta línea política

La integración de todos los recursos asistenciales parece fundamental. Habría que implementar los medios adecuados para lograr una buena coordinación. El disponer de distintos dispositivos programas informáticos en primaria y hospitales dificulta la acción en vez de favorecerla

Muy importante definir donde debe de ser atendido, fundamentalmente el paciente crónico

Proyectos estratégicos 16 y 17 muy interesantes. Proyectos estratégico 19 muy interesante: las personas afectadas de esclerosis múltiple necesitan saber el origen de la enfermedad, y para ello es necesario investigación.

Para mejorar la calidad, centrados en el/los objetivo/s (paciente/comunidad). Evitar desconocimiento, burocracia, duplicidades……. Facilitando y garantizando la debida atención eficiente.

No hay duda en este punto . La continuidad asistencial y la comunicación son elementos claves para garantizar intervenciones efectivas, contingentes en el tiempo y en la forma , evitando duplicidades y iatrogenias muy costosas en términos de seguridad y en términos de recursos

Ésta línea política me parece fundamental y estoy de acuerdo con la implantación de todas las estrategias. Me parece muy importante apoyar las iniciativas que se consideren de interés y la integración de las actividades de promoción de la salud, EPS y actividades comunitarias en los sistemas de información. En ocasiones resulta complicado el registro de algunas actividades que se realizan de promoción y es importante que se conozcan y se puedan registrar en condiciones. Por supuesto favorecer la formación de los profesionales me parece importante. El listado de las recomendaciones de salud cardiovascular de los PCAIS para realizar un modelo metodológico común para la EPS puede ser muy útil. Me parece bien facilitar la prescripción de actividades comunitarias del entorno, el modelo del *prescribe vida saludable* vasco aunque no es exactamente eso, me parece muy interesante.

En cuanto a la continuidad de cuidados es algo importantísimo pero difícil de conseguir y aún no tengo claro que la implantación de la gestión clínica consiga mejorarla. La historia clínica única podría ser tan útil para la consecución de esa continuidad que muchos otros intentos de conseguir fluidez en la comunicación entre primaria y especializada, por ejemplo. La receta electrónica es básica y los proyectos de telemedicina pueden suponer un avance tremendo cuando son bien gestionadas, un buen ejemplo es el programa de retinografías en primaria en nuestra área sanitaria. Si fuera posible extenderlo a la teledermatología, sería una ventaja muy grande, ya que las listas de espera de dermatología en nuestra área son muy largas y mejoraríamos la accesibilidad.

Cualquier proyecto que suponga la optimización de los recursos de enfermería me parece inteligente, el de la enfermería de enlace, junto con las consultas de alta resolución en especializada y un planteamiento nuevo en la atención de las consultas de enfermería de AP, para que resultaran más eficientes, serían, a mi juicio, planteamientos interesantes a tener en cuenta. El papel de la enfermera de enlace sería el de la coordinación entre primaria y especializada con la colaboración de profesionales como los internistas, potenciando el papel de la enfermera de AP no limitándolo.

Yo llamaría a esta línea política “Organización de las intervenciones sanitarias”. Y dentro de los diferentes proyectos estratégicos incluir uno que se llame “Continuidad Asistencial”

Creo que la definición actual es una mezcla de dos conceptos que están en diferente plano.

Además de la adaptación de las intervenciones sanitarias consideramos relevante que los/as profesionales de atención directa cuenten con la formación actualizada necesaria que permite una mejor atencióin y propuesta de tratamientos.

También es importante en este sentido trabajar para la eliminación del estigma asociado a esta enfermedad crónica específica

Actualmente la continuidad asistencial es muy escasa y seguimos funcionando como nichos estancos. Como todo lo demás, requiere una Atención Primaria con otro enfoque,

En ésta línea política, está incluida la investigación.

Yo creo que la investigación debería ser transversal en toda la estrategia de la cronicidad. Yo la pondría con un Línea Política 5. Crear una unidad de investigación que de soporte a la investigación del desarrollo de los diferentes proyectos de la estrategia.

Incluir a psicólogos y trabajadores sociales en las unidades de cuidados paliativos

Cuestión fundamental, ero tengo dudas sobre las acciones que puedan resonder a esta política.

El integrar los recursos asistenciales es muy importante. De todos modos los intentos de coordinación informática hasta ahora no han sido los ideales con dificultades de comunicación entre Atención Primaria y Especializada y entre los diversos hospitales con redes informáticas no compatibles. El punto 16 me parece muy importante se han de definit bien dónde debe ser atendido el paciente crónico evitando incomunicación entre niveles y duplicidad de acciones.

Habrá que adaptarla a los recursos existentes muy excasos en algunas Áreas de Salud de nuestra provincia: sin hospitales de crónicos, con gran dispersión de la población, consultas saturadas….

La continuidad asistencial va a ser, sin duda, uno de los pilares fundamentales en la atención de los pacientes crónicos. En este sentido la colaboración entre las diversas formas de asistencia existentes en la actualidad (atención primaria, atención especializada, hospitales de media y larga estancia, atención domiciliaria, cuidados paliativos,…) y de otras que pudieran ponerse en marcha, (gestores de casos, programas específicos para patologías,…) será fundamental en un futuro cercano.

La continuidad asistencial para mi no es un invento de los últimos estudios ni una nueva corriente de opinión. Se trata de poner en valor dos cosas que siempre existieron como ideas separadas y que en realidad son la misma idea: la Atención Primaria como eje vertebrador del seguimiento del paciente crónico que tiene su continuidad en el Medico Internista como consultor polivalente, con visión global dentro del Hospital cuando este recurso sea requerido. Medidas como las citadas: Asegurar los recursos sobre todo humanos tanto en Primaria como en el ámbito de la Especializada, y aquí me refiero básicamente a los recursos de Medicina Interna en los Hospitales Comarcales pequeños, Implantación de objetivos comunes que empiezan por Gerencias únicas así como otras medidas de gestión, en concreto, implantación de Unidades de Gestión Clínica, son elementos siempre positivos y en nuestro medio, absolutamente vitales.

Fundamental una formación de los profesionales eficaz y continuada

Se debería incluir aquí una visión de los recursos socio-sanitarios públicos y privados como colaboradores necesarios en la continuidad asistencial del paciente crónico. Estamos asistiendo a un aumento de los ingresos como agudos de pacientes pluripatológicos, crónicos, frágiles y de edad avanzada fruto exclusivamente de una mal entendida calidad de los cuidados sanitarios y esto requiere no solo coordinación entre la Primaria y Especializada si no también una coordinación entre Residencias

y Geriátricos-Atención Primaria-Hospital a través de la relación entre el Medico de Familia y la figura del Internista de Referencia (verdaderos nexos de unión del sistema) con posibilidad de consulta no solo formal, si no también con nuevas formas como la cita telefónica, la consulta vía mail corporativo o incluso la videoconferencia si estuviera disponible.

Sin ninguna duda, la Historia Clínica Electrónica representa el mayor paso a delante en mejorar la relación entre Primaria y Especializada y por tanto en continuidad asistencial, pero además es una de las herramientas mas importantes para el seguimiento coordinado del paciente pluripatológico y crónico. En breve dispondremos de la HCE en toda la red asistencial pero queda mucho por hacer en cuanto a formación y desarrollo (normalización) de la propia HCE. Debemos mostrar al médico y al paciente que la HCE no solo mejora la accesibilidad, si no también la seguridad del paciente y la propia Atención del paciente al estar ésta mejor coordinada pero repito, su uso, requiere formación, recuerdo de las herramientas disponibles, no solo saber que existen si no que se usen. Formación y también evaluación de uso con objetivos e indicadores comunes entre Primaria y Especializada.
La receta electrónica será a mi juicio el siguiente punto de inflexión en cuanto a la mejora de la relación Primaria-

Especializada. Simplificación de los procedimientos especialmente para los pacientes crónicos, seguridad respecto a las pautas reales de tratamiento, disponibilidad de información real sobre lo que de verdad esta tomando un paciente y ayuda a la hora de establecer pautas de desprescripción en determinados pacientes.

Finalmente la Teleasistencia en ambientes rurales y dispersos, puede ayudar de gran manera a estos objetivos favoreciendo la equidad. Paciente crónico, autónomo, con conocimiento de su enfermedad y apoyo de teleasistencia, va a evitar numerosos ingresos con el beneficio añadido de no salir de su entorno y evitar las tan citadas complicaciones propias de los ingresos hospitalarios.

Considero muy relevantes todos y cada uno de los proyectos estratégicos referidos en esta línea política.

El gap asistencial es todavía importante

Tendría que existir buena y fluida interrelación entre Atención Primaria y Especializada con Historia única electrónica y teléfonos a disposición para apoyo, así como con los Ayuntamientos. Es importante también la Telemedicina, Teleasistencia y la receta electrónica.

Me parece la más importante de todas considerando que estamos hablando de una estrategia de cronicidad. Por supuesto que es importante la prevención y el enfoque global y desde el nivel poblacional pero aquí, en realidad, ya estamos hablando de enfermos que tienen un problema crónico y que en este momento son manejados de una manera disfuncional y no homogénea

Prioritario para una excelente actuación frente al paciente crónico.

El primer paso para la continuidad asistencial se ha dado en Asturias con la unificación de las gerencias de atención primaria y atención especializada. Este cambio ha producido que la dirección que se toma en las decisiones que afectan a cada nivel asistencial sea la misma, ya que depende de los mismos gestores.

Queda aún mucho por trabajar para que esta “unificación” llegue a los profesionales y se adquiera conciencia de “Area”.

La continuidad asistencial para mi no es un invento de los últimos estudios ni una nueva corriente de opinión. Se trata de poner en valor dos cosas que siempre existieron como ideas separadas y que en realidad son la misma idea: la Atención Primaria como eje vertebrador del seguimiento del paciente crónico que tiene su continuidad en el Medico Internista como consultor polivalente, con visión global dentro del Hospital cuando este recurso sea requerido. Medidas como las citadas: Asegurar los recursos sobre todo humanos tanto en Primaria como en el ámbito de la Especializada, y aquí me refiero

básicamente a los recursos de Medicina Interna en los Hospitales Comarcales pequeños, Implantación de objetivos comunes que empiezan por Gerencias únicas así como otras medidas de gestión, en concreto, implantación de Unidades de Gestión Clínica, son elementos siempre positivos y en nuestro medio, absolutamente vitales.

Se debería incluir aquí una visión de los recursos socio-sanitarios públicos y privados como colaboradores necesarios en la continuidad asistencial del paciente crónico. Estamos asistiendo a un aumento de los ingresos como agudos de pacientes pluripatológicos, crónicos, frágiles y de edad avanzada fruto exclusivamente de una mal entendida calidad de los cuidados sanitarios y esto requiere no solo coordinación entre la Primaria y Especializada si no también una coordinación entre Residencias y Geriátricos-Atención Primaria-Hospital a través de la relación entre el Medico de Familia y la figura del Internista de Referencia (verdaderos nexos de unión del sistema) con posibilidad de consulta no solo formal, si no también con nuevas formas como la cita telefónica, la consulta vía mail corporativo o incluso la videoconferencia si estuviera disponible.

Sin ninguna duda, la Historia Clínica Electrónica representa el mayor paso a delante en mejorar la relación entre Primaria y Especializada y por tanto en continuidad asistencial, pero además es una de las herramientas mas importantes para el seguimiento coordinado del paciente pluripatológico y crónico. En breve dispondremos de la HCE en toda la red asistencial pero queda mucho por hacer en cuanto a formación y desarrollo (normalización) de la propia HCE. Debemos mostrar al médico y al paciente que la HCE no solo mejora la accesibilidad, si no también la seguridad del paciente y la propia Atención del paciente al estar ésta mejor coordinada pero repito, su uso, requiere formación, recuerdo de las herramientas disponibles, no solo saber que existen si no que se usen. Formación y también evaluación de uso con objetivos e indicadores comunes entre Primaria y Especializada.

La receta electrónica será a mi juicio el siguiente punto de inflexión en cuanto a la mejora de la relación Primaria-Especializada. Simplificación de los procedimientos especialmente para los pacientes crónicos, seguridad respecto a las pautas reales de tratamiento, disponibilidad de información real sobre lo que de verdad esta tomando un paciente y ayuda a la hora de establecer pautas de desprescripción en determinados pacientes.

Finalmente la Teleasistencia en ambientes rurales y dispersos, puede ayudar de gran manera a estos objetivos favoreciendo la equidad. Paciente crónico, autónomo, con conocimiento de su enfermedad y apoyo de teleasistencia, va a evitar numerosos ingresos con el beneficio añadido de no salir de su entorno y evitar las tan citadas complicaciones propias de los ingresos hospitalarios.

Considero muy relevantes todos y cada uno de los proyectos estratégicos referidos en esta línea política.

El paciente tiene que ser el centro de toda la actividad sanitaria y es el mismo en ambos niveles asistenciales. Todas las decisiones que se tomen deben ir encaminadas a unificar la información y la atención al paciente bien sea en su domicilio desde los centros de salud o en los hospitales cuando sufre una agudización.

El papel de la enfermería es primordial para el establecimiento de un plan de cuidados del paciente crónico que se debe mantener tanto en el domicilio como en el hospital. Además su rol es básico en la conciliación de la medicación, en la adecuación de los recursos que el paciente crónico precisa, en la educación para la salud…

Todo ello se tiene que apoyar en una historia clínica digital UNICA.

Habrá que adaptarla a los recursos existentes muy excasos en algunas Áreas de Salud de nuestra provincia: sin hospitales de crónicos, con gran dispersión de la población, consultas saturadas….

Proyecto Estratégico 1. Observatorio de Salud en Asturias

Media: 4,30
DE:0,92
Ranking Medias:17
Ranking DE:15

Aportaciones

No hemos difundido bien entre los profesionales una herramienta tan valiosa!

Ya referido en el comentario anterior. Sin conocimiento no puede haber planificación ni oportunidades de mejora.

Visibilizar siempre es positivo

Creo que el OBSA debe tener una protagonismo mayor del que tiene actualmente, como herramienta de información sanitaria(en sentido amplio).
Entre las acciones creo que:
-Debe de elaborarse e incluirse un Sistema de información con indicadores sanitarios de base de datos poblacional, continuo, al menos para algunos indicadores
.Acercar el OBSA a los profesionales y gestores sanitarios. Quiero expresar con esto que el OBSA es un gran desconocido para la mayoría de profesionales.

Muy necesario. Carecemos de datos fiables con respecto a la incidencia, prevalencia, mortalidad y distribución de las enfermedades vasculares en Asturias. En esas circunstancias cualquier planificación es aleatoria y resulta imposible conocer el efecto de las intervenciones planeadas. Incorporar esta información al Observatorio nos dotaría de una herramienta de análisis de enorme valor.

Hay que potenciar el Observatorio de Salud de Asturias y promover la difusión de los conocimientos que genera. Su cometido, su presencia, encaja perfectamente como primera referencia de esta Estrategia.

El Observatorio de la Salud de Asturias es una plataforma necesaria y útil para disponer de información actualizada de la situación de salud de la comunidad y para el desarrollo de los objetivos planteados en la ESAPC.

Siempre y cuando también se observe la prevalencia de enfermedades como el VIH/SIDA, hepatitis, etc. Evidentemente es adecuado conocer la situación de la salud pero lógicamente con el objetivo de tomar las decisiones que nos ayuden a corregir las situaciones indeseadas en este aspecto

Por su vocación, funciones y objetivos. Por ser elemental disponer de una herramienta con información, organizada, orientada al análisis y acción para la mejora .

Una gran idea y un estupendo trabajo.

Sugerencias sobre la comunicación de la información recogida:
-Sería interesante poder desagregar información por Zonas Básicas de Salud para que los Equipos de Atención -Primaria puedan ajustar sus intervenciones a las necesidades de la zona.
-Una vez al año el responsable de Salud Pública de cada área podría informar en sesión clínica de logros y déficits respecto a los indicadores de salud de la población atendida.
-Siempre y cuando también se observe la prevalencia de enfermedades como el VIH/SIDA, hepatitis, etc.
-Creo que la monitorización del proceso, realizada con rigor pero con agilidad, puede permitir ir realizando acciones de mejora simultáneamente al desarrollo de los proyecto.

También es clave que llegue a los clínicos la información sobre los determinantes sociales de la salud.

Paso fundamental, aunque no suficiente para abrir los sistemas de información a todos los agentes implicados

Me cuestiono el impacto que va a tener, no tanto en las políticas de salud, como en el desarrollo de las estrategias de atención a nivel meso y micro y si va a poder detectar todas las circunstancias socio/sanitarias implicadas en la salud de los ciudadanos.

Estimo que debería complementarse con la información asistencial procedente de los diversos ámbitos de la atención y con la colaboración de todos los profesionales implicados, para que reflejara de forma clara el estado de la situación y con ello ayudar a identificar las líneas prioritarias de actuación

Asturias es una Comunidad Autónoma pequeña, de un millón de habitantes y perdiendo población Totalmente de acuerdo con la estrategia. Muy interesante las incorporaciones que se proponen y necesario y estimulante el newsletter trimestral

Me parece adecuado el conocer la situación de la Salud para tomar decisiones posteriores. Pero ha de ser con dicha finalidad, no saber simplemente sin tomar decisiones posteriores.

Sin perjuicio de los rankings de salud por concejos, creo necesario el desarrollo de un observatorio de salud global para todo el territorio del Principado, sin el cual no tendremos un conocimiento adecuado de la situación de salud de nuestra población, pues los rankings no nos lo pueden dar.

Tener un mayor conocimiento de las fuentes de datos que maneja el OBSA. Supondría centralizar determinada información

Herramienta muy útil para la población, las instituciones políticas y sanitarias, a la que hay que dar mucha difusión para acercarla a los usuarios y aumentar su uso. Existe mucho desconocimiento de la misma entre los profesionales sanitarios, mucho más entre la población.

Importante asegurar acceso a información en el OBSA. Nos corresponde a todas las gerencias (acceso directo al OBSA desde escritorios en todos los terminales de las Unidades (gerencia, hospital y centros de salud). Buena idea boletín informativo.

Prioritario el abordaje de enfermedades cardiovasculares por su gran prevalencia en nuestra población. Incorporar en el OBSA dichos indicadores sería de gran utilidad.

Hay actividades comunitarias que se están realizando y no aparecen reflejadas en el observatorio de salud. Debería identificarse un responsable de la transmisión de esa información.

Hay marcadores que no vienen desagregados por zonas o poblaciones siendo comunes a toda el area resultando de poca utilidad para la valoración local

Quizás utilizar mejor recursos actuales

Es importante la estratificación pues los recursos no son infinitos y seleccionar una población diana permite aunar justicia y equidad.

La Observación y Detección de problemas son importantes, pero tienen que servir para tomar decisiones relacionadas con los problemas detectados y poder hacer mejoras y cambios, tiene que ser práctico.

Proyecto Estratégico 2. Estratificación de la población

Media:4,06
DE:1,12
Ranking Medias:19
Ranking DE:22

Aportaciones

Nos puede dar resultados a corto plazo

Es importante la estratificación pues los recursos no son infinitos y seleccionar una población diana permite aunar justicia y equidad.

Conocidos los resultados de la estratificación de la población, planteo que los protocolos de actuación específicos a desarrollar contemplen la valoración integral de las necesidades médicas, de cuidados, funcionales y sociales de las personas.

El proyecto de estratificación de la población es fundamental. A este respecto parece haberse producido un retroceso en los últimos años. Debido a la sobrecarga laboral de Atención Primaria se han abandonado programas de, por ejemplo, detección y manejo de la hipertensión arterial, que existían en el pasado. Por otro lado sería interesante poder disponer de datos de prevalencia de factores de riesgo vascular (no sólo de enfermedades cardiovasculares), y de adecuado manejo de las mismas. Desde la atención especializada se percibe una manejo errático de los pacientes de alto riesgo (que son los que llegan al hospital), enormemente desigual entre diferentes centros de salud y áreas, que es necesario corregir. El modo de proceder actual oscila entre centros con excelente seguimiento y control de sus pacientes hasta aquellos donde el seguimiento regular no existe pasando por los que consideran que si el paciente ha sufrido un ictus, su manejo en todos los aspectos debe ser hospitalario…

La estratificación debe conllevar el desarrollo de protocolos de actuación específicos para cada estrato, que no existen en el presente, con claridad en las estrategias farmacológicas y objetivos claros a cumplir.

Una forma de dar estabilidad y mantener vivos los programas sería crear una red de referentes profesionales en prevención cardiovascular en cada área sanitaria que se hicieran responsables de mantener actualizada la (in)formación en un sentido bidireccional: por una lado formación a los compañeros sobre los protocolos existentes y sus actualizaciones, y sobre los avances científicos existentes, y por otro lado comunicación de los resultados de los programas en su área o en su centro.

Por otro lado los protocolos de actuación que se desarrollen deberían incluir la vertiente educativa al paciente, no sólo en el control de sus factores de riesgo cardiovascular, sino en el conocimiento de los síntomas de la enfermedad vascular aguda (infarto de miocardio, ictus, isquemia periférica aguda) y de la forma más correcta de actuar en caso de que estos se presenten en el paciente o en otro miembro de la comunidad.

Me parece absolutamente obligado pero no como un fin en sí mismo sino como herramienta para orientar las actuaciones sanitarias y no sanitarias. Creo necesario que la Consejería de Salud y más aún su entidad gestora (SESPA) tengan una actitud proactiva y alineada. Pasar de una actitud pasiva a intentar tomar la iniciativa y redirigir los esfuerzos(políticas, recursos, acciones,…) a dar respuesta a las necesidades de salud de los asturianos. Es preciso “estratificar” para identificar población que solo precisa autocuidados y por tanto “desmedicalizar” de aquellos otros que precisan cuidados no complejos y cuya respuesta debe de ofrecerse desde la atención primaria y finalmente los pacientes con necesidades complejas que deben de resolverse en el ámbito hospitalario. La única manera de dar respuesta a algunos de los indicadores de salud cardiovasculares es estratificar; por ejemplo, ¡cómo identificar a los pacientes que van a generar ingresos hospitalarios evitables, si no es estratificando?

En el documento se hace un énfasis especial en enfermedades crónicas pero quisiera destacar el problema sanitario que supone la sobremortalidad en Asturias en población joven (35-64 años en varones y 35-54 años en mujeres). Al margen de la estratificación creo que éste problema debe abordarse de inmediato.

Valoramos de forma positiva la atención atendiendo a las necesidades concretas de cada individuo.

Clave para determinar la priorizacion de las intervenciones en salud y asistenciales. También útil para la asignación de recursos en función de la población a tratar

Para un profano, la definición del objetivo confunde. En principio, el proyecto parece que ase dirige a la prevención, pero si se sigue leyendo se incluye la atención a los pacientes crónicos, dicho así, en general, lo que podría dar lugar a incluir este proyecto en la línea política 4. Ya digo que posiblemente se debe al desconocimiento de la terminología utilizada.

Por la evidente relación/influencia de la salud con ciertos determinantes socio-económicos

La valoración subjetiva del profesional de Atención Primaria es una información fundamental para identificar a pacientes “frágiles” o “de riesgo”, las herramientas basadas en indicadores posiblemente perderían esa información. Dependerá de los criterios que se utilicen, dando importancia a pluripatológicos, polimedicados, población que vive sola o excluida, etc. Indicadores de riesgo social, dependencia, y no solamente clínicos…

El etiquetado puede influir en el nivel de manejo del paciente (hospitalario, atención primaria, manejo extra-sanitario), agresividad en la medicalicación, así que los criterios, y cuál es el grupo de consenso que los elabore, tampoco son “inocentes” en ese sentido.

Se supone que tras el “etiquetado”, habría una serie de intervenciones previstas, individuales o grupales (o poblacionales)

Valoramos de forma positiva la atención atendiendo a las necesidades concretas de cada individuo.

No estoy de acuerdo en estratificar a la población solo según el nº de patologías crónicas sino según su nivel de dependencia y necesidades sociosanitarias.

Como he dicho, básico para todo el proyecto.

Me parece importante estratificar y definir las enfermedades crónicas

La estratificación del riesgo y de los enfermos con mayor pluripatología, polifarmacia y fragilidad por si sóla no sería útil si no va acompañada de una propuesta de atención diferente. Creo que es conveniente identificar a los pacientes de la pirámide de Kaisser, pero que no cometamos el error de prestar una atención a estas personas o a sus cuidadores en personas dependientes del sistema sanitario, y acabemos volcando en ellos muchos de los recursos que se deben prestar a otros niveles de la atención sanitaria (como la prevención y la promoción)

Es decir, visibilizar a las personas con mayor fragilidad sí, pero equilibrar los recursos que se van a destinar a ellas.

NO le doy mucho valor si no se hace en el contexto de actividades programadas en el marco de actuación de los servicios sanitarios. Creo que este componente es de los mas deficitarios del documento, con lo que dotarse de una estratificación puede ser inútil si no existen pasos previos.

La estratificación por enfermedades crónicas en ocasiones encorseta demasiado a los pacientes en alguna patología y lo que ello trae consigo.

Me parece importantísima la coordinación entre diferentes Consejerías.

Me parece adecuado se han de definir las enfermedades crónicas.

Debería clarificarse qué patologías van a tener la consideración de enfermedades crónicas (¿obesidad? ¿tabaquismo? ¿alcoholismo? ¿pobreza?) y en que medida se van a considerar en esta estratificación los factores sociales que en ocasiones determinan la gravedad de estas patologías

Básico en función de riesgo y necesidades

No solamente desde un punto de vista de salud y patologías, sino multidimensional e integral.

¿Estratificación o priorización de determinadas enfermedades? ¿La prevención de dirigiría sólo a determinadas personas?

La coordinación de las políticas es básica para sacar los proyectos adelante y este, por su importancia, requiere de la máxima coordinación.

En la estrategia 2, estando de acuerdo lógicamente con el objetivo, no tengo claro que la estratificación sea el mejor método, aún incorporando los determinantes sociales no se podría incluir otros aspectos que contribuyen a decirnos la complejidad de los casos, como son la dependencia funcional, problemas socio-familiares, cuidadores, necesidad de ayudas, competencia individual/familiar para los cuidados,…..

Considero que los médicos y enfermeras de AP conocen la población a su cargo con problemas de pluripatología y con el sistema actual de comunicación de altas (bastante mejorable) se tiene información de los ingresos, aunque no de las visitas a urgencias, (es necesario y fácil de resolver). Si conocen los pacientes pluripatológicos, sus ingresos hospitalarios y además en la mayoría de los casos sus soportes socio-familiares ya tendrían la estratificación hecha de sus pacientes con mayor información de la que se obtendría con la estratificación clásica y se ahorraría todo el coste económico y de trabajo que supone la citada estratificación.

Faltaría el desarrollo de protocolos específicos, que bajo mi punto de vista, tendrían que incluir otras escalas de complejidad, no solo de comorbilidad y además desde un enfoque global no por patologías, centrado en la persona y no en las enfermedades.

Totalmente de acuerdo en la evaluación. Todo lo que se haga debe ser evaluado y actuar en consecuencia.
Muy de acuerdo. Contar con las aportaciones de profesionales e iniciar un pilotaje

Muy útil, aunque la valoro con menos puntuación por la dificultad para llevarla a cabo

Interesante el modelo Kaiser ampliado sobre todo para la prevención ante el paciente frágil y de alto riesgo desarrollando protocolos y líneas de actuación específicas

Estoy de acuerdo en la necesidad de estratificar, pero me parece muy difícil y laborioso hacerlo teniendo en cuenta los determinantes sociales entonos los pacientes

Temo la estratificación en general, y más si está basada en las patologías y no en las personas. Me parece bien el enfoque que se propone pero hay un serio riesgo de poner etiquetas.

El mayor riesgo de estratificar es a la hora de asignar recursos,¿ mayores recursos para la cima de la pirámide (pacientes complejos que precisan más cuidados)? Tengo dudas

Muy importante estratificación de la población. Experiencias previas lo demuestran. Fundamental, “Kaiser ampliado”. El desarrollo de programas y protocolos basados en los resultados obtenidos, se

realizará a medio-largo plazo. Lo digo por las ¿prisas?. Es importante tenerlo claro desde el principio (está pensado cómo?).

Conocer el riesgo de nuestra población servirá para organizar mejor el trabajo. .

Proyecto Estratégico 3. Comisión intersectorial de Salud en todas las Políticas

Media:3,98
DE:1,02
Ranking Medias:23
Ranking DE:19

Aportaciones

Trabajo con otras Consejerías: importante y pendiente, sobre todo en el ámbito de Educación. Empleo e industria por los riesgos laborales y por la repercusión en salud del desempleo.

Cierto escepticismo……????? Es lo necesario para trabajar sobre determinantes ¿es posible?

Creo en la necesidad de la coordinación de políticas encaminadas a preservar la salud, no se si para ello es preciso crear una comisión.

Considero muy importante abordar los problemas implicando todas las estructuras sociosanitarias

Cuando uno empieza leyendo el proyecto estratégico 1 relativo al Observatorio de la Salud, lo que espera como proyecto 2 es esta Comisión Intersectorial que tenga como objetivo aprovechar todo el conocimiento que genera el Observatorio para diseñar unas políticas transversales e intersectoriales capaces de influir en la salud de la población a través de la intervención sobre los múltiples determinantes que la explican.

Pero aparece en una línea política que sin duda es más adecuada.

Interesante pero desde mi punto de vista secundario. Creo más importante fidelizar desde abajo, dar protagonismo a los actores de los diferentes proyectos y darles visibilidad del marco global en el que están actuando.

Puede ser útil

Siempre que su composición y competencias favorezcan el logro de la pretendida participación activa.

Me parece muy difícil de aplicar, la intención es buena.

Me parece adecuado abordar el problema de la salud implicando a las diferentes estructuras de la sociedad, no solo sanitarias

Necesario y muy complicado.

Lo veo poco viable, cada Ente tiene sus prioridades

Muy necesaria por todo lo anteriormente esbozado.

Me parece importantísima la coordinación entre diferentes Consejerías.

En la línea de Ciudades Saludables, hemos empezado a idear un proyecto de “Pueblos y Ciudades libres de Humo” que adjunto por si pueda encajar aquí.

De acuerdo, esperando que de ello surja la elaboración de documentación que se lleve a cabo (y no quede en los cajones) y de reuniones operativas que devengan en obligado cumplimiento.

¿Compuesta por quién? ¿Con qué funciones y competencias? Como antes indiqué, yo creo que Salud Pública sería quien debería liderar una acción global de gobierno. No creo que la creación de ninguna comisión vaya a favorecer en nada todo este proceso.

Quizás por las circunstancias de cambio actuales veo lejana esta comisión.

Sobre todo centrándose en aquellas enfermedades crónicas más prevalentes en nuestra población.

Es esencial la Interrelación de la Consejería de Sanidad con la de Servicios Sociales y Ayuntamientos

Proyecto estratégico 4. Fortalecimiento de las estructuras que trabajan en el ámbito de la salud en el territorio

Media:4,31
DE:0,89
Ranking Medias:16
Ranking DE:14

Aportaciones

Los Consejos de Salud deben de potenciarse para ser más participativos, actualmente están funcionando, salvo honrosos casos, como meros receptores de información

Es una buena base de trabajo en esta línea política.

Se percibe más accesible

La experiencia nos informa de que el trabajo en red, las estructuras que son capaces de coordinar el trabajo que desarrollan en un territorio distintas entidades, de propiciar el encuentro, de transferir conocimientos y buenas prácticas, siempre redunda en un mejor aprovechamiento de los recursos existentes y en una mayor eficacia de las actuaciones que desarrolla cada una de esas entidades.

Continuar con el desarrollo de convocatorias del Consejo de Salud de zona que se vienen desarrollando. Resulta evidente que es necesario desarrollar acciones de salud en el conjunto de la sociedad, sobre todo con la premisa de promoción de la salud

El emponderamiento de los pacientes en un marco preventivo es importante. Su implicación como actores y no como meros receptores de información o de consignas potencia su participación activa y su capacidad de empujar y crear nuevos programas

Me parece muy indefinido. Mas que identificar hay que promover la Creación de Consejos de Salud especialmente en las zonas urbanas donde son prácticamente inexistentes. Debe dárseles apoyo **REAL.** Creo que hay que dar entrada también a otras estructuras que o no están en los Consejos de salud porque estos no existan o porque no se les ha incorporado. Hablo de ONG, inmigrantes,… No entiendo **lo de responsables técnicos** en el territorio…

Efectivamente, porque desde los Consejos de Salud (Área/Zona) con el apoyo del OBSA se pueden y deberían incitar, estrategias y actuaciones compartidas.

Este fortalecimiento no ser posible si no avanzamos en formulas que nos permitan por un lado mejorar el nivel de coordinación tanto entre estructuras asistenciales como no asistenciales así como en el desarrollo y despliegue de indicadores que nos permitan evaluar el cambio

En la figura de Director de Asistencia Sanitaria y Salud Pública de cada Área, probablemente el segundo apellido es el menos desarrollado. Lo asistencial se come todo ¿Debería haber una figura independiente y del mismo rango? Importante una participación multidisciplinar para desarrollar la Salud Pública en las Áreas.

El desarrollo de mapas de activos en salud, me parece interesante, si llega a los profesionales y la población.
Proponemos que en el desarrollo y actualización de mapa de activos de salud se visibilice la existencia de asociaciones que prestan apoyo a personas con enfermedades crónicas.

En este proyecto hay que pensar cómo diferenciar y/o integrar las escuelas municipales de salud, en lo que será el proyecto de Escuela de Salud de la Consejería, en el que se desarrollarán las Estrategias de Autogestión de pacientes. Será necesario profundizar en como armonizar ambas, dado que si bien su nombre las asemeja, el contenido y desarrollo es diferente.

De acuerdo con el fortalecimiento de esas estructuras, pero considero limitado el contenido asignado
Me pareced también adecuado el desarrollo de acciones de salud en la sociedad, con el fin de prevenir el desarrollo de enfermedades

Algo teóricamente perfecto, pero parece más bien una utopía,

Uno de los pilares de todo. Pienso que hay que incidir mucho en esta estrategia y conocer bien todo el entramado disponible,

De no existir, me parecería de gran interés la creación de Consejos de Salud de Área que pudieran participar, como órgano consultivo al menos, en las iniciativas municipales que pudiesen tener influencia en mayor o menor medida sobre la salud y sus determinantes (medida de intervención local en lo que se denomina Salud en todas las Políticas).

Me parece de gran interés fortalecer dichas estructuras. Desconozco la existencia de muchas de ellas en mi área. Por tanto creo que de no existir habría que plantearse su creación, siempre con una finalidad practica y de cara tomar medidas concretas o a asesorar a los organismo pertinentes.

Totalmente de acuerdo con el objetivo, pero hay que caminar para que esto sea realidad. Hace años que se habla de los Consejos de Salud de zona y área, actualmente activos pero bastante inoperantes. Los ciudadanos han hecho propuestas de modificación del funcionamiento de dichos Consejos y no se han tenido en cuenta, creo que es hora de retomarlo.

Me parece muy importante el 4º punto de compartir actuaciones entre municipios y salud, coordinarnos, compartir recursos y no duplicar actividades.

Lo primero es definir y situar las estructuras en diferentes niveles

Creo necesario intervenir en los entornos laborales con actividades de promoción y prevención. La salud laboral no puede quedar al margen de la estrategia y desde salud pública se deberían indicar acciones a seguir

En cuanto a fortalecer las estructuras de salud pública de las Áreas totalmente de acuerdo, pero me temo que esto no sea más que una buena intención. En cambio, para la participación creo que debería existir un consejo de participación ciudadana, de ámbito municipal y no sanitario y lo de las Escuelas municipales de salud no lo acabo de ver claro (¿quién, cómo, dónde, a quién, con qué, etc….?).
Fundamental :educación , ayuntamientos

En este punto es preciso señalar la desigualdad existente entre Áreas Sanitarias. Siendo importante el fortalecimiento, mas importante es la creación de algunas de estas estructuras como técnicos de Salud,

Escuelas de Salud o potenciar la relación entre los recursos municipales, comarcales , Centros de Salud y Hospitales comarcales de referencia.

Importante la implicación de las instituciones municipales. Muy interesantes las Escuelas Municipales de salud

Consejos de salud de Zona. Está regulado, eso ya ayuda. La participación ciudadana es fundamental, pero es necesario motivar a los profesionales que aún no lo ven claro. En determinadas Áreas ya lo estamos impulsando, pero con trabajo.

Actualmente existen actividades promovidas desde distintas entidades dependientes de municipios, comarcas o Consejerías que son totalmente desconocidas en los centros de salud ¿Cómo se facilitará la difusión de estas actividades en los centros de salud? ¿Como va a articularse la colaboración de los profesionales sanitarios con los proyectos de salud municipales, comarcales o regionales? ¿Seguirán siendo acciones voluntaristas aisladas o serán exigibles a todo el personal y reconocidas?

Proponemos que en el desarrollo y actualización de mapa de activos de salud se visibilice la existencia de asociaciones que prestan apoyo a personas con enfermedades crónicas.

Proyecto estratégico 5. Desarrollo del Plan de Acción de Salud y Medio Ambiente del Principado de Asturias

Media:4,02
DE:0,96
Ranking Medias:21
Ranking DE:18

Aportaciones

Desconozco en que consiste ese plan y por eso no puntúo este proyecto estratégico. Me recuerda vagamente a los diagnósticos de salud que se hicieron en los primeros años de la reforma de la atención primaria.

Urge que los agentes clave en nuestra sociedad lo elaboren para satisfacer las necesidades del presente sin poner el peligro la capacidad de las generaciones futuras.

Este plan pone de manifiesto y concreta en unas determinadas actuaciones el enfoque de “Salud en todas las políticas”. Muy pertinente, a tenor de la información disponible sobre riesgos y de efectos sobre la salud derivados de las condiciones del entorno, especialmente en Asturias.

Teóricamente interesante pero tal vez excesivamente etéreo.

Parece adecuado una acción global de salud en su relación con el medio ambiente muy probablemente resulte beneficios si se utilizan las aest5rategias adecuadas

En la situación actual de crisis económica hay intereses encontrados : Asturias “paraíso natural” vs. “desempleo”

Entra dentro de los planes de Salud Publica y por tanto con clara relación con la atención a la cronicidad. Conceptualmente es entendible. Desde un punto de vista práctico, creo que aborda muchísimos spectos, muchos de los cuales exceden de las compentencias de la Consejería de sanidad. Lo veo poco factible.

Desconozco los detalles de dicho plan pero dada la importancia del entorno como determinante de salud, tomar medidas de ordenación en ese ámbito me parece esencial.

Estaría bien conseguir un desarrollo sostenible, pero como trabajo en Avilés y veo lo que veo….Ojalá este plan funcionara!

Un trabajo de interacción más entre los diferentes departamentos de la Administración Pública.

Buscar la concienciación del Ciudadano en Protección del Medio Ambiente y fomentar el uso de Energías Renovables.

Identificar los riesgos ambientales más condicionantes en nuestras enfermedades crónicas

Proyecto estratégico 6. Consolidación de la Alianza de Salud Comunitaria.

Media:3,94
DE:1,05
Ranking Medias:24
Ranking DE:20

Aportaciones

No entiendo la necesidad de elevar a categoría de proyecto estratégico algo que entiendo más como premisa básica de trabajo: trabajo en red con otras consejerías y fomentar el intercambio de información y experiencias.

Favorece el intercambio siempre enriquece

La experiencia nos informa de que el trabajo en red, las estructuras que son capaces de coordinar el trabajo que desarrollan en un territorio distintas entidades, de propiciar el encuentro, de transferir conocimientos y buenas prácticas, siempre redunda en un mejor aprovechamiento de los recursos existentes y en una mayor eficacia de las actuaciones que desarrolla cada una de esas entidades.

Necesario

Muy interesante en el mismo sentido que el proyecto 4

No sé, no lo veo aquí. Desde luego no al mismo nivel que otras propuestas

Es interesante formar parte de una red nacional de esas características, si impulsa las actividades comunitarias en nuestra región. Pero no conozco mucho su funcionamiento.

Aspecto interesante pero no crucial para el desempeño de nuestro sistema sanitario

Es evidente que es importante esta acción de salud global y de medio ambiente.

Aprender de las experiencias de otras comunidades y de sus resultados científicos en el manejo del paciente crónico también lo considero muy importante, especialmente de comunidades de cómo Andalucia, Cataluña o el País Vasco con un recorrido notable ya en este tema.

Para que el SNS, como tal, se refuerce y los posibles avances se afiancen.

Desconozco qué se ha conseguido desde su creación

Hoy por hoy es una utopía; lo habitual es no pasar datos o pasarlos erróneos

Importante compartir experiencias.

Me falta información al respecto

La atención a la Cronicidad es un cambio de visión muy importante. Algunas Comunidades vecinas tienen ya un camino recorrido, aprender y compartir con organismos que tienen los mismos intereses es enriquecedor para todos.

El intercambio de experiencias y proyectos entre comunidades enriquece muchísimo nuestro trabajo Debemos caminar a la vez y con los mismos objetivos en todas las Comunidades Autónomas para evitar Desigualdades.

Proyecto estratégico 7. Fomento de la Red de Ciudades Saludables en Asturias.

Media:4,03
DE:1,12
Ranking Medias:20
Ranking DE:21

Aportaciones

Favorecer la implicación y el compromiso de los concejos en la Red de Ciudades Saludables e impulsar y potenciar los modelos ya desarrollados

Incluir a asociaciones para compartir experiencias que puedan ser utilizadas como buena praxis en la atención a pacientes.

La experiencia nos informa de que el trabajo en red, las estructuras que son capaces de coordinar el trabajo que desarrollan en un territorio distintas entidades, de propiciar el encuentro, de transferir conocimientos y buenas prácticas, siempre redunda en un mejor aprovechamiento de los recursos existentes y en una mayor eficacia de las actuaciones que desarrolla cada una de esas entidades.

No conozco su funcionamiento. Supongo que es interesante para el protagonismo municipal en políticas de salud.
Adjunto el borrador del proyecto “Pueblos y Ciudades sin Humo”. Creo que encaja en éste Proyecto.

Fomento de Entornos Saludables, (que englobe el ámbito rural y urbano) .

Interesante y de difícil aplicación práctica.

Es evidente que es importante esta acción de salud global y de medio ambiente.

Reitero lo dicho en el proyecto 4. Creo que es imprescindible coordinar e integrar las distintas actividades comunitarias que se realizan desde el ámbito de salud y desde los municipios u otros organismos o asociaciones como por ejemplo Instituto Asturiano de la Mujer, Concejo de la Juventud,…etc, para no duplicar actividades y realizarlas de forma coordinada y aprovechando recursos

Necesitaría más información en este punto

Creo que es otra medida importante en lo que concierne a la promoción de la salud y a un entorno saludable.

Incluir a asociaciones para compartir experiencias que puedan ser utilizadas como buena praxis en la atención a pacientes.

Es imprescindible.

Problemas de financiación (“quien paga manda”)

Trabajar directamente con los ayuntamientos para hacerles ver la importancia de los llamados determinantes de la salud y valorar las posibilidades de intervención podría ser útil en muchos casos, pero esta es una red que lleva teóricamente funcionando hace ya muchos años y no veo que sirva para gran cosa.

Importante labor en la desmedicalización y en el fomento de actuaciones intersectoriales desde la perspectiva de estructuras administrativas y políticas descentralizadas

Una estrategia como ésta requiere la implicación de todos y en todos los ámbitos

Debería fomentarse grupos de trabajo comunitario interdisciplinar.
Fomentar la integración de actividades comunitarias dentro de la red "Asturias Actúa en Salud"

Proyecto estratégico 8. Estrategia Naos. Alimentación Saludable y Producción Ecológica en los Comedores Escolares de Asturias

Media:4,43
DE:0,94
Ranking Medias:12
Ranking DE:16

Aportaciones

Es trabajo a futuro, y por las evidencias disponibles y las tendencias descritas, creo que es un aspecto prioritario en términos de prevención

Por la importancia de la alimentación y el papel del ámbito educativo (escolar) en la formación y desarrollo de prácticas/hábitos saludables.

Creo que ha habido cambios en la orientación de las comidas de los comedores escolares y se han coordinado esfuerzos, pero los últimos resultados en Asturias sobre la población que se alimenta adecuadamente son un poco tristes… Tengo dudas por las empresas adheridas… Coca cola, Bimbo…

Muy bien. Gran oportunidad educativa para la salud.

Desde mi punto de vista resulta especialmente relevante el proyecto de Alimentación Saludable - Estrategia NAOS, por cuanto se trata de una estrategia educativa dirigida a los niños con incidencia desde edades muy precoces y potencialmente puede crear hábitos saludables con mayor eficacia que en otras edades de la vida. Creo que es importante identificar e incidir sobre el principal obstáculo que se puede encontrar: el entorno familiar del niño. Las actitudes y creencias de los padres (consideración de la obesidad como algo normal y aconsejable, reflejo del estado de salud, y por tanto predilección por comidas grasas) pueden dar al traste con la potencialidad del programa, por lo que identificar a los niños en riesgo por esta circunstancia y extender la actividad formativa a su entorno familiar podría solucionar parte del problema.

"Conservar la biodiversidad y los recursos naturales" no lo veo demasiado relacionado con el Proyecto 8. No obstante es una línea muy necesaria.

Nada que aportar. Seguir desarrollando y ampliando los comedores que se vean beneficiados de la estrategia NAOS.

Opción del máximo interés para Salud Pública, pero entiendo que algo alejada de esta estrategia. Útil a medio y largo plazo.

La importancia de las medidas promovidas por este programa es incuestionable, pero no tengo claro que encaje en un plan de Atención a Pacientes Crónicos, ya que dicho programa va dirigido a escolares.

Prioritario en el momento de crisis económica actual

Es evidente que es importante esta acción de salud global y de medio ambiente.

Esta estrategia me parece bien pero creo que en lo relativo a la promoción de salud se debe ser más ambicioso.

En mi opinión no debería limitarse a la actuación con la estrategia Naos y los comedores escolares, aunque estoy totalmente de acuerdo en su continuidad y fortalecimiento.

Creo que la promoción de salud más eficaz es la que implica políticas decididas de salud que llegan a toda la población como pueden ser la Ley Antitabaco o la determinación de disminuir la cantidad de sal en el pan. En ese sentido creo que habría que incorporar al proyecto determinados aspectos de promoción de salud globales, como: negociar con la industria alimentaria una disminución progresiva de la sal en los alimentos precocinados y otros; disminuir las grasas trans, los azucares y otros componentes de los alimentos que se sabe son nocivos. Continuar con políticas restrictivas del consumo de tabaco no bajando la guardia en la aplicación de la ley antitabaco. Establecer medidas anti-alcohol similares al tabaco, que si bien muchas se contemplan en el Plan de Acción sobre Drogas, deben ser una realidad. Para conseguir el principio de equidad en la salud resulta imprescindible.

Promover espacios saludables. El fomento del ejercicio y evitar el sedentarismo es en estos momentos una acción prioritaria, debería reforzarse en el currículo escolar con el aumento de horas lectivas para actividad física y el fomento de estas actividades extraescolares accesibles a todos los escolares en todos los niveles educativos. Fomentar con los ayuntamientos actividades de este tipo.

Este es un tema que requeriría todos nuestros esfuerzos, y cuanto antes mejor.

Ya se está llevando a cabo con la atención primaria.

La educación para la Salud empieza por la escuela... Prevenir las enfermedades crónicas...también.

Centrarlo en educación y formación

Proyecto de gran valor por diversos motivos:

- Acercamiento entre las estructuras educativas y sanitarias
- Mejora de la alimentación de los niños
- Educación en prevención de la obesidad

Lleva tiempo llevándose a cabo en muchos colegios , el índice de sobrepeso y obesidad en nuestros niños sigue aumentando ,es necesario ampliar formación a familias e introducir el ejercicio físico en la estrategia

Proyecto estratégico de Alimentación saludable “Estrategia NAOS”. La promoción de la salud empieza en los colegios, pero en todos. Esta línea contempla el control de los menús escolares en aquellos colegios que tienen cocina propia.

Sería bueno incluir líneas colaborativas con los Ayuntamientos bien estructuradas, que contemplaran la supervisión de los comedores que tienen catering. Los Ayuntamientos piden ayuda a nivel local, pero era bueno algo ¿institucional?

Educación en Alimentación en la Escuela

Proyecto estratégico 9. Incorporación de la perspectiva de desigualdades en los diferentes programas e intervenciones.
Media:4,37
DE:0,77
Ranking Medias:14
Ranking DE:12

Aportaciones

¿Se refiere a desigualdades de género o a cualquie tipo de desigualdad?

Evidentemente la corrección de las desigualdades, sobre todo a nivel sociosanitario, hace que los ciudadanos tengan las mismas oportunidades de salud

Es uno de los principales problemas en nuestro entorno y que cada vez empeora más.

Interesantísima apuesta, pero tengo dudas sobre la posibilidad de su materialización en actuaciones de impacto (salvo a efectos informativos, que no es poco)

Máxime en los tiempos que vivimos, el retroceso en coberturas básicas de necesidad y el evidente incremento de las desigualdades.

Muy necesario, dada la creciente disparidad en la atención a los pacientes crónicos, en un momento marcado por las restricciones presupuestarias en prestaciones sociales.

Muy necesario en una Comunidad Autónoma con prestaciones sociosanitarias desiguales en función del área de residencia, con pocos mecanismos de compensación interterritorial.

Importante que se incluya en la estratificación, además. Lo más obvio son las desigualdades de género y económica, pero también deben orientarse programas e intervenciones a nivel cultural, tendencia a la exclusión…

De gran importancia dadas las características del territorio en Asturias

Es evidente la influencia de las desigualdades y las condiciones de vida

Es importante el tema de las desigualdades, no sé muy bien por el documento enviado qué acciones concretas conlleva. Es muy importante que toda la población tenga las mismas oportunidades en salud, en todas las áreas sanitarias.

Me parece muy importante tener en cuenta la perspectiva de desigualdades, tanto en las evaluaciones como intervenciones debiendo optar por una discriminación positiva hacia los más vulnerables

Creo que la identificación de desigualdades no puede ser una opción sino una obligación para quienes trabajan para mejorar la salud de una población.

Necesario. Hay cosas hechas y ejemplos a seguir en otras comunidades que nos permiten evitar errores y perdidas de tiempo

Fundamental la perspectiva de desigualdad.

Necesitaría más información en este punto. Con la definición en sí, estoy de acuerdo.

Adaptar los programas a cada población especifica en toda nuestra comunidad

Es importante detectar Desigualdades para poder corregirlas.

Es evidente (Stigliitz) que aumenta la distancia entre ricos y pobres, también en salud

Proyecto estratégico 10. Promoción de la Salud y Participación Comunitaria.

Media:4,55
DE:0,72
Ranking Medias:11
Ranking DE:10

Aportaciones

Siendo la participación un asunto fundamental, que lo es, hay que tener cuidado con quienes asumen la representación de los ciudadanos/pacientes. La industria farmacéutica está, cada vez más, detrás de muchas asociaciones de pacientes. Convendría declarar conflictos de intereses.

Ya va siendo hora de que "salgamos de nuestras consultas"

Importante la participación de voluntariado formado

La formación y adiestramiento para lograr entornos y estilos de vida saludables, utilizando todos los recursos posibles, es fundamental.

Creo que habría que incluir Iniciativas dirigidas a población diana de enfermedades cardiovasculares ,en este caso población de 35 a 65 años, pacientes con diabetes (amputaciones) y signos de alarma de ictus.

Muy de acuerdo.

Interesante, especialmente en las acciones que apuntan a las condiciones generales relacionadas con el envejecimiento y la cronicidad.

Muy importante la formación de personas del voluntariado.

Coordinación con los programas de voluntariado en funcionamiento y participación comunitaria.

Promoción de la Salud y Participación Comunitaria: Intentar valorar las necesidades e intereses de la población del área y proporcionarles una educación sanitaria y potenciar su implicación mediante charlas (en centros sociales, centros de día, locales de asociaciones vecinales, ayuntamientos…), con foros de discusión donde poder exponer sus dudas y preocupaciones sobre patologías concretas.

Ya comentado el "handicap" de la obtención de resultados a largo plazo

Ignoro si este u otro documento, además de haber llegado a los profesionales para que participemos con nuestra opinión, se ha enviado también a colectivos ciudadanos que trabajan en temas de salud. Parece que sería adecuado.

Me parece importante establecer los mecanismos para gestionar la participación del voluntariado, teniendo claro que es solo un recurso esporádico y que no suple determinados apoyos formales.

En cuanto a las acciones para la EdS deben ir acompañadas de recursos y de reconocimiento de la actividad.

De acuerdo con el estudio de las necesidades y prioridades de pacientes y cuidadores, el resto me parecen simplemente buenas intenciones.

Imprescindible

Ya se están llevando a cabo acciones encaminadas a la promoción de la salud y participación comunitaria desde centros de salud

Todo lo que es Educación para la Salud es importante pero en este momento creo mas necesario identificar necesidades de pacientes, cuidadores y hasta de los propios profesionales en el ámbito de la cronicidad

Considero la eps y las intervenciones en la comunidad, fuera del ámbito sanitario, fundamentales a la hora de cambiar actitudes que prevengan enfermedades y complicaciones de problemas de salud ya establecidos.

Priorizar la optimización de recursos propios en cuanto a investigación e implantación de programas de actuación, educación y seguimiento en enfermedades crónicas.

Muy importante la participación del voluntariado. Importante también la formación de red de cuidadores informales como estructura de apoyo. En el Área III, hemos generado un programa de educación y ayuda al cuidador informal captado en proceso agudo de la persona afectada con continuidad en el ámbito comunitario. Tenemos participación del Ayuntamiento de Avilés que forma parte a su vez del proyecto europeo " Acting for dependent".

Es tarea pendiente desvincular a las asociaciones de pacientes de su dependencia de la Industria. Creo entender, no obstante que subvenciones de las que se habla en esta línea, habla sólo de programas concretos. La idea de incluir a estas entidades en el diseño me parece importante.

Es importante la formación y organización del Voluntariado y también la Identificación de las necesidades de los Pacientes Crónicos y de los Cuidadores

Proyecto estratégico 11. Instrucciones previas (testamento vital)

Media:4,37
DE:0,96
Ranking Medias:15
Ranking DE:17

Aportaciones

Muy importante, debería de informar adecuadamente y educar a la población en este aspecto. Evitaría problemas a la hora de tomar determinadas decisiones en algunas circunstancias de relieve

Tan importante como que los ciudadanos sepan de la existencia de instrucciones previas, lo es que lo sepan los sanitarios que atienden al paciente

Hay que incidir más en ello

Lo veo como una iniciativa dirigida a población general, no a pacientes con enfermedades crónicas exclusivamente ni mucho menos con enfermedades cardiovasculares. Se puede contemplar como un proyecto estratégico transversal, es decir a incluir en todo tipo de atención de salud.

Elaborar un procedimiento de actuación común para información a los pacientes que llevarían a cabo los trabajadores sociales sanitarios.

Me parece muy importante, se ha de hacer labor educadora. Se plantean muchos problemas por no existir pautas de actuación definidas por las personas

Incluir al personal de enfermería en la visualización del testamento vital, dado que colabora desde el inicio del proceso.

Como garantía del derecho de autonomía, que las políticas progresistas deben fomentar y propiciar.

Simplificar el procedimiento. Acceso a enfermería al procedimiento y al documento final al mismo nivel que los médicos. Sistema de notificación al equipo médico-enfermera responsable del paciente de las situaciones de ingreso, y capacidad de intermediar en caso necesario para la toma de decisiones al final de la vida.

Excelente y ya que enfermería es la que informa de forma proactiva a sus pacientes, permitir el acceso desde la Historia clínica por parte de la enfermera al documento.

Muy relevante desde un punto de vista general pero relativamente secundario en el contexto de las necesidades de una estrategia específica como la que nos proponemos desarrollar aquí.

No tengo claro que corresponda realmente a esta estrategia

Fundamental en los tiempos en que vivimos en el que a veces se intenta prolongar la vida más allá de lo natural (en base a la historia natural del proceso morboso de base) a veces a costa de realizar procedimientos invasivos y manteniendo la vida del enfermo en condiciones de escasa calidad o dignidad. Por ello resulta capital informar a la población acerca de los defectos y bondades del testamento vital, así como facilitarles el acceso al mismo en caso de decidir realizarlo, ampliando así la Autonomia del Paciente, facilitando además la labor del medico que debería tener acceso inmediato al mismo desde el momento de la atención medica a cualquier nivel en el sistema sanitario (hospital, centro de salud, Paliativos, Urgencias…).

No es difícil de conseguir, los resultados se obtienen a corto plazo

Muy de acuerdo con este punto que me parece esencial.

Creo que debiera ir acompañado de un cambio en la normativa que facilite su realización por las personas interesadas, tanto en el contenido como en el lugar y modo de realizar la gestión y por otro lado, de información a los profesionales médicos, enfermeras y trabajadores sociales de AP y AE para que se impliquen en ello.

Desde el Gobierno regional se debería profundizar en el derecho de autonomía del paciente, reconociendo el derecho de las personas a decidir el momento de su muerte e instando al Gobierno Central a debatir la ley que despenalice la eutanasia y el suicidio asistido.

Probablemente la medida mas importante a tomar para avanzar en le terreno de la autonomía del paciente. Debe difundirse y hacerse accesible al ciudadano y por supuesto a los médicos que precisen conocer las voluntades del paciente para actuar acorde con sus deseos en las diferentes situaciones clínicas.

Bien definido y operativo pero poco conocido tanto por pacientes como por Medicos. Cualquier esfuerzo en este sentido es favorable. (Ejemplo: casi nadie sabe que en SELENE hay un icono que pone DIP que indica si el paciente dispone del testamento Vital. Si el medico no lo sabe ver.....poca utilidad practica tiene).

Es el gran desconocido por la mayoría de la población, importante su divulgación.

Información clara para realizar el Testamento Vital.

Creo que mucha población no está culturalmente preparada para el testamento vital. Sería fundamental la campaña de información previa

En mi experiencia personal puedo comentar que en nuestra población existe poca "cultura" sobre este aspecto ,incluso a nosotros los profesionales nos cuesta preguntar con naturalidad, pero si creo que debe incluirse
Sí que pueda ser necesario dirigir la información respecto a las Instrucciones previas en pacientes con pluripatología. Pero habrá que saber enfocarlo. En cualquier caso, la divulgación en cualquier ámbito, más social y asociativo que sanitario, es tarea pendiente.

Proyecto estratégico 12. Atención a los personas cuidadoras

Media: 4,75
DE:0,54
Ranking Medias:4
Ranking DE:4

Aportaciones

Cuidados en domicilio: no sólo formar y apoyar a cuidadores informales también es necesario incluir recursos y crear redes de apoyo

Continuar con el desarrollo de los talleres de apoyo al cuidador que se vienen realizando en los centros de salud. Y dar mayor difusión del mismo a la población para una mayor participación de las familias

Fundamental pues son personas que tienen un papel fundamental y no tienen prácticamente ningún reconocimiento laboral ni social

Valoramos de forma muy positiva la implantación de las diferentes acciones, destacaríamos la importancia de desarrollar acciones vinculadas al autocuidado de las personas cuidadoras y no solo a la dotación de herramientas para mejorar en el cuidado de los/as pacientes crónicos.

Por el importante papel que desarrollan y las repercusiones del mismo para ellas, los que cuidan y el conjunto de la sociedad.

Muy relevante para el fortalecimiento del eslabón más débil de la cadena de cuidados, habitualmente olvidado y más cuando los presupuestos sociales menguan.

Contemplar aquí otras estructuras sociales que también dan formación a cuidadores(ayuntamientos,…)

Proyectos estratégicos 16 y 17 muy interesantes. Proyectos estratégico 19 muy interesante: las personas afectadas de esclerosis múltiple necesitan saber el origen de la enfermedad, y para ello es necesario investigación.
Son los grandes abandonados por todos.

Reactivación de ayudas a la dependencia.

En el momento actual tal y como se despliega esta accion solo actua sobre aquellos cuidadotes que están mas "sanos". Seria deseable avanzar hacia una identificación mas temprana de pacientes que puedan estar en mas riesgo de desarrollar síndrome del cuidador

Mayor capacidad del médico de familia para el ingreso de pacientes en hospitales de crónicos-cuidados paliativos, incluyendo situaciones transitorias de claudicación del cuidador (con los límites que se acuerden).

Valoramos de forma muy positiva la implantación de las diferentes acciones, destacaríamos la importancia de desarrollar acciones vinculadas al autocuidado de las personas cuidadoras y no solo a la dotación de herramientas para mejorar en el cuidado de los/as pacientes crónicos.

Para poder dar continuidad a este programa que ya se viene desarrollando en Asturias hace años, habría que coordinarse con los servicios sociales para poder coordinar la ayuda a domicilio simultáneamente a la realización de los talleres grupales para las cuidadoras.

Muchas cuidadoras no pueden acudir a los talleres.

Igual se puede pensar en unos talleres interactivos con skype…O aumentar el apoyo con un contacto telefónico de referencia.

Contrariamente al punto anterior, entiendo que entra plenamente en los objetivos de la Estrategia

Hay que trabajar al voluntariado y a los familiares

Tema complejo y muy necesario, en el que los servicios sanitarios asistenciales pueden jugar un importante papel.
Muy importantes las personas que colaboran con los pacientes crónicos, deben ser si no pagados, sí al menos reconocidos socialmente

Ya lo están realizando muchos profesionales de atención primaria. Conseguir una mayor divulgación

Programas tipo “cuidar al cuidador”. Apoyo profesional al cuidador, Asociaciones de pacientes y familias, favorecer al menos en la publicidad, desde la propia organización sanitaria, este tipo de recursos

Grandes dificultades para captar población candidata a participar en los talleres de cuidadores, debido sobre todo al cambio en el rol del cuidador (cada vez se incorporan más cuidadores profesiones) y la falta de tiempo de los mismos para asistir a las actividades.

La cronicidad conlleva en muchos casos dependencia y por tanto necesidad de cuidados, con lo cual esta aumentando y aún aumentará más el número de cuidadores, y con ellos la problemática asociada a dicho rol, el “Sindrome del Cuidador”.

Muy de acuerdo en la atención a las cuidadoras.

Considero que no es imprescindible que sea por medio de talleres grupales ya que no siempre son posibles ni las cuidadoras quieren/pueden asistir, de hecho suele haber serias dificultades para la captación de participantes en los grupos. Los grupos debieran ser realizados para más de una zona básica para permitir que el número de participantes sea el adecuado. Se debería fomentar en las Áreas una “bolsa” de acciones, proyectos y personas para realizar EdS y así rentabilizar los recursos.

Se debiera trabajar para desarrollar adecuadamente una atención individual por medio de formación de los profesionales y su concienciación.

La formación debe ser continuada, ya que se hizo hace unos años y no se ha repetido y no ir enfocada solo a los talleres grupales. Las áreas de manejo de emociones y otras, que contempla la Guía desarrollada por el Sespa debieran impartirse a las enfermeras de AP para poder desarrollarla en el manejo de todas las cuidadoras y no solo de las que asisten a los grupos.

Se debe formar a las EIR en esta materia de manera similar a la formación dada en su día a enfermeras de AP, es decir no a través de una sesión aislada como se ha hecho, sino con un curso completo integrado en el programa formativo.

La atención a las cuidadoras pienso que requiere, además de ser tenidas en cuenta por los sanitarios, de un gran aumento de apoyos sociales, ayudas para los cuidados del familiar, acciones que permitan descansos, etc. Sin ello queda bastante coja la atención

Esencial que el profesional sea consciente de dicha problemática para identificar lo antes posible el cuidador principal del paciente crónico y actuar (apoyo, descargas…)

La salud , desde luego, empieza en la familia

Potenciar los talleres grupales destinados a cuidadores informales según iniciativa ya planteada dentro del Plan de Salud para Asturias 2004-2007, con la utilización de la guía de Atención a Personas cuidadoras. Colaboración de las instituciones locales en el apoyo a cuidadores, participación en talleres, información y recursos disponibles.

Responsabilizar a un profesional por centro sin que quepa la posibilidad de que el puesto quede desierto y sin que se responsabilicen siempre los mismos mientras otros viven en el limbo con igual o superior remuneración

Talleres para Cuidadores

Proyecto estratégico 13. Escuelas de Pacientes y Pacientes expertos/as

Media:4,42
DE:0,83
Ranking Medias:13
Ranking DE:13

Aportaciones

¿Por que no que los pacientes expertos contribuyan a la formación de los profesionales sanitarios, y no solo de otros pacientes?

Colaboración y coordinación con las asociaciones de pacientes crónicos.

Parece francamente importante el forma a personas que puedan ayudar y colaborar con los pacientes crónicos

No sólo pacientes con enfermedades crónicas sino cardiovasculares

Valoramos de manera positiva la implantación de programas de apoyo entre pares, servicios de counselling, etc.
Me parece que tiene un potencial enorme.

Muy interesante valorar y aprender de la experiencia de pacientes con años de enfermedad.

Sí, pero con un proyecto y una infrestructura que no se aproveche sólo del voluntarismo y las buenas intenciones de pacientes y enfermeras(además de todo esto)

Valoramos de manera positiva la implantación de programas de apoyo entre pares, servicios de counselling, etc.

Hay que tener cuidado con su inicio y su desarrollo. No se puede mezclar con el concepto de escuela convencional. Igual facilitaría cambiarle el nombre (tal y como hicieron en el País Vasco).

Y, como todos los proyectos poner recursos suficientes para su desarrollo.

Este proyecto me parece importantísimo. Es necesario empoderar a las personas, y hacerles responsables de sus decisiones en salud. Ser capaces de aumentar su autoeficacia y tener un afrontamiento eficaz de su enfermedad. También para disminuir la hiperfrecuentacion al sistema sanitario, evitar ingresos y complicaciones, y ayudar a desmedicalizar la asistencia.

En coordinación/cooperación con las asociaciones de pacientes.

Entra de lleno en los cometidos que debe favorecer la Estrategia

Escuelas de Pacientes: en el ámbito de la promoción de la salud me parece una gran idea agrupar a los pacientes y sus cuidadores, por patología y necesidades preponderantes, y potenciar su aprendizaje en el cuidado que requieren sus enfermedades y en como prevenir y actuar con prontitud en el caso de aparecer complicaciones en las mismas. Pudiendo aprender tanto de los profesionales como de los "pacientes expertos" formados previamente por ellos.
Muy importante la formación de personas que colaboran con los pacientes crónicos.

La enseñanza entre iguales puede ser un componente magnifico para completar la información que el paciente recibe de su enfermedad del personal sanitario.

Aprovechar la experiencia de los profesionales jubilados

Me parece relativamente bien el crear escuelas de pacientes en la comunidad; por supuesto mejorar la calidad de vida, el afrontamiento y los autocuidados es el objetivo que nos debemos marcar, pero debería ser con todos nuestros pacientes.

Dudo si las Escuelas de pacientes no son una moda que todos debemos copiar. Los resultados que se ofrecen es lógico que sean buenos aunque no sabemos si mantenidos en el tiempo o si comparados con otros programas educativos ofrecen mayores ventajas.

Tengo la sensación que estas Escuelas van dirigidas a un determinado paciente, un paciente Vip, que se beneficiaría de cualquier acción educativa desarrollada desde cualquier otro marco, pacientes que ya son activos, que tienen interés en aprender, en recibir información y ser autónomos, con un determinado nivel socio-educativo y por ello me pregunto si el enorme presupuesto que cuesta ponerlo en marcha es coste-efectivo, si los pacientes con ese perfil desarrollarían las mismas competencias con otros soportes educativos más económicos, yo creo que sí. Me parece que de nuevo es repetir la "ley de cuidados inversos"

Además, ignoro porque se ha puesto en marcha el modelo Stanford, que me imagino no ha debido ser muy económico, si se han tenido en cuenta otros modelos y si se ha valorado el adaptarlo a nuestro medio. Tal y como tengo entendido que se está desarrollando (quizás me falta información) no me convence en absoluto.

En mi área sanitaria (Gijón), estamos haciendo la captación de pacientes para la realización del primer curso en mi CS, de nuevo tenemos dificultades para captar pacientes susceptibles de participar, probablemente debido a las características de nuestra población.

Dudo pues, si no será una acción muy costosa con corto periodo de caducidad.

Me parece bien desarrollar mecanismos para colaborar desde el sistema sanitario con las asociaciones de grupos de pacientes con problemas específicos, pero no tiene porqué ser a través de estas Escuelas.

Considero que es un buen proyecto y que puede ser muy eficaz con escaso coste económico

Muchas veces la enseñanza entre iguales llega mas allá que la propia docencia profesional siendo ambas complementarias

Iniciativa que se está poniendo en marcha en la actualidad que pone en valor los conocimientos de los propios pacientes sobre su enfermedad, los empondera como educadores y que tiene mucho potencial porque es más fácil conseguir cambiar actitudes entre iguales. Quizá la mayor dificultad sea la duración de cada taller, que se conforma con unas cuantas sesiones y que pueden dar lugar a la pérdida de participantes en el tiempo.

Programa Paciente Activo: programa de educación en autocuidados para pacientes crónicos y cuidadores (Pais Vasco)

Creo más en cambiar nuestra forma de trabajo, trabajar una educación terapéutica basada en el autocuidado y la autonomía personal. Esta formación entre iguales, crear redes entre personas con procesos crónicos me parece una manera más de conseguir autonomía y responsabilidad, en mi modesta opinión se ha creado demasiada expectativa
Buscar cómo contar con Pacientes Expertos y Formación en Paciente Crónico

Línea estratégica que ya se está desarrollando en diferentes Áreas.

Difundir este y otros proyectos comunitarios en los centros de salud de manera que todos los profesionales conozcan los recursos disponibles y puedan orientar a los pacientes que consideren pueden beneficiarse de ellos. Que no tengamos siempre que enterarnos por la prensa. Que la cooperación de los profesionales en estos proyectos tenga una base organizativa y no dependa como siempre de voluntarismos y tenga el correspondiente reconocimiento.

Estos programas vienen a renombrar lo que desde los inicios de la AP, con implantación desigual, vienen haciendo las enfermeras comunitarias, la llamada EpS grupal, o trabajo con grupos psicoeducativos (diabéticos, obesos, hipertensos, cuidadoras, bienestar emocional etc.). Para llevar a cabo esa actividad, las enfermeras interesadas se han formado a lo largo de estos años , realizando entre otros, los cursos que ha organizado el IAAP, además de la autoformación. Estos programas de Pacientes expertos, escuela de pacientes… me parece que es recurrir al lampedusimo " que parezca que todo cambia para que todo siga igual". Aunque la implantación de estos programas no excluye la realización de los anteriores, al poner el foco en los primeros se suprime de los segundos. Al Programa de paciente experto basado en el modelo de Stanford, que es el que se ha implantado en Asturias, le veo algunas limitaciones: solo lo podrán realizar algunas enfermeras elegidas (desconozco en base a qué criterios), que han sido formadas para tal fin, es decir que solo un reducido nº de pacientes tendrán la opción de verse beneficiados de tal servicio, generándose un agravio para el resto que no tienen la suerte de que su enfermera entrara en el lote de las "agraciadas". Además, según me han informado y he podido leer, la metodología es rígida, los materiales obsoletos, no adaptados a nuestra cultura y entorno y la presentación de los contenidos "poco amigable". Desconozco, aunque lo he buscado, que existan estudios de efectividad que comparen resultados de la intervención "Educación grupal a pacientes con diabetes" con "Taller de paciente experto en diabetes" .

Proyecto estratégico 14. Fomentar las Iniciativas de Educación para la Salud desde Atención Primaria y Atención Especializada

Media:4,75
DE:0,60
Ranking Medias:3
Ranking DE:6

Aportaciones

Las iniciativas de educación para la salud deberían fomentarse principalmente desde Atención Primaria. Para el caso de Atención especializada puntuaría menos

Este es uno de los puntos en que hay amplio margen de mejora en el sistema sanitario actual. La educación sanitaria es capacitar al paciente y sus cuidadores para saber como prevenir y como actuar ante la enfermedad.

Importante ,fomentar ,apoyar de manera clara

Me parece adecuado pero ampliado a otras enfermedades, no solo a las cardiovasculares

Como todo lo dirigido a la educación, es un esfuerzo que merece la pena

La iniciativa de la protocolización o la unificación de un modelo metodológico común para las EPS es algo muy demandado. Una buena iniciativa. Sobre todo AP

Muy importante. Siempre hay profesionales con buenas iniciativas, proyectos, actuaciones diversas muy orientadas, comprometidas y útiles.

No veo aquí lo de impulsar plataformas de difundir de proyectos de "buenas prácticas"…(¿?)
Salvo lo que sea educación para la salud individualizada no veo tampoco el papel de la atención especializada aquí. Ruego cambiar el término de atención especializada por hospitalaria.

Aunque desde Atención primaria ya se han incorporado estas acciones , principalmente desde la enfermería , seria conveniente hacer un análisis de situación dentro de cada área , identificando acciones nuevas si las hubiese y priorizando aquellas que puedan tener mayor valor añadido. Ahora mismo quizás haya un poco de "desgobierno"

No obstante veo muchas similitudes entre este proyecto 14 y el 10. Con ello me refiero al riesgo de duplicar intervenciones y/o trabajo en grupos diferentes de desarrollo de cada proyecto.

Iniciativas de Educación para la Salud:
-Favorecer la formación de profesionales en este ámbito, facilitando sus asistencia a charlas, cursos, congresos…donde poder adquirir conocimientos sobre estos temas de otros profesionales de otras comunidades y de la nuestra propia.
-Simplificación y agrupación de las recomendaciones de los PCAIs, al menos de aquellos con un sustrato fisiopatológico común (Ej. Aquellos que abordan factores de riesgo y patologías de riesgo cardiovascular), de modo que sean mas fácilmente difundibles entre la población.

Considero que las enfermeras de AP deben estar todas formadas apropiadamente en Educación Sanitaria porque es una parte constituyente de su actividad; la EdS es una actividad transversal de las actividades que realizan estas enfermeras y creo que no en todos los casos se realiza de forma adecuada, persiste mucho paternalismo y dirigismo, que no son precisamente los métodos más apropiados, en muchos casos se actúa de manera intuitiva sin tener la preparación adecuada.

Me parece bien. En el último punto que plantean de acciones a desarrollar se debe ampliar a otras enfermedades no solo a salud cardiovascular.

Me parece una gran idea, en la que queda muchísimo por hacer. Habría que hacer un registro de los medios existentes en cara área y hacérselos llegar al clínico, para que los pueda prescribir cuando los considere adecuados: Centros de Dia, Escuelas de Pacientes, Asociaciones de Ancianos o de patologías especificas…

Este es uno de los puntos en que hay amplio margen de mejora en el sistema sanitario actual. La educación sanitaria es capacitar al paciente y sus cuidadores para saber como prevenir y como actuar ante la enfermedad.

Gran reto muy difícil de conseguir en Atención Hospitalaria

Me parece bien el resto de acciones que se proponen

En los distintos procesos crónicos se debería estandarizar los consejos y recomendaciones que se deben impartir desde las consultas y cómo hacerlo

Además creo que se deben adecuar las agendas para permitir que se realice de la mejor manera.

Para la EpS grupal debería evitarse repetir actividades con escaso valor o pobres resultados

Me parece muy importante integrar estas actividades en los sistemas de información y difundir los proyectos existentes, así como promover la generalización de aquellos que se evalúan con éxito, para lo que es preciso se acompañen de buenos sistemas de evaluación que midan no solo la satisfacción y no solo al finalizar la actividad educativa

En los sistemas de información no solo habría que incluir que se realizan estas actividades, creo que también es necesario incluir otros resultados y no solo los que miden parámetros clínicos.

El último punto no lo entiendo, no me parece necesario elaborar un listado de recomendaciones de salud CV, las recomendaciones con evidencias en salud CV creo que la mayoría las conocemos. Sí me parece importante realizar modelos metodológicos de EdS

En cuanto a la formación de profesionales, no debiera ser solo en lo que se propone, "*Favorecer la formación de los profesionales con interés en Determinantes de la Salud, Salud Comunitaria y Promoción de la Salud "* y no solo se debe favorecer que se realice.

Requiere formación continuada de los profesionales, implicación, evaluación....

La educación para la Salud coordinada entre AP y especializada es básica. Recalcar el apoyo que las Sociedades científicas pueden dar en este aspecto.

Sería interesante formar grupos de trabajo en primaria y especializada y en primer lugar recopilar todo lo existente en cuanto a herramientas de educación sanitaria y continuar trabajando en esta línea (puestas en común, consenso....)

Quizá para la atención a los pacientes, pero a nivel comunitario creo que tiene mucho menos valor que el que se le supone.

Son la base del cambio necesario para la atención a los pacientes crónicos. Hay que conseguir llegar a los pacientes antes de que se produzca la enfermedad o que ocurra una agudización del proceso crónico, para que éste esté en las mejores condiciones para enfrentarse y afrontar los problemas de salud.

Generar ideas y proyectos de manera emergente, casi nos asegura el éxito y la permanencia del proyecto a largo plazo. Es prioritario dar opción a iniciativas que se gestan desde los propios equipos y profesionales, ya que son ellos los que detectan las necesidades de una manera directa. Propongo la puesta en marcha de plataformas de gestión del conocimiento basadas en comunidades de práctica.

Paso previo es que los profesionales de los centros de salud conozcan las iniciativas de las distintas administraciones públicas en relación con la promoción de la salud

Unificar PCAIS relacionados. Vídeos de educación para la Salud en Salas de Espera.

Proyecto estratégico 15. Facilitar la Prescripción de Actividades Comunitarias y de activos en salud en Consulta

Media:4,58
DE:0,74
Ranking Medias:10
Ranking DE:11

Aportaciones

Dotar a atención primaria de presupuesto adecuado

Muy de acuerdo.

Completamente de acuerdo

Hacerlo ya, por favor

Hay que divulgar, concienciar a los prescriptores y sensibilizarlos respecto a las instalaciones y actividades sociales, culturales y deportivas/Centros Sociales/Polideportivos…..

Potenciar el papel de la trabajadora social y la coordinación con el equipo, para que haya flujo de información actualizada de activos en salud en el barrio.

Herramientas informáticas que faciliten el registro, el acceso a la información y la prescripción de actividades saludables.

Me parece adecuado.

Muy importante en el contexto de la necesaria desmedicalización de la sociedad. La promoción de actividades comunitarias debe fortalecer mecanismos no farmacológicos de abordaje preventivo y restar peso a los fármacos

Prescripción de Actividades Comunitarias: Creo que muchos de los pacientes (y sus cuidadores) se benefician de recursos sociales, tanto a nivel cognitivo como a nivel de la descarga física y psíquica que supone para sus cuidadores (Ej. Los centros de día son un excelente recurso para los pacientes con Demencia por el estímulo físico y cognitivo que les supone y que les obliga a mantener ciertos grado de actividad e interrelación con el medio). Creo que este como otros recursos deberían poder indicarse al igual que otros por el propio facultativo. Para ello sería básico conocer los recursos disponibles en el área y potenciar los que no existen y podrían aportar un beneficio notable (la dispersión geofráfica de mi área de salud dificulta mucho el acceso a dichos recursos).

¿Por concejo y área?

Creo que la primera acción: “Asegurar la disponibilidad….”, pasa por aumentar la presencia de Trabajadores Sociales en los Centros de Salud, son estos profesionales los que deben gestionar la coordinación y facilitarnos a los sanitarios los recursos existentes para que podamos prescribir act. Comunitarias.

La generación de pdf me parece muy bien, la de libros impresos no, ya que es muy fácil que vayan a una estantería y es un material caro.

Me parece una gran idea, en la que queda muchísimo por hacer. Habría que hacer un registro de los medios existentes en cara área y hacérselos llegar al clínico, para que los pueda prescribir cuando los considere adecuados: Centros de Dia, Escuelas de Pacientes, Asociaciones de Ancianos o de patologías especificas…

Implica un cambio de modelo de trabajo sobre todo en Atención Primaria

En cuanto a vincular la prescripción de act. Comunitarias a los Pcais relacionados con la estrategia de salud cardiovascular me parece bien pero no me parece que se deba limitar a estas patologías ya que hay otras muchas que podrían beneficiarse de esta prescripción

Necesitaría más información al respecto de cómo se va a llevar a la práctica

Buena Intercomunicación y Colaboración de Centros de Salud y Ayuntamientos.

Imprescindible

Fundamental la coordinación Atención Primaria-Atención Hospitalaria (asignatura pendiente en el actual modelo)

Es buena idea aprovechar las muchas cosas útiles que se hacen o pueden hacer a nivel municipal o asociativo y que puedan beneficiar a determinados pacientes. Se requiere una buena organización.

No disponemos del conocimiento de los recursos disponibles en nuestra propia Área sanitaria en estos aspectos. Quizás una ordenación de las Actividades comunitarias disponibles así como un registro y disponibilidad de activos en salud es el primer paso para impulsar este proyecto estratégico

Opino que es preciso un cambio cultural muy importante para que la prescripción de actividades cale en la población y lo valore positivamente. Teniendo en cuenta la gran dificultad para lograr el cumplimiento terapéutico en la toma de fármacos prescritos, no creo que aún estemos preparados para que el médico o la enfermera nos prescriban actividades.

Todas las acciones descritas son esenciales ya que saber los servicios existentes para la derivación /abordaje del paciente crónico es necesario para una buena intervención.

Trabajo previo importante pero que se puede ir desarrollando paulatinamente con recursos ya conocidos.

Proyecto estratégico 16. Atención clínica integral: continuidad de los cuidados e información fluida entre los diferentes dispositivos de atención

Media:4,84
DE:0,52
Ranking Medias:1
Ranking DE:2

Aportaciones

Es básico que los objetivos asistenciales sean comunes, también debería de haber indicadores comunes en la evaluación

Es un proyecto estratégico que venimos desarrollando los trabajadores sociales del Hospital de Cabueñes y Atención Primaria desde el año 2008,a través de los programas de alta hospitalaria y Derivación de Consultas Externas y que podría ampliarse a este programa de cronicidad.

Es evidente que Atención Primaria es el pilar del sistema pero no tengo claro que deba ser quien coordine las estrategias, relegando en cierto modo a Atención Especializada, a mi modo de ver ambas A.P. y A.E. deberían ir conjuntamente y con una coordinación real y eficiente

Definir criterios de atención de la patologías CV en cada uno de los niveles.

No sé si la Gestión Clínica es un elemento que facilita la continuidad de cuidados.
Incorporar a todas las estructuras a la organización general(hospitales como HMN,..)
Dar apoyo a la atención primaria en la atención domiciliaria

Respecto a la Gestión Clínica a priori parece una muy buena idea pero deben de modificarse algunos aspectos importantes.

Imprescindible para no "marear" a los/las pacientes que muchas veces se ven obligados a contar su enfermedad, síntomas, etc, muchas veces a diferentes profesionales.

Nos hemos olvidado del farmacéutico en el proceso. El farmacéutico comunitario juega un papel en la continuidad de la atención. Creo que hay que incluirlo en este proyecto.

Acceso desde Atención Primaria a los circuitos asistenciales que sigue un paciente complejo en el nivel hospitalario.

Esencial. El médico de familia debe jugar un papel nuclear, integrados que debe orientar, y conocer todas las actuaciones, debiendo el sistema ser accesible para tratar a un paciente, disponiendo de sus datos básicos, críticos y del proceso abierto/s en cualquier dispositivo asistencial.

Sin eso, no vamos a ningún sitio, pero,,,,,¡qué difícil!

Capacidad de gestión, incluiría de ordenación de citas de consulta, pruebas complementarias, etc, desde Atención Primaria, para evitar duplicidades y desplazamientos innecesarios.

Control desde Atención Primaria de la herramienta de receta electrónica, de manera que se reciban notificaciones de cambios de tratamientos crónicos desde el nivel hospitalario, y posibilidad de modificarlos en interés del paciente.
Posibilidad de visita hospitalaria, acceso a historia clínica del hospital, etc por el médico de familia o enfermera, de una manera reglada.

El papel de Atención Primaria es clave en la coordinación de los diferentes actores que intervienen en el tratamiento de los pacientes. Deben manejarse protocolos y metas comunes entre los diversos participantes en el proceso y favorecer la constante retroalimentación de los profesionales y la actualización de dichos protocolos

Participación de profesionales de Atención Primaria para que cualquier protocolo que afecte a las actividades asistenciales de ese nivel, sea validado (se diseñan protocolos espontáneamente, que indican lo que tiene que hacer el profesional de AP, sin participación de éste).

Más que propiciar la implantación de la Gestión Clínica, rediseñaría ésta de acuerdo a los proyectos de la Estrategia de Crónicos. La Gestión Clínica puede incluir elementos de control presupuestario o incentivos negativos para la población (por ejemplo, la gestión del personal, favorecer a determinadas categorías profesionales, etc)

Es uno de los instrumentos clave, pero considero que no se plantean actuaciones que permitan trabajar realmente en este sentido. La Gestión Clínica por sí sola no puede responder a este resto y los procesos solo permiten ordenar de forma eficaz si existen directrices y voluntad real de los decisores hacia la continuidad.

No sé si Atención Primaria debe ser la Coordinadora, pero desde luego Primaria y Especializada deben estar coordinados, es fundamental, pienso que ambas deben ser coordinadoras e ir unidas. Sobre el modelo de Gestión Clínica se debe hacer una reflexión de lo que se ha hecho hasta ahora, deben cambiar muchas cosas

)bidireccional AP/AH y no sólo en un sentido

Los pacientes pluripatologicos reciben en muchas ocasiones la atención de múltiples especialistas hospitalarios, sufriendo en muchos casos la polifarmacia, la sobreprescripción y la yatrogenia. La falta de comunicación entre facultativos no hace si no potenciar estos problemas. Múltiples especialistas suponen múltiples consultas, y otras tantes visitas al hospital y por tanto múltiples desplazamientos, a veces muy largos (dispersión geográfica) y costosos, para pacientes frágiles, dependientes y con recursos económicos limitados.

A veces esas consultas podrían sustituirse por una adecuada comunicación entre el Especialista y el Médico de Atención Primaria correspondiente, viendo los resultados analíticos o de las pruebas complementarias, a través del ordenador, ahorrándole al paciente un desplazamiento innecesario (*"Atención al paciente en el sitio más adecuado").*

Esto podría simplificarse si en vez de múltiples especialistas el paciente es atendido por un solo médico a nivel hospitalario, un Internista. Por supuesto esto es más sencillo en un hospital comarcal, cuyo funcionamiento suele ser este.

Evidentemente esta comunicación debe estar estimulada en la búsqueda de objetivos comunes entre Atención Primaria y Especializada, que podrían pasar por: I) la disminución de las descompensaciones de sus patologías crónicas reflejado por el numero de consultas a Urgencias (tanto del centro de salud como del hospital) y de ingresos hospitalarios; II) disminución del número de visitas a la consulta de Especializada del hospital; III) optimización del tratamiento farmacologico evitando la sobreprescripción y las interacciones farmacológicas

Primordial para poder potenciar la atención extra-hospitalaria y desmarcarse se políticas hospitalocentricas. La comunicación entre profesionales de diferentes niveles sanitarios es un objetivo a cumplir, de modo que el medico de Atención Primaria disponga de otras opciones de actuación más allá de remitir al paciente al servicio de Urgencias o a las consultas de especializada de su hospital de referencia.

Fundamental la coordinación Atención Primaria-Atención Hospitalaria (asignatura pendiente en el actual modelo)

Estoy de acuerdo con el objetivo general (¿Cómo no estarlo?) pero no con las acciones que se proponen. Comparto la necesidad de la 1ª y 2ª acción, pero estoy en desacuerdo con las Unidades de Gestión Clínica.

No creo que sea "la" herramienta para favorecer el trabajo en equipo y para trabajar por procesos clínicos (como parecería desprenderse del párrafo). Se puede trabajar en equipo y con procesos establecidos sin necesidad de UGC

No estoy de acuerdo con las UGC

Considero que se deben establecer mecanismos para favorecer la calidad en todos los EAP, crear cultura de calidad entre los profesionales por el sistema que se estime más adecuado para nuestro medio y que vayan más allá de la obtención de un certificado. No creo que se deban cobrar incentivos por ello (me parece anti-ético que se estén dando en estos momentos), sino porque todos deberíamos aspirar a trabajar de la mejor manera posible y la empresa debería propiciarlo.

Muy de acuerdo

A mi modo de ver fundamental. El cambio mas importante en la Sanidad en los últimos años no son los nuevos tratamientos ni la mejoría de los medios diagnósticos, siendo estos importantes. El mayor cambio es el habernos dado cuenta de la necesidad de cambio en el enfoque de la practica clínica involucrando a pacientes, familiares, profesionales y la sociedad en su conjunto en la atención al paciente crónico, lo que representa una parte muy importante de la actividad pero también del gasto.

En el núcleo de esta atención se encuentra lo que dije mas arriba, la continuidad asistencial entendida como la línea continua que une a distintos profesionales especialmente a los profesionales de Atención Primaria y especialistas hospitalarios con cabecera visible en los Servicios de Medicina Interna en la atención del paciente. Sin información que compartir y sin cuidados que aportar de forma coordinada y continua, no hay posibilidad de hacer nada.

Ante la utopía que resulta actualmente disponer de una historia clínica digital única, son básicos los esfuerzos para mejorar la comunicación entre los diferentes actores de la atención a los pacientes. Es muy importante el trabajo en la mejora de los registros en general para luego poder compartir la información en la HRS.

Punto de partida para la mejor atención al paciente crónico: abrir canales de información, derivación, accesibilidad entre primaria y especializada. Enfermeras de enlace.

Favorecer la Comunicación entre Centros de Salud, Trabajo Social, Especialistas y pacientes a través de teléfono, correo electrónico, telemedicina, Historia única electrónica, etc.

Como objetivo me parece fundamental. Sin embargo en las acciones a realizar faltan cosas importantes, y además no se que pinta la gestión clínica en todo esto

Atención primaria debe ser el eje que asegure continuidad y debe poder activar recursos,

En relación a la continuidad de cuidados creo que hay que posibilitar la implantación de guías clínicas enmarcadas en procesos transversales, la homogeneización de protocolos y mensajes al paciente crónico y potenciar los informes de continuidad de cuidados donde se planteen diagnósticos de enfermería resueltos y pendientes de resolver. Muy relacionado con el proyecto 17 por las dificultades actuales en la comunicación al tener 2 historias clínicas electrónicas (HCE) diferentes y en OMI-AP servidores diferentes para cada centro de salud. Prioritario el desarrollo de HCE única.

El objetivo es impecable y la necesidad de información fluida entre los distintos niveles es incuestionable. Pero no se trata sólo de una difusión de información de Hospital hacia Primaria. Los profesionales de Atención Primaria tenemos mucho que decir sobre las necesidades y cuidados de nuestros pacientes desde el conocimiento de su realidad sociosanitaria. Por otra parte no podemos hablar de asegurar la disponibilidad de recursos para que la Atención Primaria ejerza el papel de coordinación e integración de la asistencia a pacientes crónicos mientras se escamotea en sustituciones, se obliga a la autocobertura y en definitiva se recorta más y más en recursos humanos que son el principal recurso de la Atención Primaria.

Proyecto estratégico 17. Desarrollo de tecnologías sanitarias y sistemas de información y comunicación

Media:4,64
DE:0,63
Ranking Medias:8
Ranking DE:8

Aportaciones

En relación a las iniciativas de Telemedicina:
-Condición necesaria y facilitadora, pero no suficiente si no existe implicación desde las estructuras asistenciales para convertir la tecnología en servicios.
-Pues creo que algunas de ellas son absolutamente imprescindibles para una continuidad asistencial: la historia clínica, la receta electrónica…..de otros recursos, Teleasistencia, Telemedicina….no tengo tan clara su utilidad en el momento actual, creo que requieren un análisis individual y cuidadoso, para no invertir en ellos recursos económicos que pueden ser mayor utilidad en otros campos de la sanidad.

-Básico, pero no se va en esa dirección: OMI, SELENE; MILLENIUM, etc.(incompatibilidad entre programas)
-Estoy de acuerdo pero habría que valorar las desigualdades que se crean entre diferentes áreas y zonas sanitarias por su ubicación, población, etc

Si no hay historia clínica única potenciar la historia clínica resumida.
Definir un "gestor" único de la historia clínica resumida.
Necesidad imperiosa de sistemas de información CLINICA con feedback a los profesionales.
Acciones dirigidas a reducir la variabilidad en el registro de los sistemas de información.
Analizar los criterios de ingreso e intervención quirúrgica hospitalarios y poner en marcha iniciativas que reduzcan su variabilidad.
Incorporar al Sistema de Sistema de información indicadores de especial seguimiento :tiempos medios de atención urgente a la cardiopatía isquémica e ictus, tasa de amputaciones ,reingresos hospitalarios en Insuficiencia cardiaca, mortalidad cardiovascular,…
Poner en marca iniciativas de consulta "NO presencial"
¿Se podría plantear un proyecto de investigación inicialmente transversal y posteriormente prospectivo sobre la situación real de la enfermedad cardiovascular en nuestra CCAA? Creo que debiera diseñarse éste estudio lógicamente, con financiación pública.

Plataforma de gestión del conocimiento. Comunicación entre profesionales y profesional/paciente

Programas de Teleasistencia: enfoque social y fomento del cuidado en el domicilio mediante servicios de teleasistencia (T-Asisto....) que pueda evitar derivaciones a Residencias Geriátricas.

Existen herramientas de telemonitorización a tiempo real que creo que en nuestra autonomía tiene poca viabilidad (parametrización de constantes....) Sin embargo existen otras monitorizaciones de utilización habitual que, de manera proactiva y asincrónica, pueden favorecer la incorporación de datos en la HCE a través de teleconsulta

Las herramientas tecnológicas deben apoyar al resto de los proyectos, actuar como facilitadores, no ser los protagonistas centrales, sino los medios necesarios para conseguir todos los fines que aquí se plantean

Monitorización del paciente crónico en su domicilio. Todo lo que podamos realizar en su ambiente mejora la asistencia sanitaria.

Imprescindible, En el mundo rural……¡básico el desarrollo de la telemedicina!.

El desarrollo y la mejora del OMI-AP necesita una mayor agilidad y homogeneidad entre centros. Las contraseñas para el acceso a diferentes servicios (microbiología, análisis clínicos, radiología, anatomía patológica), no están unificadas. Debería implantarse en Asturias un servicio de notificación al paciente via SMS (existe en algunas áreas).

Es necesario el desarrollo continuo de tecnologías sanitarias, sobre todo de aquellas que aportan claros beneficios. En cuanto a los sistemas informáticos considero francamente preocupante que exista un modelo en primaria otro en especializada y para rizar el rizo otros en el nuevo HUCA, evidentemente no parece que esto contribuya a mejorar la información y la coordinación

Mejora del servicio de correo electrónico para estimular su utilización entre profesionales y con los ciudadanos.
Me parece muy adecuado pero se toman decisiones muy equivocadas, Atención Primaria con un sistema informático, especializada con otro, HUCA con otro. No tiene explicación.

La historia Clínica única merece muchas, pero muchas, revisiones ya que hay datos de interés que en la historia compartida no se ven.

Introducir los conceptos éticos en el desarrollo la teleasistencia. Valorar previamente el coste-efectividad. ¿Ahorramos en capítulo de personal…e invertimos en tecnología cuyo mantenimiento suele requerir un alto coste??

Se pueden pensar en tecnología intermedia para la atención: ej: teléfono móvil para poder crear grupos de washap en grupos de educación grupal.

Además de las iniciativas de telemedicina se debería potenciar la comunicación interniveles facilitando su comunicación a través de diferentes vías.

Implantar aquellas tecnologías que faciliten la calidad de vida del paciente y sus cuidadores

Para la acción 4ª (teleasistencia) pienso que haría falta prudencia y aunque no hay que renunciar a ello pues cada vez hay un mayor número de personas que dispone de dispositivos electrónicos no me parece prioritario. La monitorización domiciliaria no necesariamente debe ir acompañada de la compra de dispositivos por parte del sistema público ya que puede hacerse igualmente con medios más artesanales potenciando la actividad telefónica y los seguimientos por las enfermeras.

Tecnología Sanitaria: Creo que una atención clínica eficiente pasa por una Historia Clínica de Electrónica Única a la que poder acceder desde AP o el hospital, por todos los médicos que tengan que intervenir en la atención del enfermo al nivel que sea (Urgencias del Hospital, Urgencias del Centro de Salud, Consulta de Medicina de Familia…) y a la que se pueda acceder desde cualquier hospital o centro de salud de la comunidad autónoma, para que la atención sea lo más eficaz posible.

Por los mismos motivos es preciso la puesta en marcha de la receta electrónica

Fundamental. Quizá lo más prioritario de todo (es decir, lo primero que hay que hacer)

Básico y fundamental. La medicina ha estado siempre en la cabecera de las nuevas tecnologías pero en concreto, los sistemas de información, la Historia clínica electrónica y la receta electrónica están en el núcleo duro de las acciones mas importantes para lograr todo lo anteriormente descrito. Hoy sabemos que la HCE ha sido y es, el paso mas importante para la relación entre Atención Primaria y Especializada pero además numerosos estudios publicados recientemente nos enseñan que para avanzar en seguridad del paciente y en mejora de la atención, la HCE es fundamental. Quiero repetir aquí que esto precisa formación. HCE no es darte un ordenador y decir: escribe. Se trata de ver las utilidades en el día a día, conocer el programa y aprovecharlo en beneficio de todos. Si me cuesta un poco de esfuerzo pero le voy a sacar rendimiento por otro lado, las cosas progresaran y mejoraremos todos. Creo necesario seguir con la normalización ya iniciada desde el Comité de HCE de la Consejería pero hay que insistir en la necesaria coordinación y formación en estos temas.

TIC, telemedicina, teleasistencia, consultas telefónicas, monitorización a distancia, son temas que van a tener mucha importancia en el futuro pero mas en la atención a pacientes crónicos que por sus características son mas demandantes de apoyos y nada como poder dárselos en su propio medio, en su domicilio, en su ambiente
Historia clínica electrónica única en todo el ámbito de salud del Principado de Asturias YA.

Lo veo dificil cuando el sistema informático del HUCA ya es distinto al del resto de hospitales de la Comunidad. Sería mucho más sencillo un sistema único y no programas coordinando programas que coordinan programas. Probablemente el acceso sería más rápido y habría menos cuelgues.

Imprescindible utilizar todos los avances en Tecnología

Imprescindible en la actualidad disponer de los sistemas informáticos y herramientas tecnológicas que faciliten la asistencia, control, análisis y evaluación.

Proyecto estratégico 18. Proyecto de Normalización de la atención a la cronicidad y los circuitos asistenciales

Media:4,65
DE:0,52
Ranking Medias:7
Ranking DE:1

Aportaciones

Dentro de la difusión y normalización de los programas clave de atención interdisciplinar donde viene incluida la Intervención del Trabajador Social, que se tenga en cuenta y se incluya en los programas que se instauren en los equipos de atención primaria/hospitales.

La adaptación es deseable. La normalización podría ser (según se entienda este concepto) más rígida. En todo caso estamos hablando de un sistema, no de un apartado.

Sería un punto eficaz

Importantísimo contar con programas normalizados, protocolos, circuitos y diagramas asumidos e implantados.
Reducir la variabilidad clínica. Me interesa lo de los circuitos de alta resolución,

Me parece interesante realizar el catálogo de programas. También actualizar el catálogo de pruebas complementarias e interconsultas disponibles, y el proceso para utilizarlos por los profesionales.

Importante facilitar vías flexibles para la innovación por los profesionales, agilizando la recepción de propuestas de acción y su implantación.

No diría adaptar la guía NICE sino incorpora la propuesta del Ministerio de Sanidad y de las Sociedades Científicas sobre “NO Hacer”

Fundamental la idea de “not to do”, especialmente en cribados “fuera de protocolo”, utilización de fármacos, pruebas complementarias. El estilo de comunicación de los “not to do” a los profesionales deberá ser proporcional a su importancia o riesgos, y con cierto nivel de consenso.

De acuerdo con la necesidad de difundir y normalizar los PCAIs, circuitos de alta resolución, guías e iniciativas profesionales. No obstante creo que debe darse más énfasis al necesario apoyo institucional a las recomendaciones formuladas en esas guías, que en muchos casos son papel mojado por la ausencia del mismo, particularmente cuando se requiere un respaldo económico.

La adaptación es deseable. La normalización podría ser (según se entienda este concepto) más rígida. En todo caso estamos hablando de un sistema, no de un apartado

No sé a qué se refieren los “Circuitos de alta resolución” para patologías prevalentes.?¿

Creo que los PCAIS se han difundido ya y todo el mundo los tiene accesibles en astursalud.

Importantísimo el tema de la Seguridad del Paciente y de la guía NICE

Que re realicen a nivel de las gerencias de cada Área y por acuerdo entre los profesionales implicados , considerando también la participación ciudadana.

El proyecto es fundamental, pero con enormes dificultades para que se materialice, según las experiencias previas en el SESPA. Debería hacerse desde la perspectiva de mejorar los circuitos actuales sobre los beneficios que genera la coordinación de los servicios asistenciales sin mayor consumo de

recursos. En este sentido debería de evitarse el peligro de crear nuevas vías "artificiales" que generen prioridades en detrimento de otros pacientes.

La adaptación es deseable. La normalización podría ser (según se entienda este concepto) más rígida. En todo caso estamos hablando de un sistema, no de un apartado.

Me parece muy bien apoyar iniciativas lo que a veces no se hace o reconoce.

Circuitos Asistenciales: Por todo lo anteriormente comentado los circuitos asitenciales habituales pueden resultar a veces un lentos y poco eficientes (llegando el paciente antes al servicio de Urgencias que a la consulta de Especializada), por la falta de recursos y posibilidades para adelantar una cita en el hospital. Habría entonces que poner en marcha circuitos de alta resolución, que sinérgicamente con lo anteriormente dicho podrían pasar por facilitar la comunicación entre el médico de atención primaria y la especializada, concretamente con un internista que podría estar disponible telefónicamente *("figura de enlace")* a tiempo completo durante la jornada de trabajo habitual (8:00-15:00), pudiendo este a su vez acceder de un modo inmediato

Hay que trabajar con modelos prácticos en el trabajo diario. Los PCAIs nacieron muertos por su difícil implantación

Lo mejor: difundir el "No hacer"

Realizar el catálogo de los programas existentes para la atención al paciente crónico y su posterior difusión.
Circuitos de alta resolución.

Es importante descartar prácticas donde la evidencia demuestre que no hay beneficios en salud.

Importante la Normalización de Circuitos de Alta Resolución de Patologías Prevalentes sin obstáculos en la intercomunicación entre Profesionales. No se trata de derivar pacientes a especialistas, sino de Solucionar los Problemas de los Pacientes.

Los Pcais además de actualizarse, los que aún no lo han sido, habría que evaluar cual ha sido su impacto y si no ha sido el esperado (yo creo que la mayor parte de los profesionales saben que existen pero no los han leído) evaluar el porqué antes de repetir errores.

Se deberían incluir en ellos indicadores y planes de cuidados con intervenciones de enfermería.
Proporcionar feed-back regular de las evaluaciones

Muy de acuerdo en los circuitos de alta resolución y la guía "do not do"

También de acuerdo con los puntos siguientes

Me parece muy importante

Proyecto estratégico 19. Formación, investigación y buenas prácticas

Media:4,62
DE:0,68
Ranking Medias:9
Ranking DE:9

Aportaciones

Ajustar a las características de la población y los planteamientos para el ámbito europeo.

Apoyar la investigación en el nivel asistencial

Las acciones formativas son clave en el desarrollo de la atención a la salud cardiovascular y creo que se debe promover el intercambio de conocimiento entre niveles asistenciales y entre diferentes puntos de cada nivel como medio de fomentar el contacto e intercambio de ideas entre los diferentes profesionales y garantizar un nivel mínimo de cultura centrada en esta materia que facilite el entendimiento.

En el documento se habla de constituir el grupo de investigación sobre cronicidad. No sé si es un error (¿quiere decir cardiovascular?). Creo que se debería promover la investigación en enfermedades circulatorias, y no solo mediante la constitución de un grupo, sino mediante el apoyo financiero a proyectos que surjan en Asturias. Existe mucha gente capacitada y con ideas pero el apoyo por parte de la administración regional al desarrollo de las mismas es muy escaso.

Evidentemente esto parece necesario y bueno

Impulsar, favorecer y potenciar todo lo posible acciones para mejorar el abordaje de la cronicidad es prioritario.
Ajustar a las características de la población y los planteamientos para el ámbito europeo.

Dos aspectos básicos e imprescindibles: Tiempo y Dinero

Considero que no es suficiente la acción 1ª que se plantea: "Favorecer la formación de los profesionales con interés en el abordaje de patologías crónicas…." La formación de los profesionales es una necesidad, que debe desarrollarse de forma continuada y en aquellos procesos que son estratégicos como la mejora de la atención de las personas con problemas crónicos debiera ser repetida y facilitarla en horario laboral y en el área, aún mejor si se hace para todos los profesionales en el CS para asegurar que se recibe. Debe incluir formación para fomentar el empoderamiento de los pacientes

Al margen de los PCAIS creo que debe de haber protocolos clínicos entre atención primaria y hospitalaria para la atención a las ECV especialmente Cardiopatía Isquémica, Ictus, Fibrilación Auricular, Insuficiencia Cardiaca y Enfermedad Arterial Periférica que reduzcan la variabilidad, definan circuitos específicos de relación entre niveles

Formación reglada y con facilidades para los profesionales,

Promover la transparencia en conflictos de interés (de autores, de organizadores, de ponentes) en las actividades formativas que se desarrollen los profesionales de forma independiente (sesiones clínicas).

Control de la presencia de la industria como elemento "formador".

Favorecer iniciativas de intercambio de sesiones, charlas, casos clínicos entre profesionales de las áreas sanitarias (o entre áreas) que supongan desplazamiento. Sistemas de acreditación que estimulen temas de interés para la estrategia de crónicos.

No se conoce el origen de la Esclerosis Múltiple, entonces se hace imprescindible para las personas afectadas la investigación para saber cómo y por qué se produce.

Yo creo que más que un proyecto estratégico, ha de ser una línea política.

Es necesario invertir en I+D para crecer y desarrollar exitosamente esta estrategia.

La única forma de avanzar en el conocimiento es la investigación pero parte de una adecuada formación y en esto como en tantas cosas es primordial

Bueno evidentemente.

Ajustar a las características de la población y los planteamientos para el ámbito europeo.

Sin duda. Mejorar pasa por formar al personal sanitario y avanzar en el conocimiento de este campo.

Que en todo momento el proyecto sea dinámico

Sigo pensando que una plataforma de gestión del conocimiento y de buenas prácticas, apoyada en la necesidad que detectan determinados profesionales interesados, puede ser una buena oportunidad para trabajar esta línea.

Formación de los profesionales con interés e implicación en cronicidad

¿Grupo de investigación regional y coordinados con este grupos de investigación en las Áreas para favorecer la investigación de los clínicos de los dispositivos asistenciales?

¿grupo de investigación sobre cronicidad?

La Formación y la Investigación llevan a mejorar la solución de problemas y a la evaluación y corrección de las dificultades que surjan.

Proyecto estratégico 20. Desarrollo de las figuras de enlace o gestoras. Competencias avanzadas de enfermería

Media:4
DE:1,45
Ranking Medias:22
Ranking DE:24

Aportaciones

Esencial en cronicidad la enfermera de enlace y la enfermera gestora de casos, funciones bien definidas e información de la existencia de dichas figuras. Formación a las enfermeras interesadas.

La figura de la enfermera de enlace ya existe en algunas unidades del sistema (vg. Unidades de Fallo Cardiaco del Hospital Valle del Nalón y del HUCA), y demuestra una gran eficacia en el seguimiento de pacientes con insuficiencia cardiaca, probablemente extensible a otras patologías circulatorias. La enfermera de enlace representa un referente constante (disponible telefónicamente) para los pacientes tras el alta hospitalaria, que les permite consultar dudas, comunicar síntomas nuevos y solucionar mediante reajustes terapéuticos problemas que, en otro caso, podrían agravarse y desembocar en un empeoramiento importante o en un reingreso hospitalario.

La experiencia de las enfermeras de enlace de fallo cardiaco podría extenderse al terreno de la patología cerebrovascular, particularmente en aquellos pacientes que presentan al alta una discapacidad más o menos importante y que tienen que enfrentarse solos o con el apoyo de familiares inexpertos, al reto de lidiar con su discapacidad. Sobre todo en las primeras semanas tras el alta, mientras el familiar va enfrentándose a los problemas que resolvía el personal de enfermería en el Hospital, disponer de un apoyo profesional supondría un enorme alivio y una gran ayuda, evitando errores y minimizando los problemas potenciales. Esta labor debería iniciarse ya en el Hospital, con la puesta en marcha de programas formativos destinados a cuidadores llevados a cabo por el personal de enfermería.

Es una estrategia muy interesante, ya que el personal de4 enfermería tiene mucho potencial que debe ser aprovechado. Es una manera de dar valor a su responsabilidad y su función

Creo que es básico la formación y el papel a desarrollar por enfermería.

No crear nuevas figuras "de continuidad", y menos que dependan del hospital. Ese papel corresponde a primaria, si se le dota de capacidad de gestión de casos.

A la enfermería se le presupone y de ella se espera un papel muy activo en la formación y gestión del autocuidado. Debe articularse, controlarse y evaluarse.

Totalmente de acuerdo. Tenemos a la enfermería totalmente desaprovechada.

Delimitar competencias de "enlace" que correspondan al médico y a la enfermera del Equipo Básico Asistencial.
Promover, en este sentido, prácticas de "dejar de hacer para poder hacer", que limiten actividades innecesarias y promuevan las nuevas actividades

Creo que no hace falta crear más figuras, sino hacer que todo el personal de enfermería sea competente para atender adecuadamente a sus pacientes, y especialmente a los crónicos.

Totalmente en desacuerdo.

La enfermera Comunitaria de AP, es la que mejor conoce a sus pacientes y podríaa gestionaar las necesidades, colaboración y recursos socio sanitarios

Antes de copiar y trasladar mimética mente a nuestra realidad otros "modelos de gestión" , creo que se deberían evaluar las insuficiencias e ineficiencias actuales de nuestro sistema sanitario , mejorar el rendimiento de los recursos ya existentes y no dejarnos llevar por la "fascinación de lo foráneo". Sin acabar de desarrollar las funciones y competencias de las enfermeras comunitarias , sin que se hayan creado los puestos de trabajo de las especialistas en familia y comunitaria , sin que se reorganice el actual sistema sanitario pivotando de verdad y no de palabra en la AP, introducir nuevas "figuras" es añadir petachos y posponer las soluciones pertinentes y propias a los problemas de salud de los ciudadanos asturianos y la necesaria racionalización de nuestro sistema sanitario.

Es un aspecto sujeto a debate. Quizás sea necesario como experiencia para acumular experiencia sobre las ventajas e inconvenientes de su aplicación. Debería explorarse la potencialidad de los perfiles de los profesionales que hay en el sistema para garantizar un desarrollo acompasado y en "bloque".

Me parece muy interesante la idea. El profesional de enfermería es muy útil y poco valorado y utilizado en nuestro sistema. Pueden hacer muchas más cosas y más importantes de las que hacen, si se les da la responsabilidad que merecen.

Probablemente es preciso alguien que asuma la comunicación entre Atencion Primaria y Hospitalizada, desde el punto de vista médico.
No me atrevo a opinar de Enfermeria pues no es mi terreno.
La Enfermería está infrautilizada en Atención Primaria, no desarrolla funciones para lo que está suficientemente formada

Enfermera gestora de casos somos todo el personal de enfermería de Atención Primaria. Enfermera de enlace en el hospital si.

Considero que no son necesarias las figuras intermedias como las enfermeras de enlace o gestoras de casos, ahora de moda en muchas CCAA.

Creo que en estas CCAA no han tenido en cuenta la capacitación y las posibilidades de desarrollo competencial de las enfermeras de AP, probablemente partan de una AP menos desarrollada que en nuestra Comunidad Autónoma.

Creo que se debe utilizar y potenciar los recursos ya existentes, es decir, desarrollar la labor de las enfermeras de AP, son las que conocen al paciente, sus familias y su entorno y las que deben dispensar los cuidados necesarios, así mismo las que tienen más facilidad para trabajar de forma coordinada con el médico de familia del paciente, ambos como un equipo, son los que deben realizar la asistencia de estos pacientes mientras estén en sus domicilios, no ingresados. Es decir, olvidarnos de las gestoras de casos para reivindicar la atención a la persona, no al caso (sería más oportuno hablar de gestoras de cuidados, las palabras son significativas) y ese papel debe asumirlo la enfermera de familia

También es necesario mejorar la calidad de los cuidados y disminuir la variabilidad que existe entre todos los sanitarios (también entre las enfermeras) mediante la formación continuada, en ese sentido la formación, que se propone, orientada a capacitar a las enfermeras como formadores de autocuidados y gestoras de cuidados me parece esencial.

Actualmente se empieza a contar con enfermeras especialistas en salud familiar y comunitaria, cuyas competencias para nada difieren de las de una enfermera de práctica avanzada (Véase el programa de la especialidad), habría que continuar potenciando que estas enfermeras se incorporen a los CS, aumentar el número de plazas, crear la categoría profesional y definir los puestos laborales e ir sustituyendo las plazas de las que se jubilen por especialistas, además de frenar el paso de enfermeras del ámbito hospitalario a AP

Me parece bien que exista una enfermera en el hospital que coordine y sea interlocutora entre AE y AP para asegurar la continuidad de cuidados.

Por tanto, NO a la enfermera gestora de casos

Creo que la mayoría de las enfermeras de AP tienen las competencias necesarias para el manejo de pacientes frágiles y complejos con diferentes problemas de salud, así mismo, creo que pueden actuar como gestoras de cuidados en el centro y en el domicilio, valorando de manera integral e individual las necesidades de cada paciente, diseñando los planes de cuidados pertinentes y realizando educación en los autocuidados.

Esta labor de las enfermeras de enlace o gestoras ya la están desarrollando las enfermeras comunitarias actuales, si además se las dota de capacidad para gestionar y coordinar recursos podrán desarrollar la misma actividad y obtener los mismos resultados.

Todo ello en el marco de la atención a una determinada población que, de una vez, le debe ser asignada y con “cupos enfermeros” ponderados con criterios de carga de cuidados.

Implicaría una mejora en la calidad de atención continuada e integral de los usuarios

La enfermera gestora de casos ya existente en algunas consultas especializadas pueden ser una herramienta de éxito en la atención al paciente crónico y figura clave en la continuidad asistencial junto con la HCE.

Soy más partidaria de potenciar la continuidad de cuidados centrada en la enfermera familiar , sin crear nuevas figuras aunque pueda ser necesario redefinir circuitos

No tengo nada claro que ese papel de enlace o de “gestor de caso”

Corresponda a enfermería. Siendo su papel trascendental en la atención al crónico, esa función en concreto parece más propia del médico de familia.

No lo veo ,el verdadero enlace somos las enfermeras de atención primaria

Enfermera de enlace, enfermera gestora de casos. Figura muy debatida. Me confieso con dudas en el enfoque que podría darle. Una de las críticas es que esta profesional surge cuando el colectivo

enfermero no pone en marcha los programas de continuidad asistencial de manera adecuada. Cuando nacen, nacen solas y en torno a una necesidad concreta. Es entonces cuando podemos darle el nombre.

Competencias avanzadas de enfermería. Es necesario definir adecuadamente los "nuevos roles" de enfermería.

Creo que la enfermera de referencia para el paciente debe ser su enfermera de atención primaria, la que conoce su realidad y su situación personal, familiar y social, las condiciones de su vivienda y su bagage actual y pasado y es esta enfermera la que debe dirigirse a atención especializada solicitando los recursos que precise para la atención del paciente y no al revés

La enfermería está llamada a adquirir un rol cada vez más importante en la atención a los pacientes crónicos, incrementando su conocimiento sobre las enfermedades, promoviendo los autocuidados y actuando como agente sanitario de primera línea.

NO ESTOY DE ACUERDO CON CREAR NUEVAS FIGURAS ENFERMERAS

Tenemos el reconocimiento legal de la especialidad de Enfermería Familiar y Comunitaria, que es una enfermera con un amplísimo y profundo programa formativo. Sin duda capacitada para abordar la cronicidad y todo aquello que surga en el campo de la Atención en familia y en comunidad.

Lo que hay que hacer es frenar la llegada a AP de enfermeras que no tienen ni experiencia ni conocimiento.
Lo que hay que hacer es RESSTRUCTURAR los equipos. Hay enfermeras bien especialista bien con años de experiencia y capacitación, que deberían realizar su atención en la Comunidad, realizando intervenciones comunitarias, desarrollando los proyectos de la estrategia donde tenga que haber una enfermera, Y, otras de competencia menos avanzadas, podrían quedar en las consultas realizando tareas más técnicas .

Luego mi reflexión es que no se necesitan más enfermeras, sino utilizar las que hay para que puedan desarrollar las competencias que tiene al máximo. Y, para ello es necesario reestructurar los equipos. Y, abandonar la idea de "mini-equipo". Salir de la consulta. Tener mayor autonomía y responsabilidad. Optimizar el recurso que suponen las enfermeras especialistas en EfyC.

Adecuar los Roles de Enfermería y Formación. La Administración debería explicar con claridad a los trabajadores hacia donde vamos, para ir todos de acuerdo en la misma dirección y no como imposición.

Todas las Estrategias que hagan mejorar la comunicación entre profesionales son buenas

Bien, pero poniendo el énfasis en la atención primaria como eje de la gestión de casos . En caso contrario el hospital fagocitaría esta función

Proyecto estratégico 21. Desarrollo de hospitales o dispositivos de subagudos y convalecencia

Media:18
DE:1,13
Ranking Medias:4,30
Ranking DE:22

Aportaciones

Todos los intentos de resolver el reto de la cronicidad haciendo uso de estos dispositivos han fracasado tanto desde el punto de vista asistencial como del económico

Dado el envejecimiento de la población y la alta prevalencia de enfermedades crónicas parece muy adecuado

Creo que debería de tenderse en lo posible a disminuir la estancia de ingresos. Potenciaría la figura del internista como coordinador de las estancias hospitalarias

Imprescindibles

Si pero cuando se defina bien las funciones del hospital de agudos, que en el momento actual se comporta como un hospital de subagudos . y bien ajustado a las necesidades poblacionales y después de haber reflexionado que modelo de atención queremos potenciar . Una primaria funcionando de modo coordinado con el hospital, haciendo buena gestión de casos , con buena comunicación con el hospital minimiza la necesidad de los hospitales de subagudos .

Efectivamente, todos expertos en todo, es imposible. Es mucho más eficiente, contando con lo disponible, contar con dispositivos específicos y en nuestra Comunidad posible (Adaro/Cruz Roja…..) (Geriatría/Crónicos……)
Interesante, aunque difícil de hacer por motivos económicos.

Posibilidad de mayor acceso a la información, y comunicación con profesionales a cargo de los ingresados, por el equipo médico-enfermera en pacientes. Posibilidad de una visita al ingresado desde Atención Primaria reglada e incluida en horario laboral.

Todos los intentos de resolver el reto de la cronicidad haciendo uso de estos dispositivos han fracasado tanto desde el punto de vista asistencial como del económico

Todos los intentos de resolver el reto de la cronicidad haciendo uso de estos dispositivos han fracasado tanto desde el punto de vista asistencial como del económico

Hospitales de crónicos-subagudos: aunque no disponemos de ellos en nuestro área son excelentes recursos que ayudan a disminuir la estancia media de los hospitales de agudos y a veces racionalizar el uso de medios en determinados tipos de enfermos (que requieren menos pruebas, tratamientos menos costosos y mas orientados al mantenimiento….). También ayudan a atender algunas necesidades no satisfechas en este tipo de hospitales, como la rehabilitación o la estancia a medio plazo de los pacientes paliativos.

Muy importante

Existe la necesidad urgente de disponer de estos dispositivos en Asturias. Han existido y existen en algunas áreas pero la situación global parece empeorar. En el caso concreto del área IV, el Área de Geriatría del Hospital Monte Naranco se ha convertido en un área de agudos, con lo que los pacientes de más de 65 años con ictus de varios días de evolución y con discapacidad moderada o grave ya no son admitidos para traslado, y se quedan ingresados en el Servicio de Neurología del HUCA, sin acceso a dispositivos de rehabilitación, a la espera de una solución social lo más precoz posible. El hecho de adelantar el alta hospitalaria por no disponer de hospitales de subagudos conduce a problemas de manejo en el domicilio y a reingresos precoces por complicaciones que no deberían ocurrir. Por otro lado esta situación profundiza de manera sangrante las desigualdades, en tanto en cuanto los pacientes con recursos económicos pueden acceder a residencias privadas con cuidados esmerados, dispositivos de fisioterapia, rehabilitación o logopedia, mientras que los pacientes sin recursos deben depender del soporte familiar, a veces precario, sin posibilidades de tratamientos complementarios, lo que los conduce a unas perspectivas de recuperación funcional mucho peores.
En el caso de las áreas I, II y VI no existe en absoluto acceso a hospitales de convalecencia y ni siquiera existen camas de rehabilitación para el tratamiento de los pacientes con ictus en fase subaguda.

Los hospitales de crónicos o subagudos son medios excelentes para desaturar los hospitales de agudos y a veces racionalizar el uso de medios en determinados tipos de enfermos (que requieren menos pruebas, tratamientos menos costosos y mas orientados al mantenimiento….). Desgraciadamente hay muy pocos.

Este proyecto me parece muy importante.

Quizás pasa no tanto por crear nuevos dispositivos, como por hacer que los que existen actualmente trabajen de forma coordinada y eficiente en la atención a los pacientes.

Organización de la red asistencial no sólo por territorio (cambios en el Mapa Sanitario ya, que no es la Constitución)
Quizás pasa no tanto por crear nuevos dispositivos, como por hacer que los que existen actualmente trabajen de forma coordinada y eficiente en la atención a los pacientes.

Debería habilitarse con rapidez, incrementando las plazas de algunos hospitales que desarrollan esta función como C. Roja o Hª M. Naranco, incluyendo entre la población susceptible de ingreso en estos dispositivos aquellos que sea como descarga de los cuidadores.

Precisan de la colaboración de los familiares y cuidadores, que no en todas las ocasiones están disponibles.

No veo la necesidad de la hospitalización a domicilio salvo para algunos casos muy especiales como por ejemplo diálisis domiciliaria u otros procesos complejos, el resto de atención en domicilio debiera asumirlo la AP

Recursos de este tipo son necesarios y no van en contra de una estrategia de cronicidad si no que la complementan. Disponer de camas de subagudos permiten ahorrar camas de agudos y dar soporte temporal a ciertas patologías que precisan cuidados que no se pueden dar en el domicilio sin sobrecargar la red de hospitales de agudos actual. Quiero reseñar que en el momento actual estos recursos no son equitativos, hay Áreas Sanitarias que disponen de ellos y otras como la mia que no,. por tanto la población no es tratada por igual, falta equidad. Defiendo los centros de Subagudos al igual que defiendo una mayor relación entre los recursos sanitarios propiamente dichos y los socio-sanitarios para evitar ingresos innecesarios en los hospitales de agudos

Necesitaría más información al respecto

Unidades de continuidad asistencial (UCA) en hospitales con actuación a domicilio.

En Asturias sobran hospitales “de agudos” (aunque atiendan a crónicos) y faltan plazas de media estancia. Como no creo que hagan hospitales nuevos, se trataría de “reconvertir” algunos de los que hay, o al menos parte de ellos. Tiene un importante coste político.

Opino que se debería potenciar la hospitalización domiciliaria y la ayuda a domicilio, que resulta menos costoso y mantiene al paciente en su entorno.

Déficit actual de este recurso

Desarrollo de hospitales y centros de día geriátricos

Hay viabilidad en nuestra autonomía para alcanzar el soporte necesario en hospitales de subagudos?

Importante redefinir la labor de las Unidades de Hospitalización a domicilio.

De acuerdo con la existencia los Hospitales de media estancia y la rehabilitación domiciliaria. No así con el resto de atribuciones que quieren dársele y que deben corresponder a la Atención Primaria. Más reforzar la Atención Primaria existente dotándola de medios humanos y materiales y menos crear chiringuitos hospitalocentristas.

Además fomentar el Voluntariado Formado.

Potenciar la Rehabilitación.

El modelo actual de paliativos debería repensarse en funciona de la nueva estrategia de cronicidad

Proyecto estratégico 22. Apoyo a los cuidados paliativos.

Media:4,67
DE:0,63
Ranking Medias:6
Ranking DE:7

Aportaciones

Estoy de acuerdo en que se debe de adjudicar la atención del paciente según el nivel de necesidad de cada momento, pero en ningún momento deberían de dejar de prestar esa atención el médico y la enfermera de familia, coordinándose, cuando fuera necesario con los equipos de soporte

Sí, al apoyo y a la formación de médicos y enfermeras de AP en cuidados de calidad pero no a quitarnos los terminales y que los atiendan otros.

Afortunadamente se están desarrollando

Estimo que es fundamental y desde luego parece muy necesario potenciarlos desde ya

Suma y justamente bien valorado. Hay que potenciar y posibilitar una atención socio-sanitaria integral.

No queda clara la función de servicios existentes como ESAD u hospitalización a domicilio.

Evitar la hipertrofia de unidades con dependencia orgánica del hospital.

Papel de asociaciones contra el cáncer en el apoyo a pacientes terminales.

De acuerdo con lo expuesto

Cuidados Paliativos: los pacientes en situación de tratamiento paliativo, son pacientes frágiles y con necesidades especiales (al igual que sus cuidadores), por lo tanto la sensibilidad para con ellos del sistema sanitario también debe ser especial. La atención para con ellos debe moverse sobre tres ejes: Médico de Atención Primaria, Equipo de Cuidados Paliativos Domiciliarios y Atención Hospitalaria (atención 24 horas de las complicaciones agudas y en la etapa final de la enfermedad si así lo desea el paciente y su familia). El hospital debe tener recursos especiales destinados para estos pacientes, con camas especificas para ellos y con personal formado y con experiencia en el manejo de este tipo de pacientes (en nuestro hospital hay dos camas para paliativos y son atendidas por Internistas). No hay que olvidar que el concepto de paciente paliativo es un concepto amplio y no solo limitado a los pacientes oncológicos.

No entiendo bien la pregunta. Si se refiere a los Equipos de Apoyo, deberían intervenir a petición de los profesionales de AP y nunca suplantándoles cuando estos deseen hacer el acompañamiento y seguimiento del paciente y su familia. En mi experiencia, a veces son causa de disfunciones, duplicidades y descoordinación por desajustes en el circuito asistencial.

Si la pregunta se refiere a incorporar la Estrategia de Cuidados Paliativos , totalmente de acuerdo.
Los Paliativos son una parte esencial de esos pacientes “Crónicos”, “Frágiles” o ”Dependientes”, requiriendo un manejo exquisito y prioritario, con una colaboración estrecha entre Atención Primaria, Especializada y las Unidades de Atención Domiciliaria.

Potenciar la atención primaria para la atención a los pacientes con ECV en situación terminal (acceso a pruebas, "directo"..) y diseñar un programa de formación específico para este proyecto.

Muy importante, pero no lo encuentro pertinente en la Estrategia

Aumentar los equipos de cuidados paliativos que existen en las áreas. Su labor es incuestionable

La atención a los cuidados paliativos es una parte mas de la atención al paciente crónico donde la Atención Primaria, las Unidades de Atención Domiciliaria y Cuidados Paliativos y los Servicios de Medicina Interna, mas estrechamente están colaborando en este momento y debe de potenciarse. Visión integradora y de continuidad asistencial incluyendo al paciente y la familia.

Me parecen también fundamentales, los equipos deben tener más horario del que tienen actualmente Precisan de la colaboración de los familiares y cuidadores, que no en todas las ocasiones están disponibles.
Actualmente funciona bien, se necesitan más recursos humanos

El protocolo de atención al paciente polimedicado precisa bastantes mejoras.

Las acciones, 2ª, 3ª y 4ª muy necesarias.

En cuanto a la 5ª, no veo la necesidad de crear otras figuras intermedias. Sí me parece necesario que si se aumentan las camas de nivel intermedio, en ese nivel asistencial existan personas/equipos de referencia con las que poder contactar para facilitar esos ingresos y valoración de cada caso, esas personas podrían ser geriatras, enfermeras especialistas de geriatría y trabajadores sociales.

Me parece importante reforzar el papel de las enfermeras de AP en el control de la medicación, en cuanto seguimiento de la adherencia terapéutica, detección de errores medicamentosos y efectos secundarios de los medicamentos. La inclusión en los distintos programas o protocolos de medidas protocolizadas para mejorar la adherencia pienso que serían muy beneficiosos

Considero que la atención de las personas al final de su vida en la medida de lo posible debe ser realizada por su médico y enfermera de AP, para ello hay que dotar de mayores recursos a este nivel asistencial.

Además de nuevo es necesario reforzar la presencia de T. Sociales en los CS para facilitar la respuesta a las necesidades sociales

En el entorno más cercano a su ambiente habitual (familiar)

Creo que este es un punto fuerte de Asturias, gracias a los ESAD y las unidades de hospitalización a domicilio. Sería bueno citarlos en el texto.

Completamente de acuerdo

Importante identificar en todo el proceso de cronicidad cuando la enfermedad ha avanzado a terminal para derivar al equipo apropiado

En mi opinión buen funcionamiento de los dispositivos actuales

Importante las competencias de las personas que se encuentran trabajando en las Unidades de paliativos. Creación de perfil específico?

Dirigir esta demanda al médico y la enfermera de Atención Primaria y que sean ellos quienes soliciten el apoyo de servicios específicos de paliativos en el momento en que lo necesiten y no como se hace

actualmente desde algunos servicios en que directamente se dirigen a servicios de paliativos ninguneando al médico y la enfermera de Atención Primaria que son los más capacitados para identificar estos pacientes y hacer una valoración integral del paciente y su entorno porque no parten de 0 sino que parten de un conocimiento previo del paciente, su familia y su realidad social. Se evitaría así sobrecargar estos servicios que deben estar orientados a proporcionar recursos que no están a disposición de Atención Primaria y al manejo de situaciones de especial dificultad.

Proyecto estratégico 23. Optimización del tratamiento farmacológico en el paciente crónico

Media:4,78
DE:0,52
Ranking Medias:2
Ranking DE:3

Aportaciones

Trabajo conjunto de los equipos médico-enfermera en Atención Primaria. Creo que el circuito definido en el GOPA debe ser reevaluable.. Para realizar una adecuada valoración de los tratamientos, debe existir un protocolo claro de actuación tras eventos agudos, para evitar iatrogenia.

El abordaje del paciente pluripatológico debe normalizarse cuanto antes.

Optimización pero para todos . debemos poner el foco en la prescripción que se realiza desde las hospitales que son los principales inductores de la prescripción para el resto de la organización

En la mayor parte de los casos debe entenderse optimización en el paciente crónico como "deprescripción" sobre todo si este es anciano.

Sin duda, pero no sólo con criterios economicistas.

En la mayor parte de los casos debe entenderse optimización en el paciente crónico como "deprescripción" sobre todo si este es anciano.

Incluir al farmacéutico Comunitario en el proyecto

Poner en marcha iniciativas al menos explorarlas de Start-Stop.
No veo ni la necesidad ni la pertinencia de unidades de valoración geriátrica como responsable consultor en el paciente con ECV anciano. Creo que puede ser un especialista más al que se le solicite interconsulta según características clínicas del pacientes(además de la edad) y según criterio de su médico de familia

Me parece muy adecuada la idea de que el paciente tenga un referente que se responsabilice de la conciliación terapéutica. El paciente debe saber que existe una persona que se va a encargar de coordinar sus tratamientos. Esto mejoraría la adherencia terapéutica y disminuiría la probabilidad de errores. El referente lógico es el médico de atención primaria. No tengo claro si introducir además la figura del geriatra puede aportar claridad o más confusión (un montón de especialistas, el médico de primaria, el geriatra,…). Creo que el paciente agradece la simplicidad y aborrece el peregrinaje constante por las consultas hospitalarias. Fortalecer la figura del coordinador de atención primaria podría reducir al mínimo la necesidad de ese peregrinaje.

Por otro lado, y en relación con la medicación, creo necesario tener en Asturias un sistema de información farmacoterapéutica que tampone los mensajes unilaterales de la industria farmacéutica, movida lógicamente por intereses comerciales que no siempre aportan un valor añadido terapéutico, y que promueva un debate sincero y poliédrico sobre las nuevas alternativas de tratamiento farmacológico (y no farmacológico). Como ejemplo de la confusión que puede generar la situación actual, véase la controversia en torno al uso de los nuevos anticoagulantes durante los últimos meses.

Fundamental pero evidentemente hay que tener en cuenta el papel no solo de A.P. sino también contar con A.E.

Centralizar en el Equipo de AP el control de la medicación incluye diseñar el sistema de incorporación de fármacos desde el hospital. Las Unidades de valoración geriátrica las veo para dar cierta coherencia en el entorno hospitalario, y ajustar las intervenciones de forma proporcionada en el paciente anciano.

Optimización del Tratamiento Farmacológico: Uno de los puntos básicos como he comentado arriba creo que pasa por la comunicación entre los diferentes facultativos que atienden al paciente en diferentes niveles. A nivel hospitalario ayuda mucho la intervención del Servicio de Farmacia que controla las prescripciones, pero probablemente aún así sea importante realizar un esfuerzo más por simplificar dichos tratamientos en la medida de los posible, tanto durante el tiempo que el paciente pasa en el hospital como en las indicaciones del tratamiento ambulatorio. La importancia de avanzar en este terreno intenta ser reflejada en estudios como *"Diseño y validación de una herramienta para la desprescripción de medicamentos en pacientes pluripatológicos"* puesto en marcha por el Grupo de trabajo CRONOS de la SEFH (Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria) y en el que el Hospital del Oriente de Asturias está participando.

Otro punto básico para evitar yatrogenia (motivo de muchas descompensaciones de patologías crónicas). De nuevo para esto se requiere la implicación de los facultativos de los diferentes niveles asistenciales.

Algún comentario dentro de las acciones recogidas en este proyecto:

1. *Implementación del protocolo de actuación al paciente polimedicado.* En mi opinión, habría que revisar el protocolo del polimedicado cargado en el OMI (ver apartado de propuestas).
2. *Centralizar en el Equipo de Atención Primaria el control de la medicación, encargándose de valorar la adecuación y conciliación terapéutica y adherencia al tratamiento.* La conciliación de la medicación también puede entrar dentro de los proyectos estratégicos 16 y 20. Aunque la conciliación de la medicación es un objetivo de seguridad muy relevante, la implantación de un programa de conciliación en la práctica puede ser extraordinariamente complejo, en términos de organización (pacientes diana, personal responsable, ámbito de actuación) y consumo de recursos.

Pacientes muy medicalizados :"pastilla curalotodo"

Me parece importante. No se hace ninguna referencia a medicina de hospital

En el paciente crónico pluripatológico y polimedicado, las diferentes medicaciones interaccionan entre sí, producen y potencian efectos secundarios y lejos de beneficiar con ellos a los pacientes, contribuyen al deterioro de su situación clínica y de autonomía e incrementan el nivel de dependencia y la necesidad de cuidados.

La conciliación de la medicación es ya uno de los retos más importantes de la atención sanitaria en este momento.

Elaborar/Revisar el protocolo de atención al paciente polimedicado. Un protocolo de atención al paciente polimedicado debe difundirse de manera efectiva a todos los profesionales e incluirse dentro de los contratos de gestión. El protocolo debe incluir:

- Definición e identificación pacientes polimedicados. Actualmente hay 2 sistemas de información que pueden servir para identificar pacientes polimedicados: OMI-AP (extraer la medicación activa en OMI) y datos de factura de receta. La receta electrónica puede ser una buena opción cuando esté implantada en todas las áreas. Utilizar la medicación activa en OMI presenta la ventaja de la inmediatez de la información y la desventaja de la fiablilidad de esa información: implica una limpieza previa de las historias de los pacientes seleccionados (para esto puede ser necesario

formación en OMI: cerrar episodios, etc). Partir de la información de factura de receta implica utilizar datos reales de medicación retirada de farmacias, pero presenta el inconveniente del retraso en la información.

- Los listados de pacientes polimedicados deben llegar a los profesionales con una base regular.
- Protocolizar las tareas a realizar (ajustar los registros, conciliar la medicación, evaluar cumplimiento, adecuación farmacológica...) y definir el papel de cada profesional en el circuito.
- Formación en estrategias de adecuación del tratamiento farmacológico: cuestionario de hamdy, medicación inapropiada en ancianos, deprescripción, principios para una prescripción prudente...
- Medir: Nº pacientes polimedicados. Porcentaje de pacientes polimedicados incluidos en el programa.
- Sensibilizar a la población: carteles en los centros de salud, talleres en escuelas de salud, prensa.

Establecer objetivos concretos a nivel de toda Asturias sobre medicamentos o grupos de medicamentos concretos: por ejemplo la estrategia de deprescripción de bisfosfonatos de Navarra: http://farmaciadeatencionprimaria.com/2014/01/29/evaluacion-de-un-programa-de-deprescripcion-de-bisfosfonatos-en-navarra/

Elaborar y difundir desde la Comisión de Farmacia de cada Área actualizaciones terapéuticas breves en formato presentación sobre temas de interés en farmacoterapia dirigidas a Atención Primaria y Hospitalaria. La comisión de farmacia de Jarrio está elaborando pequeñas sesiones sobre temas de farmacoterapia concretos. Se ha designado un referente en cada equipo de atención primaria y en cada servicio de hospital para presentar a sus compañeros las actualizaciones terapéuticas elaboradas por la comisión.

Protocolo Paciente Polimedicado: el protocolo que está actualmente cargado en el OMI no es conocido por todos los profesionales. En la elaboración debería participar personal médico, de enfermería y de farmacia. Implica necesidades en formación muy importantes. La formación debe abarcar desde las estrategias para una prescripción prudente y deprescripción hasta el uso de OMI-AP para mantener registros fiables.

Implantar en todos los OMI-AP la guía terapéutica de la semFYC.

Sería una gran mejora en la atención al usuario crónico y polimedicado

Proyecto importante para evitar yatrogenia en los pacientes crónicos y sin duda polimedicados. Requiere implicación de los profesionales de todos los niveles. La visión global del internista puede aportar un gran valor añadido. Es complementario al proyecto de receta electrónica integrada con la HCE.

La enfermería tiene un papel importante en la revisión del cumplimiento terapéutico y en la educación al paciente crónico para que haga un buen uso de su tratamiento farmacológico. Por otro lado es necesaria la concienciación de los médicos en la revisión de los tratamientos y en su adecuación a cada paciente. La receta electrónica supone un gran avance a este respecto.

Incorporar estrategias de conciliación de la medicación del paciente crónico en los ingresos con la participación del farmacéutico hospitalario. Mejorar el informe al alta en el apartado de tratamiento farmacológico evitando frases “seguir igual”, “continuar con tratamiento habitual” y sustituir por otras más específicas que eviten errores y duplicidades. Facilitar el registro de errores de medicación para su análisis y elaboración de recomendaciones generalizables a toda la organización. Mejorar la HCE con sistema de alerta cuando se prescribe un fármaco y el paciente es alérgico o ha tenido un evento adverso en el pasado y está documentado en la historia.

La figura de las Unidades de valoración geriátricas suponen una mejora en la Atención de los pacientes ancianos y sobre todo de los que se encuentran en Residencias geriátricas.

Importante Información y Formación en Conciliación Terapéutica, Acceso informático a interacciones medicamentosas. Consultores de Geriatría.

Fomentar la figura de las unidades de valoración geriátrica como responsable consultor.

Proyecto estratégico 24. Coordinación sociosanitaria

Media:4,68
DE:0,59
Ranking Medias:5
Ranking DE:5

Aportaciones

Puede ser muy adecuada,...con la salvedad establecida en el comentario al proyecto 21.

No creo necesario más estructuras de coordinación, empezar por utilizar lo que tenemos

Fundamental Hacia la figura del gestor de casos

Me parece fundamental que esto se lleve a cabo pero no solo en el papel sino de manera real en la práctica.

Hay que intentar por todos los medios posibles que sea una realidad normalizada, cuanto antes. Deterioros físicos y/o psíquicos originados por vejez e invalidez, no deben atenderse prioritaria y/o exclusivamente como enfermedades.

Creo que debe ser total, fluida y ágil en todo momento del proceso de enfermedad. En las Unidades de Hospitalización los trabajadores sociales deben formar parte del equipo de atención al paciente, identificando desde el inicio de la enfermedad la posibilidad de una discapacidad residual y poniendo en marcha desde el principio los recursos disponibles para minimizar el impacto de la misma en términos sociales.

Coordinación y operativizacion de esta a través de los contratos de gestión . Incluso se podría avanzar hacia modelos de ventanilla única para la población que precisa de ambas prestaciones .

Puede ser muy adecuada,...con la salvedad establecida en el comentario al proyecto 21.

Muy importante, pero con enormes dificultades para su implantación real.

Puede ser muy adecuada,...con la salvedad establecida en el comentario al proyecto 21.

Las estructuras de coordinación no tengo claro a qué se refiere , ¿ se trata de mantener dos sistemas coordinados o crear un nuevo sistema con un modelo que de respuesta a la complejidad que la cronicidad lleva consigo?

Fundamental, tenemos que salir del “aislamiento sanitario”.

Entiendo que hay que analizar las demandas que plantean la población en situación de cronicidad para poder definir las necesidades/perfiles a los que dar respuesta.

La interdisciplinariedad por parte de ambos sistemas sería el modelo de trabajo imprescindible para desarrollarlo

Imprescindible para el abordaje de los problemas actuales y futuros de nuestra sociedad. Detectar precozmente los déficits sanitarios y sociales, poner en marcha estrategias para solventarlas y dar una respuesta ágil ante la pérdida de autonomía como consecuencia de la enfermedad es básico y fundamental. Que cada paciente esté en cada momento en el lugar más adecuado y atendido por los profesionales competentes para solventar sus necesidade.

Muy importante y que no logramos conseguir, la coordinación entre Primaria y Especializada falla y la coordinación entre los hospitales y el de referencia lo mismo

Coordinación Sociosanitaria: creo que la comunicación entre el medico y el trabajador social debe ser fluida tanto a nivel del hospital como a nivel del dentro de salud, intentando detectar lo antes posible las necesidades sociales de los pacientes y detectar al paciente frágil. Esto permite acercar lo antes posible los recursos sociales al paciente que los precisa y evitando a nivel hospitalario prolongar la estancia en el mismo.

Muy de acuerdo con el objetivo, pero considero que se debiera hablar en lugar de coordinación de integración.
Si la coordinación entre AP y AE es difícil y defectuosa y estamos hablando del mismo sistema, profesionales parejos y la misma dependencia organizativa, es mucho más difícil cuando tratamos de coordinarnos con otros servicios o sistemas que dependen de otras Consejerías.

Máxima prioridad en el momento actual de crisis

Un pilar básico del plan debe ser la detección de las necesidades sociales y el abordaje de las mismas con lo medios disponibles en la comunidad. Para ellos la labor del trabajador social es básica, tanto desde el hospital como desde Atención Primaria.

Creo que se debería aumentar la dotación de trabajadores sociales (TS) en salud, dotarles de la capacidad de gestionar recursos y además creo que éstos debieran depender de la Consejería de Sanidad, bien a través de un diferente reparto de las competencias o bien a través de la integración total en una única Consejería.

Las TS al estar integradas en los EAP, como parte del mismo y no como recursos de apoyo, debieran integrarse en el circuito de la atención de los pacientes crónicos, y estos pacientes, sobre todos aquellos con pluripatologías deberían tener todos una valoración social y seguimiento e intervención posterior en aquellos que lo precisen.

De nuevo la intervención de la enfermera familiar y comunitarias es esencial para detectar precozmente las situaciones de pérdida de independencia y autonomía, se debiera incorporar a su práctica diaria esta detección.
En los establecimientos residenciales se debe exigir un mínimo, mayor del actual, de recursos sanitarios incorporando la exigencia de mayor presencia de enfermeras y establecer los circuitos de coordinación necesarios con los EAP

Se agiliza el sistema y mejora la atención al paciente con una buena coordinación sociosanitaria

La escasez de recursos sociales para el apoyo a los pacientes crónicos y a sus cuidadores hace imprescindible la comunicación y coordinación entre los servicios sociales y los servicios sanitarios para una optimización de los mismos.

La coordinación sociosanitaria, como ya he dicho es un pilar básico dentro del contitum asistencial.

Paciente, Familia, Trabajadores sociales, y Profesionales Sanitarios forman la parte operativa de la estrategia del paciente crónico y su coordinación es vital.

Identificar y documentar los roles de las trabajadoras sociales en el ámbito sociosanitario para la mayor optimización de dicho recurso tan necesario en cronicidad.

Potenciar la interacción sociosanitaria y la integración de los profesionales de trabajo social en los procesos sanitarios es necesario. Fundamental definir roles y encontrar espacios para los trabajadores sociales en Atención Primaria.

Buscar la Autonomía del Paciente y detectar precozmente la Dependencia para prestar a cada paciente crónico la ayuda que precise por el Experto que le corresponda.

Actualmente las trabajadoras sociales de los centros se han convertido en gestoras de papeleos encerradas en sus despachos, papel que pueden cumplir a la perfección las trabajadoras sociales municipales. Si no asumen un papel más activo e integrador están condenadas a desaparecer.

3. Propuestas de trabajo

A continuación se presentan las propuestas de trabajo planteadas por el grupo revisor.

Como marco que sustenta las bases del documento se echa en falta la conexión con la Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, aprobado por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud en 2012- ver documento adjunto). Se menciona de pasada y aparece en la bibliografía al final pero, al ser un documento estratégico de carácter nacional y aprobado por todas las CCAA, podría hacerse una vinculación más clara en el texto a la alineación de este documento con el marco nacional para contribuir a mejor coordinación y, sobre todo, poder evaluar con indicadores comunes políticas y estrategias en el ámbito de la cronicidad. (Ver página 16 y 17-tabla: no aparece la Estrategia mencionada).

Creo que lo básico sería:

1. -Coordinación entre los diferentes niveles, basada en el médico de familia.
2. -Potenciar la coordinación sociosanitaria (los trabajadores sociales conocen los recursos, mucho mejor que los sanitarios)
3. -Aumentar las competencias y racionalizar el trabajo de la enfermería.
4. -Liberar al médico de familia de la alta presión asistencial y permitirle realizar otras actividades (comunitarias, educativas..).

Es importante ver cómo se van a evaluar los objetivos específicos que se plantean por cada proyecto estratégico y los globales del plan, los indicadores para el seguimiento y la evaluación que aún no se han incluido en el documento.

En la Estrategia como un elemento de ordenación se podría incluir la Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad en la columna de Estrategias del Ministerio. En la parte de Actuaciones en Asturias – Plan de Cáncer, creemos conveniente incluir el "Programa de cribado del cáncer colorrectal" ya que este año estará en marcha.

Proyecto estratégico 8. Estrategia NAOS. (pp. 24): dado que el Asturias el tabaquismo y el consumo de alcohol inadecuado son factores muy relevantes, como mencionan en el análisis de situación, llama la atención que no se hayan contemplado proyectos estratégicos para estos temas y solo se contemple uno específico para alimentación. Tampoco se contempla nada específico para el sedentarismo con ser uno de los elementos a trabajar junto con la alimentación para controlar o prevenir la obesidad. Es posible que los incluyan en el desarrollo operativo de alguno de los proyectos estratégicos de salud pero dada su relevancia para la prevención de patologías crónicas, sería aconsejable que apareciera de forma explícita en el documento.

Proyecto estratégico 12. Atención a las personas cuidadoras (pp. 27): una de las áreas que aporta la aecc para ayudar a las personas cuidadoras de enfermos de cáncer, de especial relevancia en el caso de enfermos paliativos, es el voluntariado formado para acompañar a las familias tanto en el hospital como en el domicilio. Consideramos que este punto podría encajar en este apartado, como una acción más a desarrollar, porque contribuye al objetivo de este proyecto estratégico. Podría ser con esta redacción: fomento y formación de voluntariado de acompañamiento para respiro de cuidadores/familiares y colaboración con entidades asociativas que dediquen a este campo específico.

1. Implantación de la telemedicina para facilitar la aplicación territorial del Código Ictus en toda la Comunidad Autónoma. En la actualidad, y debido a razones geográficas, los pacientes de las áreas I, II y VI están en desventaja a la hora de acceder a los tratamientos recanalizadores en la fase aguda del ictus. La implantación de la telemedicina en este terreno, ya con experiencia de años en otras Autonomías, permitiría al internista de guardia en Cangas del Narcea o Arriondas coordinarse con el neurólogo de guardia en Oviedo o Gijón, mediante la visualización directa de

la exploración del paciente y de sus pruebas de neuroimagen, para la aplicación del tratamiento fibrinolítico intravenoso en el Hospital más cercano al paciente, planificando acto seguido el traslado a la Unidad de Ictus de referencia para los cuidados subagudos. De este modo se ahorraría un tiempo precioso, demorando el traslado a un momento posterior a la aplicación de la fibrinólisis.

2. Implantación de un control de calidad, mediante auditorías externas e independientes, de los procedimientos quirúrgicos o intervencionistas que se llevan a cabo, computando las complicaciones registradas y reportándolas periódicamente para conocimiento público y retroalimentación de los responsables de los procedimientos, que así podrán corregirlos y refinarlos para evolucionar hacia la excelencia en su aplicación. Esto es especialmente relevante en los procedimientos preventivos, como la endarterectomía de la arteria carótida o la implantación de stent en estenosis carotídeas o intracraneales, o la cirugía de aneurismas cerebrales incidentales, donde siempre existen alternativas no intervencionistas, y es la tasa de complicaciones del procedimiento la que debe determinar la conveniencia de su aplicación.
3. Creación de un sistema de evaluación postcomercialización de los nuevos fármacos. Podría servir una red de médicos centinelas que reportaran los resultados en la práctica real de fármacos de reciente introducción o un sistema más ambicioso. Cada vez más se asiste a situaciones lamentables de prescripción masiva de moléculas nuevas en respuesta a promociones comerciales agresivas, casi siempre con un efecto pendular en el momento en el que se ponen de manifiesto efectos adversos insuficientemente ponderados en los ensayos o en la propaganda. Al final se llega a un equilibrio inestable, sustentado en la falta de información fehaciente, en el que unos médicos continúan con una prescripción generosa y otros evitan el fármaco totalmente, extremos ambos que suelen ser incorrectos.
4. Creación de una "Academia de Salud Cardiovascular". Reconociendo todo lo que las distintas patologías circulatorias tienen en común, tanto en lo relativo a factores de riesgo como al manejo terapéutico propongo la constitución de una Academia Cardiovascular que se encargue de ofrecer formación a los profesionales (sesiones periódicas, cursos centrados en los diferentes aspectos comunes), promover la investigación (celebración de una reunión científica anual, dotación de ayudas a proyectos) y dotar de uniformidad a las recomendaciones que se emitan desde la Administración en este campo.
5. Establecimiento de un Día Regional de la Salud Cardiovascular, con actividades coordinadas entre distintos departamentos de la Administración que permitan llegar con mensajes preventivos sencillos a la mayor cantidad de población: mensajes en radio y TV, actividades en los colegios, puestos informativos en las plazas, conferencias en los centros sociales, reparto de material informativo

Aunque se menciona el voluntariado en el proyecto estratégico 10, es positivo que aparezca vinculado también a una labor concreta como es el apoyo al cuidador también ya que se trata de un tipo de voluntariado comunitario que requiere formación específica y seguimiento protocolizado coordinado por los profesionales que atienden al enfermo crónico y cuidador.

Proyecto estratégico 14. Fomentar las iniciativas de Educación para la Salud desde Atención Primaria y Atención Especializada. (pp. 28): en las Acciones a desarrollar, estimamos conveniente incluir la elaboración de un listado de todas las recomendaciones de salud para la prevención del cáncer igual que se incluyen las relativas a la salud cardiovascular (dado que los tumores son la 2ª causa de muerte en Asturias globalmente, pero la primera en varones y en mujeres menores de 65 años. Se trata de trabajar sobre los factores recogidos en el Código Europeo Contra el Cáncer.

Proyecto estratégico 15. Facilitar la Prescripción de Actividades Comunitarias y de activos en salud en consulta (pp. 28): sería interesante contemplar que las actividades comunitarias se están también ofreciendo por entidades asociativas, sin fin de lucro, de clara solvencia y experiencia y son un recurso más a disposición de las administraciones para colaboración y coordinación; por ello, consideramos importante que también se conozcan estas actividades de promoción de la salud y prevención, de soporte al enfermo (sobre todo psicosocial) y al cuidador (voluntariado) de dichas asociaciones por

parte de los profesionales de AP y que formen parte de la fichas, directorios, etc. de recursos comunitarios para poder ser prescritos desde AP.

La "geriatrización" del sistema (aplicación de los principios propugnados por la Geriatría al sistema de asistencia) debe redundar, según se ha demostrado reiteradamente en unos mejores resultados en salud.
En nuestra área de gestión se están desarrollando proyectos en relación con:

- Deprescripción en pacientes ancianos en APS (solicitada financiación a la UE).
- Presencia de consultores de geriatría en servicios diana de Atención Especializada en los que se concentran pacientes ancianos (Frail Clinic) financiado por la UE..
- Adaptación de las guías de práctica clínica a las características específicas del paciente anciano (Mid frail) financiado por la UE

En el momento actual se viene dando una relación entre Atención Primaria y Atención Especializada basada en la circulación de información de una parte hacia la otra, con mayor o menor intensidad y se ha ido intentando que esta sea cada vez mejor, especialmente con el uso de medios informáticos. Habiendo sido esto una ganancia muy importante, considero imprescindible en la atención al paciente crónico y pluripatologiico mejorar la cooperación más que la información.

Creo que la cooperación es mucho mas fácil cuando ambas partes se conocen bien y pueden comunicarse con facilidad, por lo que propongo que cada centro de salud tenga un especialista de referencia que atienda siempre a la población de esa zona básica.

Así:

1. Se daría satisfacción a los pacientes que demandan tener seguimiento por un especialista
2. Se facilitaría el conocimiento del paciente por el especialista,
3. Permitiría contactos frecuentes entre el médico de familia y el especialista para consulta de casos (podría tenerse una parte de la agenda de ambos destinada a consultas no presenciales)
4. Facilitaría la aplicación de protocolos de seguimiento, lo que permitiría reducir las revisiones en atención especializadas, pasando estas a ser asumidas por atención primaria y se daría más tiempo a las primeras consultas para agilizar las listas de espera.
5. Sería mas fácil identificar puntos de ineficiencia y plantear formación o sesiones conjuntas

Abordaje de Objetivos Asistenciales Comunes, por Área Sanitaria, en los diferentes procesos, y según diagnóstico de salud, entre los niveles de Atención (Primaria-Hospitalaria), con criterios de Gestión Integral y con un enfoque asistencial proactivo y sistémico para potenciar la figura de Gestor de Caso (Enfermería/Trabajador Social).

Implantar el proceso de homogenización del Trabajo Social Sanitario en la red sanitaria del Principado de Asturias.

1. Dar información CLINICA a los profesionales (grado de control de los pacientes con factores de riesgo, o con enfermedad cardiovascular,…) y por supuesto hacer un seguimiento de la misma.
2.Formación para reducir la variabilidad en los registros de los sistemas de información tanto para atención primaria como hospitalaria.
3.Consensuar protocolos clínicos entre atención primaria y hospitalaria con los servicios implicados en la atención a los pacientes con ECV. Priorizar: Cardiopatía isquémica, Insuficiencia Cardiaca, Fibrilación Auricular, Ictus y Enfermedad Arterial Periférica.
4.Descentralizar la anticoagulación, con capacidad de decisión, a la atención primaria y el visado hospitalario para determinados fármacos.
5.Creo que es posible una aproximación a estratificar la población de la zona básica (o del área o de la CCAA) para detectar pacientes "frágiles" con riesgo de ingreso hospitalario en un año. En nuestra experiencia vienen a ser unos 150 pacientes por cupo o cias. Sobre ellos debería priorizarse la atención.
6.Poner en marcha la consulta hospitalaria "NO PRESENCIAL"

7.Potenciar la atención domiciliaria desde atención primaria junto con la adquisición de nuevos roles de enfermería.
8.Mejorar el conocimiento de los profesionales sobre los PCAIS (siguen siendo desconocidos y no implantados)
9.Programa especifico de formación en el manejo de ECV
10.Creo que debe potenciarse la EpS en estilos de vida y manejo de factores de riesgo cardiovascular.

Implantar el programa de Planificación alta sanitaria y continuidad de cuidados entre Atención Primaria y Hospital.

Herramientas útiles en el OMI y otros sistemas de la Historia clínica.

Utilizar los recursos ya disponibles en el EAP, como la Unidad de Trabajo Social Sanitario

Me parece muy importante apoyar las iniciativas que se consideren de interés y la integración de las actividades de promoción de la salud, EPS y actividades comunitarias en los sistemas de información. En ocasiones resulta complicado el registro de algunas actividades que se realizan de promoción y es importante que se conozcan y se puedan registrar en condiciones. Por supuesto favorecer la formación de los profesionales me parece importante. El listado de las recomendaciones de salud cardiovascular de los PCAIS para realizar un modelo metodológico común para la EPS puede ser muy útil. Me parece bien facilitar la prescripción de actividades comunitarias del entorno, el modelo del prescribe vida saludable vasco aunque no es exactamente eso, me parece muy interesante.

En cuanto a la continuidad de cuidados es algo importantísimo pero difícil de conseguir y aún no tengo claro que la implantación de la gestión clínica consiga mejorarla. La historia clínica única podría ser tan útil para la consecución de esa continuidad que muchos otros intentos de conseguir fluidez en la comunicación entre primaria y especializada, por ejemplo. La receta electrónica es básica y los proyectos de telemedicina pueden suponer un avance tremendo cuando son bien gestionadas, un buen ejemplo es el programa de retinografías en primaria en nuestra área sanitaria. Si fuera posible extenderlo a la teledermatología, sería una ventaja muy grande, ya que las listas de espera de dermatología en nuestra área son muy largas y mejoraríamos la accesibilidad.

Cualquier proyecto que suponga la optimización de los recursos de enfermería me parece inteligente, el de la enfermería de enlace, junto con las consultas de alta resolución en especializada y un planteamiento nuevo en la atención de las consultas de enfermería de AP, para que resultaran más eficientes, serían, a mi juicio, planteamientos interesantes a tener en cuenta. El papel de la enfermera de enlace sería el de la coordinación entre primaria y especializada con la colaboración de profesionales como los internistas, potenciando el papel de la enfermera de AP no limitándolo.

Estratificación de la población

Implantar herramientas que permitan mejorar la coordinación y comunicación entre los niveles asistenciales (comisión de continuidad asistencial, grupos de trabajo sobre procesos asistenciales integrados priorizados, fomento de consultas telefónicas entre profesionales, disponibilidad de información clínica relativa a los usuarios en los dos niveles de atención , tanto para enfermería como para facultativos

Listado de procesos asistenciales clave entre los dos niveles asistenciales (, bien por impacto como por frecuencia), interiorización, desarrollo en implantación de éstos . Desarrollo de indicadores conjuntos que midan la continuidad asistencial
Evaluación del funcionamiento del proceso de hospitalización dentro de los hospitales de la comunidad como elemento para adecuar los procedimientos que añaden valorar y depurar lo no eficiente

Empoderamiento de la enfermería de atención primaria

Mapear todas las actividades comunitarias en las que se participa y/o que están disponibles en cualquier ámbito de nuestro entorno de actuación.

Convocar, motivar e incitar al diálogo participativo, con apoyo del OBSA, a los Consejos de Salud de Zona y el de Área.

Elaborar memoria de sostenibilidad del Área, de los 3 últimos ejercicios, con conclusiones.

Potenciar e incrementar la participación de todos los Equipos en la estrategia NAOS.

Confeccionar un Programa de Actividades Educativas Comunitarias (ciudadanos/profesionales)

Listar, reconocer e impulsar talleres de autocuidado diversos

Evaluar y marcar objetivos de buen uso/registro OMI/SELENE

Normalizar relación/comunicación/actuación/apoyo con Servicios Sociales.

Desde la Asociación Asturiana de Esclerosis Múltiple proponemos la creación de una Unidad de Esclerosis Múltiple, con especialistas en la patología. También consideramos importante que haya en las urgencias, tanto de atención primaria como hospitalaria, una atención especializada de la demanda, que esté formada por personal formado que sepa atender un brote de esclerosis múltiple (EM) de manera adecuada. (que no se produzcan duplicidades en la atención, cambios no necesarios en la medicación habitual, etc).
También se echa en falta mayor número de profesionales de Neurología, la especialidad que atiene la EM

En mi opinión la mejora de la educación sanitaria de los pacientes. Cuanto mejor conozcan su patologia mejor se cuidarán y la evolución será mejor, evitando en muchas ocasiones visitas innecesarias. Creo que se debe abordar en ambos niveles, iniciar en Especializada y continuar en Primaria a largo plazo, con "sesiones" recuerdo para dichos pacientes. En este sentido me parece fundamental el papel de enfermería.

Otro aspecto sería la protocolización de las patologías crónica mas frecuentes para que exista una verdadera continuidad entre niveles asistenciales.

El documento es amplio y parece además ambicioso pero creo que quizá sea mejor definir puntos más concretos parta comenzar priorizando algunas actuaciones y objetivos, con un calendario de cumplimiento y evaluación y en la medida que esto se vaya consiguiendo, avanzar en otras cuestiones

No solo debemos protocolizar acciones hay que consensuar como llevarlas a cabo y medir sus resultados

Buscar utilizar las herramientas de comunicación que disponemos que nos faciliten esta acción
Hay que romper de algún modo esa barrera que separa la A.P. de A.E.

En relación a las enfermedades raras: Una rehabilitación continuada con cargo a la Seguridad Social, fundamental para el tratamiento de
estas patologías. Realizada por profesionales especialmente formados. En los casos en que sea

necesario, una rehabilitación domiciliaria.

Mejora sustancial de los servicios sanitarios:

A) Centros de atención especializados para las enfermedades raras y en su defecto consultas monográficas. Con su existencia se garantiza la realización en un mismo espacio físico de las

pruebas diagnósticas necesarias y la coordinación de los distintos especialistas sin que el paciente tenga que deambular de consulta en consulta por todo el recinto sanitario.

B) Garantizar la continuidad de las unidades de atención existentes en la actualidad, en el nuevo HUCA, para abordar de un modo integral la atención a los pacientes con enfermedades raras.

C) Profesionales formados y especializados en la atención a estas patologías principalmente los médicos de atención primaria con una buena coordinación entre ellos para facilitar el pronto diagnóstico de la enfermedad e instaurar los tratamientos adecuados lo antes posible.

D) Espacios libres de barreras arquitectónicas y aparatología accesible a las necesidades de los afectados, al objeto de que puedan realizar en igualdad de condiciones las pruebas diagnósticas que precisan.

E) Mejorar el acceso al diagnóstico y al tratamiento de cada una de las personas afectadas.

F) Que se utilicen prótesis de fibra de vidrio con los enfermos que las precisen ya que por su ligereza y resistencia pueden mejorar el día a día de los afectados por una enfermedad rara.

En relación a los cuidados paliativos

1. Mejorar la coordinación entre los profesionales que atienden a los pacientes y sus familias, acordando criterios de terminalidad en pacientes crónicos, mecanismos de derivación e interconsulta y guías de actuación.
2. Reuniones periódicas y objetivos comunes.
3. En una línea similar, impulsar protocolos de actuación conjunta con Equipos de Atención Psicosocial y Trabajadores Sociales que permitan una correcta evaluación y atención de los pacientes.
4. Organizar redes de voluntariado con voluntarios formados que acompañen personas cercanas al momento de la muerte como parte de una estrategia más amplia de participación y cambio social.
5. Revisión y evaluación de los indicadores de monitorización definidos en la Estrategia de Cuidados Paliativos para Asturias.
6. Reuniones periódicas entre los distintos Equipos de Cuidados Paliativos de Asturias. Promover la creación de la Sociedad Asturiana de CP.
7. Implementar dispositivos asistenciales de Cuidados Paliativos en los hospitales (UCP) para cubrir la demanda de atención de tercer nivel, fomentar la docencia e investigación en este área a cargo de personal especializado y de forma implícita visualizar en el ámbito hospitalario un enfoque de actuación distinto del actual con enfermos crónicos al final de la vida.
8. Incluir la Atención al Sufrimiento en la Cartera de Servicios.

Que en los protocolos de prevención y atención a patologías crónicas , se incorpore:

9. valoración integral de las necesidades del paciente y la planificación de intervención individualizada en función de dichas necesidades.
10. Valoración de las necesidades sociales de pacientes y personas cuidadoras.
11. Propuesta del recurso adecuado a la situación clínica, fase de la enfermedad y valoración de la red de apoyo sociofamiliar.
12. Elaboración de una plan integral de tratamiento y seguimiento con el paciente crónico.

Unificar los sistemas de información entre niveles asistenciales y compartir la documentación generada.

Desarrollo de los programas de continuidad asistencial al alta sanitaria de pacientes crónicos entre trabajadores sociales de primaría y especializada.

Potenciar mecanismos y programas de coordinación entre los profesionales del sistema sanitario y servicios sociales en el caso de personas dependientes para el seguimiento y evaluación de los planes de intervención.

Los servicios sociales, tanto los autonómicos como los municipales, pueden ser parte en todas las líneas políticas y en muchos de los proyectos y en muchas de las medidas incluidas en los mismos.

Desde mi área de trabajo el desarrollo e implantación de dos iniciativas que están aun en sus momentos iniciales:

1.-Las Consultas de Alta resolución.
2.-La gestión de los procesos clínicos tal como se comienza a diseñar en los Bloques Integradores de los acuerdos de gestión Clínica.

En relación al VIH/SIDA

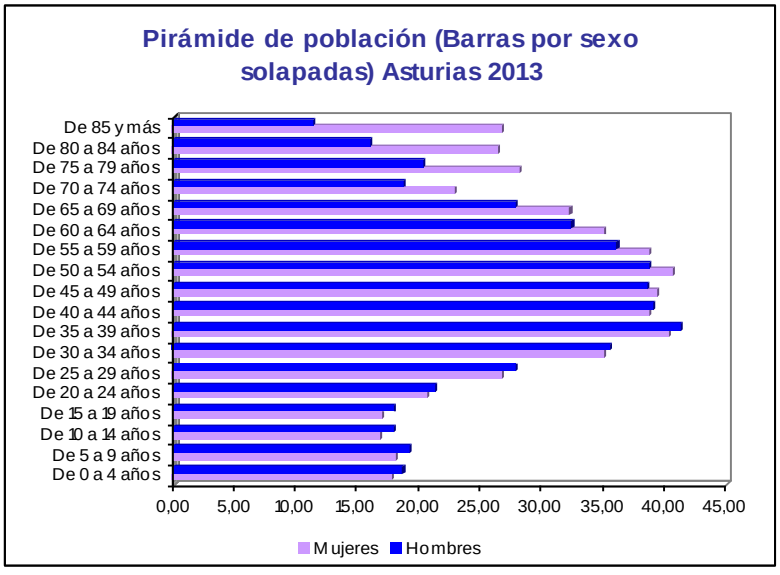
1.Tenemos diversas propuestas, no solo relativas a nuestro ámbito de actuación si no que también influyen al sistema sanitario en su conjunto; dejamos constancia para su inclusión si procede en el documento definitivo.
2.Pedimos a la Admon la realización de campañas de prevención y fomento de la prueba de VIH así como la implantación de la prueba rápida en todos los centros de salud y un mayor apoyo a las ONG´s para que podamos llegar a los sectores de la población más vulnerables.
3.En lo que nos atañe seguiremos trabajando para mejorar la calidad de vida de las personas afectadas por VIH, prestando servicios específicos de atención a estas personas y a sus familiares (apoyo psicológico especializado, grupo de apoyo entre pares, talleres formativos, etc)

En relación a la redacción del documento:

Análisis demográfico de la situación de Asturias (página 5)

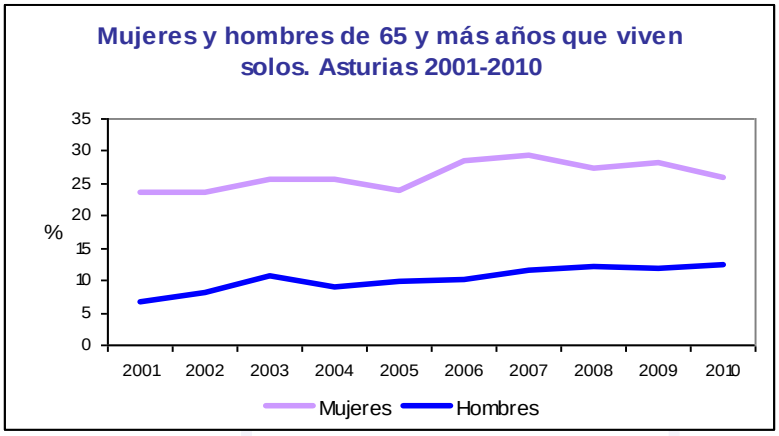
Se aporta en el documento una pirámide de población y se señala la esperanza de vida de mujeres y hombres y también el índice de envejecimiento y la proyección del mismo, pero no se hace ninguna mención a las importantes diferencias por sexo que se producen en los tramos etáreos más avanzados.

Dado que en edades avanzadas la enfermedad crónica es muy prevalente y más en mujeres (como más adelante se señala), merece la pena hacer alguna mención a que, en función del mayor envejecimiento femenino, el volumen de mujeres con enfermedad crónica va a ser mucho mayor (como también lo constatan las Encuestas de Salud)
En la figura se pueden ver las importantes diferencias por sexo a partir de 65 años, pero sobretodo a partir de 75.



Fuente; Sadei. Padrón 2013 Elaboración propia

Y la proporción de mujeres mayores que viven solas es sensiblemente mayor que la de hombres, lo que puede tener importancia cuando hay necesidad de apoyos por parte de personas con enfermedad o limitaciones debidas a la cronicidad.



Fuente INE (elaboración propia)

Se incluyen figuras para visualizar esta cuestión.

Se señala también que Asturias tiene una fecundidad extremadamente baja (1,08 hijos por mujer) la "mejor" de la UE. Se supone que quiere decir la "menor" de la UE, es la más baja de España y por ende, al menos una de las más bajas de la EU.

Las Enfermedades crónicas desde la perspectiva de determinantes de la salud

No se ofrecen datos desagregados por sexo y, citando la ESA, se cuenta con esta información, que además es muy relevante porque, cuando se hace mención a los datos socieconómicos y al impacto de la crisis, este está siendo mayor en las mujeres, como trabajadoras y cuidadoras (recae en ellas la carga de trabajo que se desprende de los recortes sociales y sanitarios). Por ello se solicita que se aporten estos datos desagregados. (página 6)

Tampoco se aporta información desagregada por sexo en relación a consumo de tabaco y alcohol, donde hay diferencias (salvo en adolescentes y jóvenes en los que en fines de semana los consumos se asimilan). (página 7).

Lo mismo ocurre con datos relativos al bajo peso (grandes diferencias por sexo) y al sobrepeso. Respecto al ejercicio físico, las diferencias por sexo son también importantes, dada la menor realización de ejercicio por parte de las mujeres.

Página 12. (4º punto de premisas) Cuando se señala que el peso de la cronicidad recae en el sistema sanitario y cuidados informales, se dice que muchas de las personas cuidadoras son también enfermas crónicas, pensamos que habría que aclarar que, además, mayoritariamente, son mujeres.

Página 19. 3.3. Visión Para las personas afectadas por enfermedades crónicas y para sus "cuidadores" Dado que prácticamente 9 de cada 10 personas cuidadoras son mujeres, es un término especialmente sensible. Se puede utilizar " para las personas afectadas y para "quienes cuidan de ellas" y en otros lugares "personas cuidadoras".

Página 27 Atención a las personas cuidadoras
Creemos que sería necesario incluir en las acciones a desarrollar:

Implantación de acciones de difusión, visibilización de la problemática que afecta a la población cuidadora, formada fundamentalmente por mujeres, y fomento de la corresponsabilidad familiar del cuidado, entre las y los profesionales sanitarios.

PERSPECTIVA O ENFOQUE DE GÉNERO

Aunque en la figura del marco conceptual de desigualdades sociales, aparece entre los ejes de desigualdad el género, en ningún momento figura en el documento que se incorpora el enfoque de género en el análisis, tanto de los determinantes como en los problemas de cronicidad. Creemos que, es necesario que figure que se trabaja desde este enfoque en los principios rectores:

"Es especialmente necesario incorporar la perspectiva de género, dado que esta estrategia redunda de forma tan importante en las mujeres, como enfermas y como cuidadoras"

Lenguaje: aunque se utiliza en general, correctamente, el término ciudadanía, en la mayoría de ocasiones se utiliza "los pacientes", "los enfermos" y "los profesionales sanitarios". Se solicita utilizar los y las o las y los…. Y en los casos que sea posible términos genéricos.
El uso de lenguaje no sexista está marcado en la Ley de Igualdad del Principado de Asturias de 2011 para toda la documentación de la Admón Pública

Para promover la figura de la enfermera como promotora de salud, creo que debe de impulsarse la Primera Visita de Enfermería en AP, ya instaurada en la mayoría de los Centros de Salud

Esta consulta funciona actualmente como una visita de acogida y realización de actividades preventivas. En ocasiones esto se sigue de una consulta médica para problemas que tienen una solución desde el propio paciente.

Para evitar esta hipermedicaclización de los problemas de salud detectados, sería aconsejable orientar el abordaje de los problemas detestados desde la promoción de salud, desarrollando incluso algún protocolo ,

Propongo:

1. Implicar a todo el personal del centro, especialmente TS y enfermeras en la elaboración del Mapa de recursos comunitarios de la Zona (las más cercanos y accesibles) a partir las fichas pdf de Actividades Comunitarias en Salud del Concejo, que se mencionan en el proyecto estratégico 15.
2. Implicar al Consejo de Salud de la Zona en la elaboración de dicho Mapa y su difusión
3. Planificar sesiones para que cada profesional sea consciente de que se pueden prescribir actividades de promoción antes que fármacos, siendo necesario dar a conocer al paciente, con claridad y concreción, las opciones que tiene y como acceder a ellas y quizás conseguir de él un cierto compromiso en su implicación.

Para el proyecto estratégico 18 de la normalización de la atención y circuitos asistenciales, creo que debería hacerse un esfuerzo para que todos los PCAIS, Protocolos o Programas que vayan a ser

implantados o ya lo estén, tengan asociado un protocolo en el programa OMI-AP y probablemente también en Selene (desconozco si este último lo permite).

Muchos le los PCAIS no han conseguido llegar a los profesionales, pero pequeños protocolos desarrollados en el OMI AP han conseguido unificar más la forma de trabajo

Lo que más influiría en mejorar la salud de los pacientes crónicos serían medidas de mejora de las condiciones sociosanitarias: implantación completa de ley de dependencia, ayudas a domicilio, rehabilitación a domicilio....

En el terreno estrictamente médico hay que implementar medidas de prevención cuaternaria como programas informáticos que adviertan de interacciones o incompatibilidades cuando se realiza una nueva prescripción (tanto por primaria como por especializada).

Habría que mejorar la accesibilidad del paciente a la atención especializada estableciendo la posibilidad de consultas telefónicas, y habilitar un marco para las interconsultas de atención especializada en el domicilio del paciente.

Desde el ámbito hospitalario de la Medicina Interna creo que podíamos ser uno de los ejes hospitalarios sobre el que pivotar el manejo de los pacientes pluripatológicos con alta tasa de consumo de recursos hospitalarios (visitas a URG y reingresos frecuentes), evitando la compartimentalización de los pacientes con múltiples visitas a Especialidades distintas.

El ejemplo es evidente con el giro organizativo y de gestión realizado desde hace 2 años con la Unidad de Insuficiencia Cardiaca de Medicina Interna.

Creo que este enfoque se puede (y debe) extender a otras pacientes pluripatológicos.
El otro componente fundamental sería el de favorecer la integración de la Atención sanitaria a este perfil de pacientes fomentando el rol de interconsultor en los Centros de Atención Primaria, para facilitar la coordinación con otro de los actores principales: el médico de Atención Primaria.

Finalmente, con Geriatría también se debería de coordinar la gestión de pacientes complejos.

Revisando el modelo poblacional de la Pirámide de Kaiser, el manejo de los pacientes crónicos (primer nivel), debería de poder gestionarse desde AP, con apoyos concretos y puntuales con Geriatría y MI (como coordinadores de nivel de especialidad) cuando se estime oportuno.

Geriatría podría asumir un rol de coordinador principal en pacientes crónicos de alto riesgo de edad avanzada, racionalizando las consultas a otras especialidades y haciendo una valoración integral del paciente.

Medicina Interna podría asumir el rol de coordinador principal en pacientes de alta complejidad, con especial foco en pacientes jóvenes y en pacientes con alto consumo de recursos hospitalarios

Realizar una Valoración integral de las personas que acuden a nuestros servicios, identificar necesidades y problemas, actuar sobre ellos de manera consensuada para conseguir resolución o mejora ,es decir ,crear planes de cuidados cuando el cuidado y el bienestar ,por la razón que sea se ha perdido.
Este planteamiento enfermero es el adecuado para trabajar con las personas con problemas crónicos, nuestro sistema , hasta ahora, ha propuesto un abordaje por patologías que ha supuesto sobrediagnóstico y polimedicación ,evidenciando además falta de comunicación y coordinación entre niveles y profesionales.

Formación a profesionales: Con el objetivo de conocer para poder trabajar con una nueva perspectiva (determinantes,PCAI,estrategias….)

Aproximación al trabajo en conjunto con los servicios sociales de nuestra zona con el objetivo de mejorar las competencias comunitarias de nuestras EIR hemos realizado una rotación en colaboración con el ayuntamiento por los servicios sociales de nuestra zona, ha sido muy bien valorada por nuestras EIR y además ha traído como consecuencia una línea de colaboración entre los profesionales de enfermería del centro de salud y el personal de los servicios sociales, con buenas perspectivas de trabajo real en común con las personas sin hogar (albergue)iniciamos proyecto

Ser un centro docente es sin duda, una fortaleza.

El proyecto de atención de personas institucionalizadas compartida entre geriatra y EAP ,en nuestro centro con 5 residencias geriátricas adscritas (aproximadamente 600 personas))contamos actualmente con un geriatra de apoyo ,en mi opinión ,decisión muy acertada , novedosa y con la que se mostrarán resultados muy positivos.

Actualmente en mi centro realizado por enfermeras se realizan distintas intervenciones: Talleres de cuidadores, seguimiento grupal y/o individual de deshabituación tabáquica, MAPAS de conversación con diabéticos(Inicio mayo 2014),Educación para el autocuidado en la cardiopatía isquémica (pte presentar a gerencia realizada guía de educación por grupo de trabajo cardiovascular de SEAPA al que pertenezco).

Entre otras… .Precisa coordinación de múltiples actores: Consejería Sanidad/ Bienestar Social, SESPA – Consejería- ERA… .Precisa adecuación de sistemas de información, organización asistencial AP/AE, logística…. .Afecta a entidades privadas : Posible oposición de oficinas de farmacia /COF (supondría la pérdida de la dispensación farmacéutica que actualmente prestan a los usuarios de los centros sociosanitarios)

Mi ámbito de trabajo es de dirección en un Área sanitaria. Es por ello que la necesidad de engranar las estructuras que realmente favorecen la coordinación interniveles y entre profesionales (programas transversales ligados a procesos de salud o enfermedad), interacción sociosanitaria, la potenciación del uso de los Sistemas de Información y de las nTIC en la gestión del conocimiento, el contexto clínico y cuidado enfermero, son líneas fundamentales.

En relación a los programas generados desde nuestro Área, entre otros:

1. Educación de cuidadores informales. Cuidado de pacientes dependientes.
2. Unidad de Educación al Paciente. Orientación a personas con patología crónica y sus cuidadores.
3. Potenciación de la Educación grupal en el ámbito de Atención Primaria.
4. Protocolo de Atención a Pacientes Varones con Síntomas del Tracto Urinario Inferior y sospecha de Hipertrofia Benigna de Próstata.
5. Protocolo para el Tratamiento de la Fibromialgia en Atención Primaria y de las Alteraciones Psiquiátricas Asociadas
6. Protocolo para el Estudio de Osteoporosis.
7. Protocolo del Aparato Locomotor
8. Manejo de la Patología Tiroidea del Adulto en Atención Primaria.
9. Estrategias de mejora en el uso de medicamentos desde el punto de vista de la efectividad y seguridad de los pacientes (utilización de estatinas, fármacos de reciente comercialización, conciliación de la medicación en el hospital, revisión de la adecuación de la doble antiagregación, …)

Consideramos importante el emponderamiento, que cada persona conozca sus problemas de salu, lo que conllevará una mayor adherencia a su tratamiento, evitará consultas innecesarias y procurará las actuaciones encaminadas a una óptima adaptación a su situación.

Prevención. Desde nuestra entidad llevamos dieciséis años tratando de sensibilizar en este tema a las autoridades sociosanitarias. En nuestro caso concreto la fotoprotección está prescrita en el 95% de los pacientes todos los días del año.

Atención multidisciplinar. Absolutamente necesaria para las personas con pluripatologías.

Potenciar la figura del Paciente Activo a través de las Escuelas Municipales de Salud.

Dar mayor protagonismo a la Enfermería en el abordaje de de los pacientes crónicos intentando desarrollar fórmulas nuevas y proactivas de Educación Para la Salud y Promoción de la Salud: Rutas de paseo saludables, creación de recetas de cocina, actividades de relajación, etc.

Creación de la figura de enfermería de enlace en coordinación directa con las/os trabajadores sociales.

Desarrollo de sesiones clínicas conjuntas entre Atención Primaria (AP) y Atención Hospitalaria (AH), presenciales u on-line, aprovechando los recursos de Telemedicina, para hablar de pacientes comunes o de problemas comunes de salud.

Revisión de casos y de pacientes comunes a los especialistas hospitalarios y de Atención Primaria, mediante pases de consulta juntos en el Centro de Salud de geriatras e internistas y médicos de familia donde ambos especialistas puedan revisar conjuntamente a sus pacientes.

Conciliación de tratamientos en pacientes pluripatológicos y polimedicados con participación del farmacéutico hospitalario antes de las altas de los pacientes y posteriormente del personal de enfermería de Atención Primaria a la semana del alta en su domicilio.

Conocer y utilizar los recursos de la comunidad. Organizar a nivel comunitario y con recursos propios de la comunidad talleres de manejo de la ansiedad, manejo del insomnio, ejercicio físico para mayores, además de los talleres ya realizados de memoria, control del dolor, envejecimiento activo, alfabetización digital....

Que la información sobre esos recursos disponibles nos llegue de forma reglada y no por el voluntarismo e interés personal de algunos profesionales .

Todo ello redundaría en aumentar los niveles de salud de la población, desmedicalizar la solución de estos problemas de salud y poner en manos de las personas los recursos necesarios para el manejo de su salud

Considero prioritario la potenciación de la Atención Primaria.

La Atención Hospitalaria debería centrarse en la patología aguda y en las reagudizaciones de los crónicos. Mínima hospitalización y facilidad para consultar desde el Centro de Salud las dudas que surjan en estos pacientes.

Sería necesario replantear las plantillas de personal de Atención Primaria, desburocratizar las consultas y potenciar el trabajo de enfermería.

Además sistemas de información fiables para extraer los datos de diagnóstico, tratamiento, protocolos, medidas de actuación: SIAP, ISIS...

Debería conseguirse una Alianza entre Administración Sanitaria , Especialidades, Atención Primaria, Trabajo Social, Pacientes y Comunidad, equiparable en todas las Comunidades Autónomas, Blindado políticamente, y que todos los partidos políticos trabajen juntos en conseguir la Alianza, gobierne quien gobierne.

Buscar la forma de que el Paciente pueda circular de forma fluida por el nivel de asistencia que necesite.

Propondría Prevención y Promoción de la Salud en relación directa con el Sistema Educativo, empezando desde la Infancia, continuando en Adolescencia, Madurez, Menopausia, Envejecimiento, y en todas las etapas responsabilizar al individuo de su propia Salud, dándoles acceso a la información y Formación, unificando diversas Entidades que por separado actúan en este sentido.

Potenciar el Trabajo de Enfermería con Formación para el Autocuidado y Seguimiento de Enfermos crónicos.

Integrar todo el sistema sanitario con los nuevos Sistemas de Comunicación para evitar burocracia.

Ir implantando Cambios de Mejora con el tiempo necesario para que las actuaciones se vayan consolidando desde la base y así avanzar de forma aunque más lenta, pero segura, con Programas muy claros y sencillos, donde cada profesional tenga muy claro cada protocolo de actuación y de registro para poder conseguir objetivos y evaluarlos.

Personalmente no pienso que tenga que haber incentivos para realizar bien el trabajo.

Tenemos que conseguir Pacientes informadoa, Activos, Comprometidos y que asuman el cotrol compartido de su enfermedad..

Proyecto ambicioso este, pero en el camino hay obstaculos inmediatos de urgente solución como es simplemente el hecho de garantizar una asitencia coordinada en tre niveles minimamente guiada por la MBE.

Unidades multidisciplinares en Atención Especializada.

Formación continuada para AP y circuitos de trabajo conjunto.

Mecanismos de enlace más directos entre Atención Primaria y Hospitalización.

Más apoyo práctico y emocional a la familia cuidadora que por la longevidad actual se acaba

desbordando ó que en muchos casos está aún peor el cuidador que el paciente.

Una EDUCACIÓN adecuada al paciente y cuidadores de su patología, que hará disminuir visitas a urgen

cias .

Creación de unidades de alta resolución, evitando así hospitalizaciones alargadas en el tiempo y que

merman los medios disponibles.

La situación actual de Gerencia Única permite trabajar en proyectos de continuidad asistencial que engloban a todos los profesionales necesarios en la atención a los pacientes crónicos. Sin perder de vista que creo que esta estrategia debe centrarse en la Atención Primaria y en sus profesionales, con especial relevancia al personal de enfermería o de cuidados, y desde ella crear las relaciones con el resto: recursos socio-sanitarios de los municipios, actividades comunitarias de salud, cuidados paliativos, trabajadores sociales, y la atención hospitalaria.

Habría que potenciar la formación y desarrollar los planes de salud de las diferentes patologías crónicas (Diabetes, EPOC, Insuficiencia Cardiaca) desde los Centros de Salud, más allá desde el domicilio del propio paciente y sus cuidadores, y a partir de ahí crear alianzas con atención hospitalaria desde especialidades como Medicina Interna o Geriatría como apoyo y consultor, incluso que exista un

profesional de referencia dentro de Medicina Interna para cada Centro de Salud o cada programa de continuidad.

Todos los programas de continuidad deben ir asociados a actividades educacionales individuales o grupales que sean comunes a todos los profesionales.

Implantar métodos diagnósticos en los Centros de Salud que faciliten la resolución de la Primaria, y mejoren la calidad de la atención a los pacientes crónicos. Crear circuitos diagnósticos y terapéuticos que acerquen el hospital al paciente y a sus cuidadores. (Uso de nuevas tecnologías – la telemedicina)

Potenciar el papel del propio paciente en el devenir de su patología y en la toma de decisiones (autonomía)

Apoyar a los cuidadores haciéndoles conocedores de los recursos que tienen en un punto único que puede ser su Centro de Salud y sin llamar a diferentes puertas.

Creación de la figura del Gestor de Casos dentro de la Oficina de Atención al Usuario relacionado con Admisión, Trabajo Social, Equipo de Cuidados Paliativos y con los Centros de Salud, y que facilita la relación del usuario con el sistema sanitario, sobre todo con el hospital para la coordinación de pruebas y consultas en el mismo día, trámites burocráticos, facilitar la relación entre los diferentes niveles y recursos socio-sanitarios en pacientes dependientes o paliativos.

Desde el Comité de Ética del Área formación de profesionales y de la población en temas de autonomía, uso de recursos, limitación del esfuerzo terapéutico, y resto de aspectos ético-legales en relación con cronicidad.

Como enfermera, el perfil de enfermera de enlace y enfermera gestora de casos me parece esencial en cronicidad.

He colaborado como gestora de casos de Insuficiencia Cardiaca en dos proyectos de investigación:

- Eficacia de un programa de gestión de enfermedades en pacientes de edad muy avanzada con Insuficiencia Cardiaca e importante comorbilidad. La mejora se manifiesta en la menor proporción de reingresos hospitalarios, mejor calidad de vida y menor mortalidad.
- Efectividad de instrumentos sencillos de diagnóstico de la fragilidad para caracterizar el pronóstico de los ancianos con Insuficiencia Cardiaca. Dicho síndrome de fragilidad predice el deterioro funcional, rehospitalización por cualquier causa y mortalidad.

Conozco y tengo información sobre la Unidad de continuidad asistencial (UCA) del área de salud de Salamanca en el marco de la puesta en marcha de la Estrategia de Atención al Paciente Crónico. La UCA es un espacio de atención integrada, ubicada en el Hospital, en estrecha colaboración y coordinación con los Centros de salud y con los Servicios Sociales y cuya función principal es prestar atención preferente a los pacientes crónicos pluripatológicos complejos (PCPPC).

Tengo conocimientos y sigo el Programa Paciente Activo (Euskadi, Pais Vasco). Programa de educación en autocuidados para pacientes crónicos y cuidadores cuya responsable es una enfermera.

Fortalecimiento del servicio de medicina interna y de su coordinación con AP así como de medicina interna con las especialidades médicas en el ámbito hospitalario. Esto pasa por dar más peso a AP en primer lugar y a MI en el ámbito hospitalario; crear cauces de comunicació fluiidos y guías de actuación comunes.

Formación en AP: la gestión del conocimiento es fundamental como base para asentar modificaciones relacionadas con el manejo de la cronicidad en un entorno ya habituado a la delegación en especialidades.

La formación, capacitación y mejora de liderazgo de los mandos intermedios para poder implementar adecuadamente las diferentes estrategias.

Actividades encaminadas a una gestión "real" del proceso de salud de las personas con enfermedades crónicas a través de Información+ Formación: Cursos ej: "Tomando control de su salud"; Colaboración activa con las Escuelas Municipales de salud, implicando a los ayuntamientos como proveedores de salud.; Identificar personas líderes en la comunidad y establecer alianzas.

Recuperar el apellido "Comunitaria" de la Atención Primaria, con un despliegue "real" de los profesionales de salud a pie de barrio, trabajando allí donde se encuentra la población.

Trabajo proactivo desde el ámbito de la Atención Primaria.

Una red de apoyo "real" a la atención domiciliaria, apostando por dotar de nuevas competencias a los profesionales de enfermería de A.P.

Garantizar la continuidad de cuidados y la coordinación sociosanitaria. Desarrollar la enfermería de enlace como un punto clave.

Hospitales comarcales con orientación a los procesos crónicos (Hospitales de subagudos).

Gestión por procesos.

Tanto el cambio demográfico (envejecimiento poblacional) como el cambio económico (crisis económica) están dando lugar a la saturación de las consultas de atención primaria, sobre todo la consulta médica.
Cada día se hace más visible la necesidad de un cambio en el modelo de atención primaria.
Se ha de dar un papel más preponderante a la enfermería a nivel comunitario, descentralizando la atención de las consultas en los centros de salud y fomentando las intervenciones educativas preventivas en los colegios, institutos, asociaciones, actividades educativas grupales a pacientes crónicos, el apoyo domiciliario, la gestión de casos…

Sólo las intervenciones que hagan llegar a los pacientes crónicos en las mejores condiciones a la senectud, mediante la prevención secundaria, la educación y el autocuidado, serán las que nos ayuden a hacer más sostenible nuestro sistema sanitario.

Consensos con atención primaria del tipo de4 pacientes neurológicos crónicos que precisen atención especializada

Consultas presenciales de casos problemas en a. Primaria.

Mejor acceso a la telemedicina.

Como ya he dicho anteriormente se trata de cambiar el enfoque que tenemos Médicos, Pacientes y la Sociedad en general respecto al paciente crónico. Muchas de las propuestas han sido ya citadas y me parecen relevantes como ya he explicado. El enfoque poblacional, todo lo que tiene que ver con educación y promoción de la salud son medidas a poner en marcha, mas en un área rural como la mía, donde los accesos a recursos tipo Hospital de día, escuelas de pacientes, aulas municipales de salud son escasos o inexistentes por la gran dispersión de la población. Además cuestiones sociales relevantes como el vivir solo en pueblos o aldeas pequeños no ayudan a una atención al paciente crónico en su ambiente por cuanto que falta la figura del cuidador. quiero hacer notar aquí un problema que hemos detectado y ha sido la vuelta de la emigración asturiana, personas mayores cuyos hijos se quedan en su país de nacimiento pero que sus padres vuelven. El problema es que vuelven con sus enfermedades crónicas y a un ambiente que si bien es similar al que dejaron hace muchos años, dista mucho de ser

parecido al que tenían en sus ciudades de adopción en el extranjero. Esto lleva a hiperfrecuentacion de los servicios de Urgencias y a una atención deficitaria de sus problemas crónicos.

Soy medico internista en un Hospital Comarcal, el Hospital del Oriente de Asturias. Mi Servicio esta configurado como un Servicio de Medicina Interna con visión global, donde atendemos la mayor parte de los problemas médicos. Esto nos permite ser referencia para nuestros compañeros de Atención Primaria así como colaborar estrechamente con otros especialistas de nuestro Centro o incluso de centros de referencia.

Quiero destacar no solo la visión global del paciente enfermo que por formación internistica tenemos si no también otros valores como la facilidad de comunicación con la Atención Primaria, con otros especialistas de nuestro Centro y de Centros de referencia. La accesibilidad y adaptación a las necesidades de nuestros pacientes máxime en un área rural y dispersa como la nuestra que se manifiesta en iniciativas de interconsultas telefónicas con pacientes y con Médicos de Primaria. Especial sensibilidad a los cuidados paliativos asumiendo estos dentro del Hospital, independientemente del Servicio que lo remita (cirugía...) y con estrecha colaboración con la Unidad de Atención Domiciliaria.

Como propuestas concretas para nuestro ámbito, además de "ser nosotros mismos" y por tanto desarrollar lo que ya estamos haciendo, aunque de forma "invisible", quiero citar algunas cosas concretas:
Labor de coordinación de la atención dentro del Hospital.

Coordinación, seguimiento y cuidado del paciente crónico que precisa intervención quirúrgica
Facilitación de la adecuación y coordinación de tratamientos entre distintos especialistas
Seguimiento especializado de la pluripatologia de la mano del Medico de Atención Primaria, siendo incluso posible que en vez de acudir el paciente al Hospital, sea el internista el que acuda periódicamente al centro de Salud a fin de una atención coordinada entre Paciente, Medico de familia y Especialista en un ambiente mas cercano.

Poner en marcha circuitos de alta resolución para pacientes pluripatológicos a fin de evitar idas y venidas al hospital, mas importante en pacientes ancianos y pluripatológicos con escasos recursos.
La Historia clínica Electrónica que en mi Hospital estamos impulsando es básico. Podemos aportar formación en su uso.

Es importante implantar la receta electrónica coordinada con SELENE

Estamos incluidos en Proyectos de investigación como "Diseño y validación de una herramienta para la desprescripción de medicamentos en pacientes pluripatológicos" Y el Proyecto Internacional REPOSI.
Veo necesario disponer de un Hospital de subagudos que alivie las necesidades de cama de pacientes de agudos en nuestra área Sanitaria.

Respecto a los Cuidados Paliativos, en este momento ya somos referencia para ingreso de pacientes paliativos que así lo requieran en nuestra Área. Tenemos 2 camas disponibles y nuestra relación con la Unidad de Atención Domiciliaria es estrecha.

Se trata de hacer habitual lo que normalmente hacemos de forma ocasional , pero ademas de forma coordinada, visible, mejorando, aprendiendo y formando también a nuestros compañeros con la visión centrada en el Paciente Crónico y pluripatologico, su familia y formando parte del continumm asistencial al que antes me refería, especialmente con Atención Primaria.

Estoy de acuerdo con las cuatro líneas políticas planteadas, y con lo que se derive de las mismas siempre que sean proyectos en temas concretos que es donde creo que está la dificultad principal.

No puedo responder a los proyectos estratégicos de la ficha con sólo una cruz en el nivel de acuerdo.
Por ejemplo estoy de acuerdo con la Creación de una Comisión Intersectorial de Salud en todas las

Políticas pero siempre que tenga una utilidad práctica, es decir que vaya más allá de lo teórico y repercuta en el desarrollo de proyectos.

Llevo 4 años trabajando en el proyecto Alimentación Saludable en los comedores escolares que integra muchos de los elementos explicitados en esta estrategia: investigación, medidas consensuadas desde tres Consejerías, formación y participación de profesionales, formación de familias y evaluación continua. Mi valoración es muy positiva.

Estoy de acuerdo en que es necesario asegurar el protagonismo y el liderazgo de la Atención Primaria como eje de atención al paciente crónico, aunque con la integración de los dos niveles de atención, se ha pasado de dos presupuestos separados -uno para cada nivel de atención-, a un único presupuesto y esto irá en detrimento de este nivel de atención. Asimismo opino que insistir en la implantación de la Gestión Clínica dificulta el protagonismo de TODA la Atención Primaria, ya que conlleva primar unos Centros de Salud sobre otros.

De todos los proyectos estratégicos destaco dos:

> El nº 23, de Optimización del tratamiento farmacológico en el paciente crónico, dada la iatrogenia derivada de la polimedicación actual.
>
> El nº 24, de Coordinación sociosanitaria, dada la problemática de la pérdida de autonomía de una población cada vez más envejecida y dado el menoscabo y retroceso de las políticas actuales en la aplicación de la Ley de la Dependencia.

Respecto a ordenar lo existente, lo centraría en los excesos de la prevención y la medicalización que conlleva.

Una propuesta de mejora viene dada por tener una mejor formación y más uniforme a nivel profesional encaminada a objetivos concretos.

Una mayor delegación y reconocimiento a los servicios de atención primaria para el tratamiento de los usuarios con enfermedades crónicas

Una mayor comunicación y más accesible entre los distintos organismos implicados en la atención a los usuarios crónicos. Con circuitos de derivación conocidos y claros.

Una mayor informatización del sistema que permita más accesibilidad a los datos de los pacientes y a evitar duplicidades de consultas, pruebas...

Una mejora de las herramientas de trabajo disponibles. Formación, conocimiento y actualización en las mismas

Una relación más cercana con la comunidad a través de ayuntamientos, escuelas, asociaciones... con proyectos claros de promoción de la salud y manejo de las enfermedades crónicas. Conseguir una mayor implicación de profesionales y organismos con el reconocimiento de ese trabajo.

Mejorar la educación a pacientes, familia, cuidadores... en el manejo de la patología y en el fomento del autocuidado.

Como ya indiqué anteriormente, para mí lo más importante y necesario es potenciar la Atención Primaria, aportando los recursos humanos y materiales necesarios y modificando la organización actual para hacerla más eficiente. Para atender adecuadamente a los pacientes, y en particular a los enfermos crónicos, es necesario disponer de tiempo suficiente y condiciones de trabajo adecuadas, cosas que a día de hoy no se dan.

Hay que trabajar con el personal sanitario, hay que hacerle protagonista de la acción, son ellos lo más importante, no los servicios centrales ni las cúpulas de la organización. Hay que preocuparse de su formación continuada y hay que ser extremadamente prudente a la hora de "añadir" a la actividad asistencial programas o tareas que, muchas veces, solo responden al interés político de turno o a visiones 'angelicales' de la salud y que solo sirven para sobrecargar, confundir y desanimar.

Es necesario potenciar servicios municipales y sociales que sirvan de apoyo a los enfermos crónicos (actividad física, rehabilitación, apoyo doméstico,..) y a sus cuidadores.

Para trabajar en estrategias de base poblacional y/o en relación con ámbitos no sanitarios, es necesario mejorar la dotación y la organización de recursos de salud pública en las Áreas Sanitarias, recursos necesarios para complementar el trabajo de los servicios asistenciales y que actualmente son prácticamente inexistentes. Esto también implica un cambio de perspectiva y una concienciación específica por parte de las Gerencias de las Áreas, hasta ahora principal y casi exclusivamente dirigidas a la gestión

A lo largo de este documento ya he ido esbozando varias cosas que pienso serían necesarias.
Lo primero de todo es invertir en promoción y prevención, creo que esto pasa por unas determinadas políticas de salud valientes en relación con la industria alimentaria y de coordinación con los ayuntamientos.

Desde nuestro ámbito de trabajo: coincido con muchos de los puntos tratados en el documento de partida.

Creo que es necesario que el peso de la atención a estos pacientes se haga desde AP.

Esta atención debe ser prestada por médico y enfermera de familia del paciente, no se deberían crear figuras externas, las enfermeras de familia son las que deben liderar y coordinar las estrategias asistenciales relativas a estos pacientes, siempre bien coordinadas con el médico de familia del paciente y con la capacidad de coordinarse con AE.

Empezando con la promoción y prevención, sería preciso invertir en recursos materiales y humanos y actualizar los criterios de las actividades a realizar basándose en las evidencias disponibles y dejar de invertir tiempo y recursos en lo que no es eficaz. Las actividades de promoción realizadas desde algunos CS, que se evalúen positivamente se deberían tratar de extender al resto de CS y posibilitar su desarrollo, no dejándolo a la voluntariedad de los profesionales como si fueran actividades añadidas ornamentales. Intervenir activamente en la detección y acción sobre factores de riesgo

Así mismo, es preciso protocolizar la atención a los problemas más prevalentes, bien sea con PCAIs, protocolos, guías clínicas, o como se estime, basadas en evidencias y que contemplen metodología enfermera. Pero dado que cada vez es mayor el número de personas que padecen más de una patología, se debería trabajar en el establecimiento de pautas de atención a los pacientes con pluripatología en el que se pudieran dar abordajes integrales y no por enfermedad, con especial atención a las personas más frágiles y con muchas necesidades de cuidados. Estos protocolos o pautas de atención posteriormente difundirlos de forma masiva para que llegue a todos los profesionales implicados. En ellos debería quedar recogido las responsabilidades de cada miembro del EAP y dado que hay espacios competenciales comunes tender a lograr la mayor eficiencia.

Imprescindible me parece la formación continuada de los profesionales y tratar de disminuir la variabilidad.

Sería positivo que a manera de las antiguas NTM, se establecieran unos mínimos exigibles de calidad en la atención, éstos debieran ser definidos con profesionales de distintas disciplinas que recojan no solo parámetros clínicos y ser perfectamente conocidos por todos los profesionales, crear alarmas con los servicios informáticos para resaltar actividades y realizar evaluaciones periódicas proporcionando feed-

back a todos los implicados ("Dime que me mides y te diré como trabajo", algo triste pero cierto). Adecuar para ello la herramienta informática.

Es necesario remodelar la atención que se presta en estos momentos en AP, eliminando burocracias y acciones innecesarias, propiciando una actitud en los profesionales de hacer las cosas con la mejor calidad, dejando de hacer lo que no aporta valor y que contribuye a la hiperfrecuentación y al consumismo sanitario.

Se debe promover que las personas salgan de los domicilios y en ese sentido los que puedan acudir al CS deben hacerlo, pero habría que tener un sistema por el que no se nos escaparan personas que lo precisen sin atender en domicilio, debiendo en estos casos adelantarnos las enfermeras de AP a prestar el seguimiento; promover también los seguimientos telefónicos. Analizar la atención domiciliaria que se está realizando y buscar áreas de mejora. Incorporar entre los objetivos del contrato de gestión el seguimiento de los pacientes inmovilizados para hacer una atención proactiva. Podría ser interesante una enfermera hospitalaria de coordinación e interlocutora entre AP-AE, que comunicara todas las transiciones asistenciales de aquellos pacientes frágiles y con necesidades de cuidados, sería preciso mejorar mucho la coordinación actual entre niveles y la continuidad de cuidados tras ingresos o visitas a urgencias, mejorando el sistema de información, los informes al alta y de urgencias. Los pacientes complejos con necesidades especiales de cuidados, previo al alta tras un ingreso hospitalario, se debería preparar su paso al domicilio con la enfermera de AP para asegurar la continuidad de cuidados.

Se debería tender hacia la especialización total de las enfermeras de AP, favoreciendo la incorporación de las nuevas especialistas y la sustitución de las plazas que vaya habiendo, frenar definitivamente los traslados de AE a AP sin una adecuada preparación y demostración de las competencias necesarias para trabajar en este nivel y creación de dos bolsas de trabajo diferenciadas para lograr el mismo objetivo.

Adecuar las plazas de enfermeras en los CS según necesidades de cuidados teniendo en cuenta edad de la población, residencias de ancianos, dependencia socio-económica,…., adjudicando una población específica a estas enfermeras, al margen del médico que tenga el paciente, y dotarlas de capacidad de gestionar ayudas y recursos sanitarios para que puedan asumir un mayor peso en la atención, dedicar mayor tiempo a la EdS en autocuidados y a la atención domiciliaria y asumir tareas que actualmente realizan los médicos, pasando éstos a un papel de consultores de determinados procesos, definiendo de manera clara las responsabilidades; también aumentar las plazas de auxiliares de enfermería para que puedan asumir tareas que ahora realizan las enfermeras, como determinadas técnicas.

Es necesario mejorar la coordinación AP-AE, propiciar una mejor comunicación vía telefónica o mail; muy importante sería expandir las consultas de alta resolución y disponer de servicios de alto rendimiento mediante el trabajo a turnos de los profesionales en servicios esenciales como puede ser radiodiagnóstico. Personal administrativo que coordine, a requerimiento de enfermería, citas múltiples de los pacientes para evitar paseos innecesarios a consultas externas. Aumentar las plazas en los hospitales de cuidados intermedios.

Integración de Consejería de Salud y Servicios Sociales en una única Consejería, aumentar las plazas de trabajadores sociales en salud con capacidad de gestionar recursos.

Ayudas a los/las cuidadores/as.

Mejorar la política de personal motivando a los trabajadores para que se involucren en la mejora de la calidad de la atención, el uso adecuado de los recursos y propiciando el sentido de pertenencia a la institución

Cambiar el enfoque general de la atención, pasando a priorizar lo que necesita el paciente frente a lo que podemos darle, y cambiar, así mismo, el enfoque actual de las consultas de enfermería en el seguimiento de crónicos, no centrándose en el control de signos y síntomas sino de necesidades de cuidados, para ello es importante incluir la metodología enfermera en los distintos protocolos para que se incorpore como acción "rutinaria" en el hacer de las enfermeras de AP.

Mejorar los sistemas informáticos para que permitan compartir la información y la comunicación entre profesionales y permitan incluir medidas de determinados indicadores hasta ahora no tenidos en cuenta como los relativos al autocuidado. Incluir en los indicadores que se evalúan la medición de planes de cuidados como indicativo de mejora de la atención. Incluir alertas de actividades importantes sin realizar. Incluir en los ppj escalas de complejidad que aseguren la valoración de determinados aspectos del seguimiento de estos pacientes.

Formación de todos los profesionales en la atención a pacientes frágiles con pluripatología, a las enfermeras de AP en gestión de cuidados complejos y como educadoras en la capacitación para el autocuidado.

Soy consciente de algunas de las propuestas que he hecho a lo largo de todo el documento excede las competencias de la Consejería de Sanidad, pero como está integrada en un gobierno determinado hay cosas que se pueden intentar, por otro lado como soy enfermera, aunque he comentado aspectos generales, me he centrado más en los aspectos relacionados con mi profesión.

Nombrar un enlace o responsable en cada centro de trabajo que mantuviera actualizado al EAP del desarrollo de todas las líneas políticas y estratégicas de esta iniciativa.

Cada trabajador tiene que hacer aquello que sabe hacer mejor y que da valor a su formación y su responsabilidad. No puede haber asimetrías en las cargas de trabajo cuando precisamente todo el documento insiste en que las personas enferman por muchos determinates. Queda muy bien en el plano teórico pero luego al final el embudo acaba siempre en el mismo lado asistencial: la gente no va a protestar (aunque lo haga puntualmente) al ayuntamiento ni a la fábrica por los humos ni al laboratorio que induce la medicalización. La gente que se considera enferma o sufre agudizaciones de sus procesos crónicos pide consulta o ayuda… al médico.

Como médico de Atención Primaria con 35 años de servicio, sigo esperando:

1-Coordinación Atención Primaria-Atención Hospitalaria (somos la misma empresa)
2-Historia clínica electrónica unificada y que se pueda ver en todo el territorio (actualmente sólo en la ZBS)
3-Trabajar sobre el paciente, no sobre la enfermedad
4-El tratamiento farmacológico no es la “panacea” (es una parte del tratamiento y a veces no la más importante)
5-AP-21 Marco estratégico 2007-12 duerme en el limbo, el proyecto era nacional, avalado-consensuado por el Ministerio de Sanidad

REORDENACION DE LOS CIRCUITOS DE ATENCION AL PACIENTE CRÓNICO. PRIMERA VISIAT SIEMPRE A TRAVES DE ENFERMERIA.

IMPILSO DE LAS COMPETENCIAS DE ENFERMERIA EN EL MANEJO DE ESTOS PACIENTES.

DESARROLLO DE SISTEMAS DE ATENCION DOMICILIARIA PROGRAMADA A PACIENTES CRÓNICOS LIDERADOS POR ENFERMERIA

Los cambios en la sociedad son responsables de la emergencia de las enfermedades crónicas, del envejecimiento progresivo de la población, de la pérdida de las redes de apoyo familiar.

Los problemas con un sustrato social se medicalizan y cuando realmente pierden la salud o contraen enfermedades agudas que los desestabilizan, el sistema sanitario es claramente inoperante para solucionarlo.

Se requiere una valoración multidimensional y un trabajo en equipo integrador que trabajen estrechamente para su atención.

La atención al paciente crónico exige una colaboración estrecha entre todos los profesionales, incrementar el nivel de formación y autocuidado de los pacientes, lo que va a representar un área de desarrollo profesional para la enfermería.

Teniendo en cuenta mi lugar dentro del sistema sanitario, mi formación como Internista y la labor que desarrollo como tal en un hospital comarcal (Hospital del Oriente de Asturias, Área Sanitaria VI), donde se desarrolla una Medicina Interna en el más amplio sentido, cuyos pilares son:

-la visión global de enfermo (la mayor parte de nuestros enfermos son ancianos y pluripatologicos);
-la intercomunicación fluida con otros especialistas, tanto de Atención Primaria, como de otras Especialidades, de nuestro hospital o de nuestros centros de referencia (asumimos patologías que en otros hospitales tratan los "Especialistas de Organo")
-accesibilidad y adaptación a las necesidades de nuestros enfermos (es un área con población sobre todo rural, muy dispersa geográficamente y con un crecimiento exponencial en épocas estivales)
-sensibilidad con los pacientes Paliativos (asumimos las descompensaciones agudas de los mismos así como la fase final si es deseo de ellos y sus familiares) y con la problemática social (dentro de las posibilidades de un hospital comarcal y de agudos) de un área sin hospital de crónicos y con escasos recursos sociales.

Comida a domicilio en ancianos solos.

Consulta de educación para pacientes crónicos. Ejemplo: IC

Fomentar actividades deportivas

Fomentar espacios terapéuticos de escucha. Terapia de reeencuentro.

Facilitar herramientas (diagnóstico y terapéuticas) de trabajo eficientes.

Tratar a las personas como personas, no como animales. Y el tiempo es una herramienta que en el trabajo de lso demás no se tiene en cuenta. ¿Importa realmente a nuestros gestores y planificadores que se dediquen tiempos de veterinario – o mucho menos- en la actividad clínica?

Sistemas de información en el puesto de trabajo: rápidos e intuitivos.

Plan de formación centrado en las necesidades del clínico y que tenga en cuenta las necesidades de la gente que atiende

Mejorar los cauces de comunicación o tender puentes entre la comunidad y el centro de salud en aquellos lugares que la inercia ha hecho de su relación compartimentos estancos

Dado mi puesto de trabajo actual el sesgo orientado a los cuidados paliativos , el mayor campo a desarrollar es no ya la comunicación sino la cooperación entre niveles asistenciales , potenciando compartir historias clínicas evolución del paciente tanto desde el ámbito sanitario como desde el socio/sanitario

Todo está bien expuesto en el documento que es ambicioso, como no podría ser de otra forma. Desde el punto de vista médico la coordinación entre Atención Primaria y Especializada no se ha conseguido. Tenemos muy poco diálogo, pocas reuniones conjuntas. No sirve el hacer documentos, hay que consensuar pautas y llevarlas a cabo. Se ha de hablar más, tener reuniones de igual a igual, no sesiones o charlas, tampoco hacer documentos (me refiero en particular a PCAIS). Se ha de establecer en las patologías crónicas qué cuidados compiten a cada AP o AE, realizándolos de forma coordinada con seguimiento. Se han de utilizar mecanismos de comunicación con más frecuencia (teléfono, correos electrónicos)., se pueden solucionar muchos problemas. También acciones concretas con iniciativas comunes entre AP y AE, que se inicien desde el principio de forma conjunta.

La "geriatrización" del sistema (aplicación de los principios propugnados por la Geriatría al sistema de asistencia) debe redundar, según se ha demostrado reiteradamente en unos mejores resultados en salud.

En nuestra área de gestión se están desarrollando proyectos en relación con:

1. Deprescripción en pacientes ancianos en APS (solicitada financiación a la UE).
2. Presencia de consultores de geriatría en servicios diana de Atención Especializada en los que se concentran pacientes ancianos (Frail Clinic) financiado por la UE..
3. Adaptación de las guías de práctica clínica a las características específicas del paciente anciano Mid frail) financiado por la UE

En el HMN se atiende a población en edades muy avanzadas (mayores de 85 años), con pluripatologias y polimediación .La detección al ingreso por parte del medico geriatra de las situaciones de fragilidad y prefragilidad (influencia, entre otros, de los determinantes sociales), para hacer petición de valoración de la situación a la Unidad e Trabajo Social, determinarían una mejora en la atención prestada

Facilitar información al paciente en el momento del Ingreso (Guía del Paciente) sobre la cartera de servicios/prestaciones del trabajo social sanitario (tipología de intervención social) con el objetivo de que puedan tomar decisiones de forma autónoma sobre la conveniencia de solicitar consulta a esta Unidad de Trabajo Social

Continuidad de la atención

Al alta sanitaria facilitar Informe de Trabajo Social al propio paciente y/o su entorno significativo y/o al profesional de trabajo social correspondiente con el consentimiento expreso del paciente y/o entorno significativo.

Compartir el mismo programa/historia clínica electrónica entre AP y AE

Informar al EAP de paciente, familia, cuidadores de posibles candidatos a incluir en las actividades que se realicen de Educación para la Salud, Escuelas de pacientes, Atención a Personas Cuidadoras... etc
Integración de protocolos asistenciales para mejorar el desempeño de la atención a crónicos, ampliando la perspectiva del alcance de las actuaciones.

Evaluación de los circuitos de derivación y reformulación en aquellos casos en que se identifique oportunidades de mejora

Apoyo a la investigación sobre cronicidad

Evolución de tecnologías subsidiarias de ser empleadas en la atención al paciente crónico
Evaluación de los perfiles profesionales y de las competencias para las nuevas habilidades que exigirían las modificaciones en los contenidos de la atención al paciente crónico

Apoyo a coordinación sociosanitaria, a través de la realización de protocolos o guías que estructuren las relaciones entre ambos ámbitos de actuación

Desde nuestro ámbito de al Neurociencia y para mejorar la atención prestada al paciente crónico sería necesario trabajar en: 1) una mejor protocolización del manejo paciente pluripatológico, que ahora está abocado a un peregrinaje no solo entre los diferentes Servicios, sino también entre diferentes Areas Sanitarias, que coloque al profesional de AP como el verdadero protagonista del manejo de estos pacientes; 2) mejorar la coordinación con AP (actualmente somos dos compartimentos "estancos" en la práctica en el Principado; 3) dinamizar los dispositivos de atención a medio plazo al paciente con enfermedad neurológica sobrevenida (por ejemplo, ictus), tales como Unidades de Estancia Media, Atención Domicialiaria y estrictos protocolos con Bienestar Social; y 4) apoyar y apoyarse en las Asociaciones de Pacientes con patología neurológica crónica.

REFORMA, REFORMA Y REFORMA del modelo actual para eliminar lo que no funciona e incorporar lo que es más efectivo, eficiente, seguro y satisfactorio contando con la participación de ciudadanos, políticos y profesionales.

Mención especial a la necesidad de cambio de paradigma "médico-céntrico y hospitalocéntrico."

En relación al cáncer: implantación del programa de primer impacto tras el diagnostico de cáncer, incluir el cribado de cancer de colon, fomentar el voluntariado en lso hospitales, , incluuir un listado de recomendaciones para prevenir el cancer, crear grupos de duelo.

No entiendo muy bien la pregunta.

Entiendo que todas los proyectos que tengan acciones concretas en los Centros de Salud y en las Áreas Sanitarias serán desarrollados por el personal que trabajamos en los Centros de Salud : Educación para la Salud, Activos de salud, Estrategia NAOS, Incorporación de desigualdades de Salud en la práctica diaria, Promoción de la Salud y Participación Comunitaria, Instrucciones previas, Atención a las cuidadoras, intervenciones formativas de Paciente Experto, prescribir actividades comunitarias, continuidad de la atención, etc…

Objetivo fundamental: actividades preventivas y de promoción de la salud, atención integral en enfermedades crónicas. Si este es el objetivo fundamental, se debería traducir en actuaciones concretas. No sólo de voluntarios "que quieran" hacer además de lo suyo, promoción de la salud en consulta, grupos o comunidad

Y además,en formas de registrar y evaluar la actividad. Me parece fundamental lo que se dice en el Documento de Compromiso de Seapa con la Sostenibilidad, al final sólo nos miden por la frecuentación.¿Donde están nuestros objetivos e indicadores? .Continuamos sin poder registrar la atención comunitaria, entre otras cosas.
Creo que tenemos que apostar por la prevención, la promoción y la educación para la salud, con políticas claras desde el Sespa para su implementación, registros y posibilidad de evaluación

Actuación conjunta de diversos sectores sociosaniitarios para la optimización de recursos en atención a crónicos, pluripatológicos o frágiles, que no necesita una enfermera de gestión.
Que nos posibiliten esa gestión a las enfermeras comunitarias que conocemos todo sobre nuestros pacientes, pero no podemos ni adelantarles o juntar dos consultas hospitalarias.

Tenemos diversas propuestas, no solo relativas a nuestro ámbito de actuación si no que también influyen al sistema sanitario en su conjunto; dejamos constancia para su inclusión si procede en el documento definitivo.

Pedimos a la Admon la realización de campañas de prevención y fomento de la prueba de VIH así como la implantación de la prueba rápida en todos los centros de salud y un mayor apoyo a las ONG´s para que podamos llegar a los sectores de la población más vulnerables.
En lo que nos atañe seguiremos trabajando para mejorar la calida de vida de las personas afectadas por VIH, prestando servicios específicos de atención a estas personas y a sus familiares (apoyo psicológico especializado, grupo de apoyo entre pares, talleres formativos, etc)

Implantación de consulta telefónica de seguimiento de crónicos en atención especializada. Evitaría desplazamientos innecesarios y ahorraría tiempo en las consultas. Se evitarían las consultas a las que el paciente va a que solo le digan "todo está bien".

Consultas agrupadas en el mismo día: facilidad y comodidad

Escuela on-line

Desarrollo de la hospitalización a domicilio

Más tiempo dedicado a la Educación para la salud

La "geriatrización" del sistema (aplicación de los principios propugnados por la Geriatría al sistema de asistencia) debe redundar, según se ha demostrado reiteradamente en unos mejores resultados en salud.

En nuestra área de gestión se están desarrollando proyectos en relación con:

1. Deprescripción en pacientes ancianos en APS (solicitada financiación a la UE).
2. Presencia de consultores de geriatría en servicios diana de Atención Especializada en los que se concentran pacientes ancianos (Frail Clinic) financiado por la UE..
3. Adaptación de las guías de práctica clínica a las características específicas del paciente anciano Mid frail) financiado por la UE
4. Incentivar la formación continuada dirigida a la mejora de la atención de los pacientes crónicos, en el ámbito de las sesiones clínicas de los centros de salud, Por ejemplo: por medio de la certificación de las sesiones, facilitando el intercambio de sesiones de interés entre centros o entre nivel hospitalario-atención primaria (actualmente la formación "externa" de los centros de salud está en manos de la industria farmacéutica), incluyendo objetivos de formación en contrato programa o contratos de gestión clínica, etc.
5. Elaboración de una estrategia (incluyendo los formatos) de comunicación y llegada de información, los diseños de la intranet, los canales más adecuados, los repositorios de información…
6. Potenciar el papel de enfermería en la atención al paciente crónico, y promover su participación en la elaboración de PCAIs, que deben incluir protocolos sobre su actividad en atención primaria (guías de cuidados de enfermería en cada problema de salud, etc).
7. Dinamizar consejos de salud y relación con asociaciones de pacientes.
8. Participación de ciudadanos en PCAI y protocolos que les afecten.
9. Promover una mayor relación entre centros de salud, intercambio de ideas y debate sobre buenas prácticas ¿redes sociales?

6. Dificultades planteadas

A continuación se presentan las dificultades que el grupo revisor plantea para realizar el despliegue de los proyectos.

Se trata de dificultades principalmente culturales y por tanto difícilmente abordables si no se contemplan como un problema sistémico.

La terminología no normalizada significa cosas diferentes para diferentes profesionales en función de su marco conceptual propio.

Podría generarse dificultades para organizar agendas de trabajo en el Hospital, por lo que seria aconsejable empezar a trabajarlo con especialidades no quirúrgicas, especialmente Medicina Interna, Cardilogía Y Neumología

1. Para la implantación de la telemedicina la tecnología será el menor de los problemas. Se han desarrollado instrumentos cibernéticos que permiten la implantación de sistemas como el que se propone a muy bajo coste. El mayor problema será la motivación de los profesionales de los hospitales comarcales para asumir esta nueva tarea, con lo que implica de aprender nuevas escalas de exploración, y asumir responsabilidades nuevas, aunque sean compartidas.
2. En relación al control de calidad el principal obstáculo es la resistencia de los intervencionistas y cirujanos a someterse a auditorias, por cuanto si los resultados son muy desfavorables la conclusión lógica sería que las técnicas que llevan a cabo no son rentables desde el punto de vista de la relación beneficio-riesgo y deben ser abandonadas. No obstante el camino ya está abierto: actualmente tanto en Cabueñes como en el HUCA existen sendas comisiones de carótidas que realizan auditorías periódicas de los procedimientos llevados a cabo.
3. Con respecto a la vigilancia postcomercialización supongo que el principal obstáculo es el precio de la intervención. Se requiere para hacerlo bien monitorizar a una población muy amplia, si bien también podría realizarse la intervención monitorizando muestras representativas de la población.
4. No veo obstáculos a priori para la creación de la Academia de Salud Cardiovascular. Existen en la región especialistas destacados en todos los campos de la Salud Cardiovascular, demanda por parte de los profesionales de información y por parte de los investigadores de financiación.
5. Con respecto al Día Regional de la Salud Cardiovascular, se me escapan los entresijos de una coordinación interdepartamental tan amplia. Supongo que será muy compleja pero factible. Al fin y al cabo existen días de celebración en que se coordinan actuaciones de modo similar.

Puede vivirse como sobrecarga en el trabajo el tener que realizar contactos telefónicos con otro profesional, para evitar lo cual se establecerían tramos de la agenda de consulta a este fin y serían contabilizados como cualquier otra consulta

Podría utilizarse la pirámide de Kaiser propuesta en el documento preliminar para comenzar una implantación paulatina y un pilotaje.

Creo que serían:
-La política es cortoplacista y sin visión de futuro, únicamente les preocupa el ahora.
-El criterio economicista y la visión “empresarial” de la sanidad.
-La resistencia al cambio y el inmovilismo de muchos elementos del sistema.

Necesidad de una visión y un deseo de cambio profundo por parte de los distintos profesionales implicados. Resistencias.

Asignación de nuevos recursos asistenciales y para la formación de todos los niveles sanitarios.

Déficit importante en la cobertura en los diferentes Centros de Salud de Unidades de Trabajo Social

Tecnológicas

Ámbito personal, recursos humanos y relaciones profesionales, dentro y fuera del EAP.

Supongo que formativas, de recursos y la resistencia al cambio.

Falta de comunicación entre profesionales y nieles asistenciales

Falta de cultura de trabajo conjunta en todos los niveles de la organización (intraservicios , interservicos

Preponderancia dentro de la organización de la asistencia hospitalocentrica

Recursos orientados a la atención de patologías agudas . Consideración en la visión de la organización de la atención comunitaria, las políticas de prevención y promoción como áreas de menor visibilidad social

Que los objetivos no se encuentren explícitamente recogidos, con sus correspondientes "indicadores" en el Contrato de Gestión.

El carecer de un Plan, instrucciones homogéneas claras,…..que promueva y facilite la integración y promueva la implicación y acción conjunta coordinada.

Los recursos disponibles (Responsables/Profesionales/ Tiempo….)

Sin duda, la falta de recursos económicos incide en la merma de profesionales de Neurología y de la creación de una Unidad de EM.

Una dificultad superable puede ser la falta de interés en la agenda política sobre las enfermedades crónicas, que se puede mejorar mediante el compromiso político, profesional y de los/las personas afectadas.

Yo creo que el fundamental, la disponibilidad de tiempo, ya que a lo largo de los años, si bien en determinadas situaciones se puede redistribuir el trabajo, la norma es que estos planteamientos educacionales se realizan la mayor parte por el esfuerzo y trabajo personal en casa de las personas mas motivadas.

Es muy importante el restablecer la buena relación entre los gestores y el resto de los actores del sistema, es difícil trabajar en situaciones de desconfianza

Si el personal no ve claros los objetivos y no está motivado, resulta complicado llevar estas estrategias a cabo

En ocasiones labor puramente asistencial desborda la actividad cotidiana y obviamente es otra dificultad añadida

La mala coordinación y muchas veces los diferentes esquemas de abordaje de estos problema. En este sentido la unificación de las gerencias no debe de ser solo en el papel, debería de notarse claramente y mejorar los resultados en la coordinación de los distintos niveles y los distintos actores, me parece muy importante que todos estemos en el mismo barco y rememos en la misma dirección

En mi opinión, las 3 primeras líneas políticas, y muchas de las medidas incluidas en la 4ª, se sustentan en recursos existentes, por lo que la mayor dificultad para llevarlas a cabo estriba en una cuestión de mera voluntad de las entidades que deberían ser parte en su desarrollo.

En consecuencia, es preciso dar con la forma de hacer ver a todos los que se quiere incluir en esta estrategia, que la participación, que el esfuerzo que les puede suponer colaborar en el desarrollo de las medidas que correspondan, supone un beneficio y contribuyen a alcanzar los objetivos que tiene encomendados cada una de las partes.

Así mismo, es importante Incorporar a las personas apropiadas como referentes de cada una de las entidades que están llamadas a desarrollar la estrategia.

Son iniciativas que no deberían generar en principio muchas "barreras" o dificultades:

Se trata simplemente de reorganizar y optimizar los flujos de atención y diagnóstico. La apuesta institucional por la gestión clínica, como iniciativa que prepara ya los equipos y servicios para abordar la gestión de sus procesos clínicos.

1.Sobrecarga asistencial
2.Ausencia de sistemas de información clínicos
3.Resistencia al cambio
4.Organización Ausente.
5.Falta de confianza.

La principal dificultad es dar a conocer los recursos que ya existen, pero que los profesionales sanitarios tendemos a considerar ajenos a nosotros si no somos nosotros los que controlamos el recurso (cuesta, por ejemplo, aconsejar a una mujer que se ha quedado viuda y sola que participe en un voluntariado o se vincule a una asociación, porque nos sentimos mas seguros prescribiendo un fármaco)

Es difícil mantener actualizados los recursos

La principal dificultad a la que se enfrenta esta asociación es la escasez de recursos económicos y la falta de espacio propio de la asociación por ello demandamos a quien proceda mayor apoyo para el mantenimiento de la actividad asociativa.

Se necesita colaboración entre los sanitarios y los informáticos para la elaboración de los protocolos informáticos y el OMI es una herramienta poco flexible

Difusión de los protocolos entre los profesionales para conseguir su uso sistemático, que resulta más facil si los protocolos son sencillos

Aparte de los costes económicos de alguna de las medidas, el principal inconveniente está en la actitud de fondo de algunos profesionales: llevamos mal el "fracaso terapéutico" , o sea, intentamos evitar las cosas que no van bien....y los
crónicos, por definición, no se curan. También nos cansa el paciente que acude reiteradamente a consulta.

Esto es aplicable tanto a la AP como a la AE. La diferencia es que ésta puede dar de alta a los pacientes mientras que en primaria los tienes para siempre.

Obviamente son muchas, pero quizás destacaría dos:

13. Ausencia de visión de conjunto de la atención médica (cada uno vemos nuestra parcela profesional). Al menos hasta hace poco ni en la Facultad, ni en la Residencia, recibimos formación sobre las necesidades del modelo sanitario, la visión global y las tendencias que existen para intentar resolver los problemas de gestión sanitaria.

14. Normalmente se anteponen los intereses corporativos o incluso individuales a la visión global. Igual soy demasiado sincero, pero creo que la mayoría de las veces se toman decisiones no tanto en función de la validez , racionalidad y evidencia de las medidas propuestas, sino en el

"peso específico" que tiene la persona que la defiende…

Herramienta informática OMI con planes personales orientados a patologías, no visibiliza el trabajo enfermero. en vez de una historia para nosotros poder atender con calidad y de manera adecuada a nuestros pacientes ,parece diseñada para informáticos y directivos para extraer datos y cifras

En el SIAP : los indicadores muchos no reflejan nuestro trabajo, todas las posibilidades de OMI acarrean confusión a la hora de registrar

Atención primaria y enfermería en particular deben potenciarse, hay que aprender de los errores ,

Es necesario colaborar, coordinarse, comunicarse ….pero el centro de salud debe dirigir la "operación".

No existen enfermeras en el organigrama de nuestras organizaciones en puestos directivos, con capacidad de decisión

Falta de coordinación entre Consejería de Sanidad y SESPA ,el SESPA es un monstruo consumidor de recursos muy politizado y poco permeable

Malestar general en profesionales debido a la situación actual de contención presupuestaria.

Generalmente los programas son planteados desde las propias gerencias por lo que la necesidad es menos sentida. En cualquier caso, los proyectos suelen ser trabajados por grupos multidisciplinares para favorecer la diversidad del enfoque.

Estamos limitados en el uso de las nTIC y los Sistemas de Información. Es necesaria formación y potenciar su uso. Las gerencias debemos convencernos, en algunos casos, de la necesidad de utilizar las herramientas tecnológicas como instrumento de manejo en el entorno de salud.

El enfoque socio-sanitario, debe pasar por redefinir roles y espacios compartidos.

El rol enfermero debe enfocarse desde el punto de vista del cuidado, de la educación y de la promoción de salud. Tanto en su actuación como en su definición.

Las Asociaciones que atendemos a los pacientes cada vez tenemos más dificultades económicas para contratar a los profesionales que deben de ocuparse de la atención integral, no sólo médica.

A pesar de los pasos por la Junta General de Principado para llevar el tema de la fotoprotección al Consejo Interterritorial, de que la Orden de Ley por la que se reconoce la necesidad sólo para los lúpicos de tener filtros en los vehículos, no se ha dado ningún paso para que los fotoprotectores formen parte de las prestaciones farmacéuticas en el Principado de Asturias.

La resistencia al cambio en la forma de trabajar de los profesionales sanitarios implicados.

El hecho de que dependan de la voluntad e interés personal de los profesionales y no esté estructurada ni organizada la difusión y utilización de esos recursos .Que no se implique desde las gerencias a todos los profesionales permitiendo que estas actividades, como muchas otras, sean optativas y no sean obligatorias como parte de nuestro perfil profesional, medibles y con una repercusión a nivel de desarrollo profesional y económico.

En el momento actual la principal dificultad es la situación económica.

Además, en áreas sanitarias grandes como la IV y la V que cuentan con "grandes hospitales" es difícil la cooperación entre Atención Primaria y Hospitalaria. Primero porque estos creen que se les quitan funciones y son desconocedores de la Atención Primaria y después porque en los Centros de Salud se

sienten sobrecargados y poco escuchados, en una lucha eterna por los informes de alta o de consulta, la primera receta, el tipo de prescripción etc

Conociendo clamente los Proyectos, y sabiendo lo que pretendemos, no tendrían queexistir muchas dificultades, se irán viendo al ir trabajando.

Por lo anterior, la disparidad de criterios, cada maestrillo su librillo que actualmente padecemos

Desde luego en el área 4 no parece un buen momento para poner en marcha nada pero se podría "ensayar" en otros hospitales más pequeños

Falta de estrategias adecuadas para la implantación de las mismas.

Reeducación profesional.

La Atención Primaria es la puerta de entrada y el referente de la coordinación en la atención a los pacientes crónicos y a sus cuidadores. Para ello hay que facilitar el día a día de los profesionales, enfocándolo no sólo a resolver cada problema de salud agudo que llenan nuestras consultas sino a pensar que según el manejo de los pacientes crónicos tendrán más tiempo y darán una asistencia de mayor calidad. Se requiere tiempo y recursos (receta electrónica, Planes personales jerárquicos simplificados, uniformidad en la historia OMI –AP, trabajo en Equipo, potenciar el papel de la enfermería de los Centros de Salud y su relación con la hospitalaria)

Difícil también el conocer y unificar todos los recursos existentes para estos pacientes sobre todo la coordinación entre las diferentes administraciones.

Importante unificar la historia electrónica entre los diferentes ámbitos sanitarios y entre la áreas, impensable el trabajo en red sin la comunicación a distancia.

Centralizar la atención en el paciente, su domicilio, su Centro de Salud y acercar el resto de estructuras incluida la atención hospitalaria. Evitar el hospital-centrismo en la atención a la cronicidad con el uso de nuevas herramientas de telemedicina sin crear barreras ni defensas.

Como todo nuevo proyecto la puesta en marcha es compleja pero las tres propuestas que he sugerido en el apartado anterior creo que serían viables en nuestro área.

El tema de los perfiles enfermeros de enfermera de enlace y gestora de casos me consta que ya existen en ciertos servicios por lo que ampliarlo a otros seria posible, previa formación y funciones bien establecidas.

La UCA creo que se podría implantar en algunos hospitales de nuestra área con los recursos existentes.

En cuanto al programa de paciente activo ya se han realizado sesiones en hospitales de la región.

La reticencia por parte de algunos profesionales, tanto en el ámbito de las especialidades que deberán acomodarse a que AP sea el gestor de los procesos,como en AP que debera habituarse a asumir la responsabilidad de la gestión de dichos procesos

La debilidad de los mandos intermedios como impulsores de la implementación de los proyectos

Visión Hospitalcentrista de nuestro actual sistema sanitario.

Falta de visión de la A.P desde las Instituciones.

Excesiva politización de las decisiones en materia de salud….. ¿Escuchamos al ciudadano? ¿Nos creemos que es el centro del sistema sanitario?

Presupuesto asignado a las actividades de promoción de la salud y prevención, actividades comunitarias en salud.

Falta de formación en dinámica de grupos, educación para la salud, intervenciones comunitarias…

Falta de cultura de promoción de la salud, con un sistema cortoplacista en el que los números que los gestores miden son la presión asistencial y el número de consultas

Desmotivación de los profesionales

Posible resistencia al cambio de modelo

Poca disponibilidad de tiempo por parte del profesional dado que la mayor parte de la jornada se dedica actividad asistencial

La principal dificultad en mi ámbito es la falta de personal medico de Medicina Interna. Hay buenas ideas, hay conocimiento, hay disponibilidad, hay ganas, hay juventud en mi Servicio, pero los que somos apenas podemos atender el día a día. Un proyecto de este tipo en el que hay que involucrar a tanta gente necesita de personas sensibilizadas e ilusionadas pero también de inversión en tiempo, recurso muy escaso en momentos como los de ahora por la escasez de recursos humanos. En este sentido no todos los Hospitales están en la misma situación ni tampoco la Atención Primaria de las distintas áreas.

Otros condicionantes como la geografía, la dispersión etc tienen su importancia.

Lo bueno de una Área Rural como la nuestra es que es fácil empezar porque lo poco que hagas es muy visible.

El documento como marco teórico contempla cometidos muy ambiciosos, pero llevarlo a cabo ¿sería posible?, o simplemente se queda en eso.

Falta de formación, problemas para la realización de cursos que llevan años siendo demandados por los profesionales.
Problemas con la falta de presupuestos sanitarios para cubrir las demandas de formación, mejora de servicios, creación de talleres, recursos humanos y materiales...

Falta de interés y motivación de los profesionales

Informatización lenta de herramientas de trabajo fundamentales, agudizado por la dificultad geográfica de muchos puntos de Asturias y por la falta de equipos informáticos adecuados. Incluyo la falta de conocimiento de los profesionales en este sentido y el interés escaso por adquirirlo de muchos de ellos.

Mucha variabilidad en el manejo de protocolos, información, circuitos de derivación a otros profesionales, participación de otros organismos públicos...

Falta de información clara y concreta de objetivos a seguir y los pasos para conseguirlo.

La principal dificultad es la falta de voluntad política para hacer lo necesario.

La coartada de la crisis económica, que afecta a todos menos a los que la provocaron. Se vierten millones de euros en rescatar bancos y se escatima lo más básico y necesario para atender a los pacientes.

La mala gestión (impune) de los recursos por parte de los responsables políticos.

La inercia de unos profesionales sanitarios a los que no se tiene en cuenta suficientemente hace ya mucho tiempo.

La desorganización, tanto en Atención Primaria como en Especializada. Demasiados 'chiringuitos', demasiados recovecos en los que se hace lo que a cada cual le parece. Hay una enorme dispersión de actividades inconexas, hay duplicaciones y carencias, hay excesiva concentración de recursos y esfuerzos en determinadas áreas de trabajo y falta de atención casi total para otras.

La falta de directrices claras y de un plan de trabajo, objetivos y organización comunes a todo el sistema sanitario.

Trabajamos en una empresa que parece una maquinaria tremendamente pesada y difícil de mover.

Habitualmente existe una no muy buena política de personal que hace que los profesionales estén cabreados y no sientan como suyos los cambios necesarios. Además no se sabe difundir adecuadamente los proyectos y cambios, por ejemplo la difusión de Pcais u otros proyectos como el que se hizo de Ca de cérvix; los objetivos del año se hacen sin contar con los profesionales y cuando se les comunica es a mitad de año.

Mala coordinación histórica Sespa-Consejería, (claro ejemplo el citado programa de Ca de cérvix)

Plantillas avejentadas y requemadas. Resistencia al cambio, con rutinas muy arraigadas en profesionales y también en muchos pacientes que buscan soluciones externas a sus problemas. Modelo asistencial poco colaborativo, es paternalista y técnico.

Exceso de trabajo en AP, mala praxis, exceso de pruebas y re-citaciones innecesarias.

Consumismo sanitario, hipocondría de un gran sector de población.

Escasez de recursos materiales y humanos, falta de adecuación de las plantillas. Es imposible hacer las cosas a coste cero, si se quiere verdaderamente que las enfermeras de AP tengan mayor implicación y protagonismo en las actividades que se dicen (no solo con la atención a pacientes con problemas crónicos) es imprescindible adecuar la plantilla

Los indicadores no reflejan intervenciones enfermeras fundamentales en la atención a esos pacientes como son las de fomento del autocuidado, las herramientas informáticas no permiten medirlos. Los programas de evaluación en la mayoría de los parámetros miden cupo médico no actividad individual de cada profesional.

La historia compartida está mal adaptada y presenta múltiples deficiencias.

No llega a los CS comunicación de los informes de urgencias y en demasiadas ocasiones éstos son ilegibles

La principal: seguimos a tado a lo políticamente correcto por parte de nuestros gestores políticos y sanitarios y de algunos de nuestros técnicos: hay algunas cosas que no se pueden nombrar ni remover para no ofender y "porque no toca".

Inercia y rigidez y comodidad de todos los actores.

Presión asistencial muy elevada en medicina de AP y dificultades consentidas y alentadas por los gestores para que los pacientes dejen de ser sólo de los médicos y pasen a ser una responsabilidad de todos

Comodidad de los profesionales

Falta de formación y motivación para desarrollar otros roles

Falta de liderazgo reconocido como propio por parte de los clínicos

MUY IMPORTANTE: falta de retorno de lo que hacemos, de cómo se encuentran nuestros pacientes, de nuestros propios índices. Muy qbien que los datos de lo que hago y de cómo están mis pacientes los disponga el OBSA, perfecto desde una óptica poblacional y comunitaria pero muy por encima de esa necesidad soy yo como médico responsable de su cuidado quien debe disponer de esa información para que de una u otra manera suponga una sacudida en mi forma de trabajar y me haga adoptar medidas que signifiquen mejorar el cuidado de mis pacientes. Esto me parece fundamental: todo el mundo quiere la información que generan los demás pero hay que pensar más en dar retorno a sus "protagonistas". Quién más que yo se va a beneficiar de saber que mis pacientes están medicalizados en exceso, con problemas de seguridad, con índices de tabaquismo muy elevados, con desigualdades sociales, con elevada tasa de paro…. Si esto no está disponible para nosotros todo lo que se comenta es palabrería fina y estéril.

Descoordinación entre servicios sociales y sanitarios

El momento socio-político en que vivimos (esta estrategia tan ambiciosa precisa del mayor consenso político)
La crisis económica en que estamos (no creo que haya tocado fondo, sanitariamente hemos retrocedido al menos 10 años)

La desmotivación de los trabajadores de la salud

La experiencia de anteriores proyectos que fracasaron por ser teóricos (murieron en los despachos)

Hay elecciones en un plazo de un año (salvo el partido en el gobierno no creo que nadie se comprometa)

DIFICULTAD CON EL CAMBIO DE ROLES DE LOS PROFESIONALES IMPLICADOS

RESISTENCIA AL CAMBIO Y A LA ASUNCION DE NUEVAS RESPONSABILIDADES POR LOS PROFESIONALES IMPLICADOS.

No abordar desde un punto de vista integral e integrado la atención, perseverar en el modelo de compartimentos estancos con una relación burocratizada e ineficiente.

El desconocimiento existentes de los divrsos recurso su dispositivos y su forma de trabajar

No lo veo problemático, simplemente es planteárselo, hacer reuniones conjuntas. Se han unificado gerencias de ambos y no se ha producido en mi opinión los resultados apetecidos en relación con la coordinación.

Debe haber un cambio de mentalidad, más reuniones y mas acciones concretas yendo juntos en planos iguales.

Se trata de dificultades principalmente culturales y por tanto difícilmente abordables si no se contemplan como un problema sistémico.

La terminología no normalizada significa cosas diferentes para diferentes profesionales en función de su marco conceptual propio.

La medicina geriátrica actualmente trabaja con población en edades muy avanzadas (más allá del sobreenvejecimiento ¿4º y 5º edad?), esto añade complejidad y nuevos parámetros que se encuentran en el contexto social (familiar, comunitario, etc) , además de la polimedicacion y la pluripatologia.

Por tanto, la valoración geriatrica ha de incluir nuevos parámetros así como la del trabajo social sanitario
Estas observaciones son el resultado del analisis de la demanda que periódicamente realiza esta Unidad de Trabajo Social de los pacientes que ingresan en la Unidad de Agudos del Area de Gestion Clinica del Hospital Monte Naranco

La mayor dificultad es no disponer aún de una Historia de Trabajo Social Sanitaria única

No es posible dada la paulatina desaparición de estas actividades y no poder contar con estos apoyos para paciente , familia y personas cuidadoras

Voluntad explícita desde la dirección de los servicios para la introducción de las innovaciones organizativas.
Resistencia de los profesionales a la modificación de los contenidos de trabajo y la relación con otras unidades.

Ausencia de una planificación directiva que establezca el marco de referencia del trabajo (de los servicios asistenciales) y una propuesta organizativa que condicione los procesos de mejora de las estructuras para que se orienten a la correcta atención a crónicos.

La falta de coordinación real con AP, originada por la sobrecarga asistencial, la desmotivación de parte del personal, la falta de formación práctica en los principales procesos crónicos neurológicos y la ausencia de protocolos de manejo (fármacos, estudios complementarios y derivación) consensuados, que permita la evaluación real del manejo del paciente crónico.

Necesidad clara de dispositivos de Estancias de Duración Media (Atención Domiciliaria, Paliativos,Unidades de Estancia Intermedia) para pacientes que no precisen ni ingreso en hospital de agudos, ni puedan transitoriamente ir a su domicilio.

Necesidad de apoyo y coordinación real con las Asociaciones de Pacientes con patología neurológicas crónicas

Falta de voluntad política y desconfianza de unos hacia los otros y de todos en general.

Falta de coordinación y dificultades burocráticas.

Yo creo que la principal dificultad son los recursos humanos. Habría que liberar a las personas que desarrollen los proyectos para ponerlos en marcha, y también incentivar a los sanitarios para que las apoyen. Y, actualmente en AP se está ahorrando en personal. Lo que sobresatura la AP y desmotiva el personal.

Creo que si hay una verdadera apuesta política por la cronicidad, se ha de desviar dinero de la atención hospitalaria, y PRIORIZAR esta estrategia. Apostar por el valor de la primaria: los trabajadores que están en ella.

Y, en concreto, por la enfermería. Nuestro colectivo no puede desarrollar la estrategia, sino se apuesta por él, y se le brinda la posibilidad de desarrollar las competencias adquiridas.

Otra dificultad para la puesta en marcha de las iniciativas, es la ausencia de enfermeras en general en los sitios donde se deciden las políticas a seguir. Y, si las hay siempre en franca minoría. Y, en general de equipos multidisciplinares _ trabajadoras sociales, fisios…_. Esta estrategia ha de ser transformadora. Desmedicalizar la vida y la sanidad. Y, creo que no es posible sin la visión desde su concepción de otros profesionales de la salud, implicados activamente, con voz y con voto.

Se priorizan las nuevas tecnológias y técnicas por encima de EpS? , ya que lo no es “obligatorio” realizar por los profesionales sanitarios con un tiempo asignado y un valor, al final queda en el camino

La principal dificultad a la que se enfrenta esta asociación es la escasez de recursos económicos y la falta de espacio propio de la asociación por ello demandamos a quien proceda mayor apoyo para el mantenimiento de la actividad asociativa.

Es posible que en un principio los ciudadanos no se sientan bien atendidos a través de consultas telefónicas y hospitalizaciones a domicilio. Esto problema podría solucionarse poniendo mayor énfasis en la educación para la salud en la que debería modificarse la idea general de que la enfermedad está mejor tratada en hospitales, con muchas pruebas y muchos medicamentos

La agrupación de consultas necesitaría un buen sistema de gestión de citas. Podría darse al paciente la posibilidad de elegirla on-line, igual que se compra un billete de tren o se reserva un asiento en el teatro. El desarrollo de los sistemas informáticos competentes y sencillos de manejar sería una prioridad

La Educación para la Salud es impartida solo por algunos profesionales y apela a situaciones de voluntariedad y disposición personal. Podrían organizarse las agendas de manera que en esos huecos solo pudieran realizarse actividades educativas, algo así como los huecos de “primera” o “retornos” que otros profesionales tienen designados diariamente

Se trata de dificultades principalmente culturales y por tanto difícilmente abordables si no se contemplan como un problema sistémico.

La terminología no normalizada significa cosas diferentes para diferentes profesionales en función de su marco conceptual propio.

Un problema fundamental para aplicar ideas del párrafo anterior, y la Estrategia de Crónicos en su totalidad es la motivación de muchos profesionales, que incluye falta de identificación con cargos directivos del sistema. Posiblemente no existe una sensación de pertenencia a un sistema sanitario público y en muchas ocasiones no se comparten sus objetivos. Desconfianza entre niveles asistenciales.

Probablemente, tampoco predomina una visión de atender poblaciones, y estamos más atentos para sacar adelante “microgestión” de un caso, sin una perspectiva poblacional.

Fuera de la actividad asistencial, hay poca iniciativa.

Probablemente hay cierta inseguridad por los profesionales de Atención Primaria que limita imponer su propio criterio y ordenar las actividades de un paciente con un periplo complejo en atención hospitalaria (pe// la deprescripcion en un paciente con tratamientos “ajenos”).

Distinto nivel de relación y criterios sobre el papel de enfermería en AP, entre los profesionales.

Reticencia y desmotivación para promover consejos de salud, participación de los ciudadanos, etc.

Cambios excesivos en los cargos directivos de áreas sanitarias (no duran muchas veces ni siquiera una legislatura).

Normalización de las relaciones con la industria, de sus incentivos y su formación.

7. Observaciones

A continuación se incluyen todas las observaciones planteadas por el grupo revisor

En mi opinión, es un proyecto muy bien construido, en la línea con el trabajo de alta calidad que viene desarrollando la Dirección General de Salud Pública.

Tanto los productos que genera esta Dirección General como la forma, la metodología que utiliza para generarlos, son un modelo de buena práctica.

Me parece un trabajo excelente, creo que muy ambicioso y complicadísimo de desarrollar. De todas maneras me anima saber, que hay alguien dispuesto a abordar "semejante tarea".

En general el documento me parece muy bien.

En relación con la metodología de trabajo, aunque no está totalmente normalizada la terminología, Misión y Visión se suelen utilizar más en el contexto de gestión de organizaciones que de programas específicos. El concepto de proyecto va más ligado a un plazo de ejecución y una dotación específica de recursos.

En la formulación de la Misión sugiero ser más categóricos (eliminar "aspirar a..": mejor ""constituir un eje vertebrador".
Insistir especialmente en la relevancia de que debemos pensar en el abordaje de un cambio sistémico y gestionarlo como tal. Los cambios parciales (protocolos, procedimientos, normalizaciones,...) no podrán redundar en el cambio pretendido al no abordar los problemas conceptuales de fondo. En ese sentido sugiero se dé una mayor relevancia como estrategia de apoyo a la gestión de las organizaciones de modo que se facilite el mencionado cambio cultural.

Cuando en los años 80 se realizó la reforma de la Sanidad, la Atención Primaria se definió como eje del sistema.
Puede que en ocasiones con comportásemos como los "acomodadores" de los pacientes dentro del sistema, más que como el eje de su asistencia, pero creo que hay potencial suficiente para dar un empujón al papel de médicos y enfermeras de primaria sin que sea necesario que surjan otras figuras para desempeñar el papel que nosotros tenemos asignado

Aunque con pequeñas discrepancias, me parece muy interesante lo planteado en el borrador. Espero que , si no todo, gran parte de lo plasmado en él pueda llevarse a cabo y sirva para levantar los ánimos y generar un entusiasmo que parece haberse perdido, pero que parece adivinarse en quienes elaboraron el documento

El documento es muy ambicioso e implica a muchos actores, tanto del mundo sanitario como ajenos a éste, y que pudieran sentirse muy alejados de los problemas de los pacientes crónicos.

Esto puede hacer que se convierta en papel mojado, especialmente en tiempos de crisis en que todo se ha de hacer a coste cero. En todo caso, mi enhorabuena a sus redactores por la creatividad mostrada y por incluir la actuación sobre los determinantes de salud como un elemento esencial de la estrategia de atención al paciente crónico.

A nivel general, me llama la atención la ausencia de referencia al modelo poblacional de la Pirámide de Kaiser y sus versiones posteriores. Creo que puede ayudar a definir el rol que cada uno de los actores principales de coordinación puede ejercer. Y está siendo usado y referenciado en otros documentos estratéigicos, tanto en el ámbito nacional como en el internacional.

Desde nuestro punto de vista la estrategia en general, en su definición, visibiliza enfermedades crónicas como la diabetes, el colesterol, la hipertensión, etc, en ningún momento se hace referencia expresa a enfermedades crónicas como el VIH o la hepatitis.

Con la intención de ampliar esta visión sería necesario incluir el enfoque en todo el texto a través de la ejemplificación y nombrando prácticas de riesgo específicas.

En términos más concretos:

1. creo que plantear el desarrollo de 24 proyectos estratégicos es muy ambicioso (y esto suele ir reñido con el sentido práctico y de realidad).
2. En este sentido, creo que las líneas políticas están descompensadas, ya que las líneas 1 y 3 tienen pocos proyectos (2 y 5 respectivamente) y la última tiene 11.
3. Supongo que este borrador es un formato muy reducido y poco desarrollado, porque echo en falta los aspectos metodológicos concretos para llevarlo a la práctica: responsables, cronograma, indicadores,…
4. Finalmente, creo que también sería necesario una labor de priorización, tanto en líneas políticas como en proyectos estratégicos.

La estrategia me parece ambiciosa, muy interesante, en la dirección adecuada pero exige a los profesionales asistenciales nuevos conocimientos y habilidades para trabajar en esta línea, el grado de desmotivación actual de los profesionales juega en contra y tengo dudas con esta empresa nuestra ,SESPA ¿está realmente en estos planteamientos nuestros gestores?

Coincido plenamente que debemos trabajar desde todos los ámbitos ,SESPA , consejerías ,ayuntamientos, colegios para conseguir poblaciones saludables.

El envejecimiento, la pluripatología y la cronicidad con la dependencia que provoca nos ha traído un nuevo panorama que debe ser abordado , ¿lo intentamos? No hay tiempo que perder

Espero que mis reflexiones os sirvan, no he tenido mucho tiempo estos días, muchas gracias por haber contado conmigo, y espero que este trabajo de presente y de futuro pueda empezar a caminar

Entiendo que el documento es una plantilla que puede ser útil también para las enfermedades crónicas por lo que a veces se mezclan enfermedades CV con enfermedades crónicas. En mi opinión el sistema sanitario debe priorizar y dar respuesta a aquellos problemas de salud que tienen que ver con su razón de ser. Por eso he priorizado la adecuación de los servicios sanitarios a los problemas de salud de la CCAA recogidos en el documento, como son la sobremortalidad y morbilidad de las ECV muy especialmente en el grupo de edad de 35 a 65 años, los 12.000 ingresos evitables/año, y las elevada incidencia de amputaciones.

Habéis planteado un buen trabajo en mi modesta opinión. Quedo a vuestra disposición para colaborar en lo que se precise.

Enhorabuena!!

Es muy necesario tener una estrategia global que revise e integre todos los programas que ya están elaborados e implantados de manera muy variable y poco homogénea en relación a los pacientes con patologías crónicas, añadiendo/suprimiendo lo que sea/no sea necesario. Y que el esfuerzo mayor debe realizarse en la implicación de toda la organización en la difusión e implantación de las actuaciones propuestas en el trabajo diario de los profesionales.

Siendo conscientes del mal uso que, en algunos casos, los pacientes hacemos del sistema, propondría la figura de una enfermera, muy especializada, que sirva de puente entre el paciente y el especialista para asesorar al paciente, recordarle sus analíticas, consultas… poniéndose en contacto con él o con el familiar responsable e informando de que, si no notifica la imposibilidad de asistir a la consulta no podrá

ser atendido en los próximos meses (lamentablemente he podido comprobar la falta de seriedad a la hora de asistir a la consultas). Quizás un "amago" nos hará reflexionar y redundará en una optimización de recursos.

Me parece que el proyecto, en general, es muy ambicioso y habría que concretarlo en objetivos más específicos para, al menos, poder potenciar y desarrollar alguno de ellos. Debería darnos tiempo a centrarnos en unos temas concretos cuyo trabajo pudiéramos difundir de manera conveniente para, posteriormente, implantar y evaluar nuestros resultados.

hacia una verdadera coordinación sociosanitaria mediante un case manager

Un índice hubiera ayudado a la lectura del documento

YO, APOYO AL ENFERMO CRÓNICO Y TODAS LAS MEDIDAS ENCAUZADAS A SU MEJORIA EN LA CALIDAD DE VIDA,.

En los Principios de la Intervención presentes en la Estrategia de Cuidados Paliativos para Asturias (2009), se recogen algunas de las bases para la atención de pacientes con enfermedad avanzada como son: la atención integral (física, emocional, social y espiritual); el concepto de enfermo y familia como unidad a tratar; la promoción de la autonomía y la dignidad del enfermo como guía de las decisiones terapéuticas; la importancia del entorno del paciente. Asimismo se describen varios instrumentos básicos, uno de los cuales hace hincapié en los cambios en la organización sanitaria que permitan el trabajo interdisciplinar y una adaptación flexible a los objetivos cambiantes del enfermo.

Si la tasa de mortalidad por enfermedades crónicas se aproxima al 75%, resultando la mortalidad por cáncer alrededor de un 25% del total, y las estimaciones del Sistema Nacional de Salud indican que un 50-60% de todos ellos precisarían cuidados paliativos (un inciso: cuidados paliativos en cuanto a un enfoque integral atento a sus necesidades como personas necesitan todos y esa atención puede y debe prestarse en todos los niveles asistenciales, esto es, todos hacemos paliativos; el Ministerio hace referencia a los casos que requerirían una atención especializada). La cobertura inicial de segundo nivel implementada tras la creación de los Equipos de Apoyo de CP, de carácter preferentemente domiciliario, se revela insuficiente para atender adecuadamente esta demanda. Los estándares de calidad de la SECPAL apuntan hacia una necesidad de 80-100 camas hospitalarias de Cuidados Paliativos por millón de habitantes (en Asturias hay unas 40-50 camas por millón de habitantes); en otras Comunidades Autónomas con más tradición en paliativos o mayor desarrollo se está apostando por un tercer nivel con camas en hospitales de agudos (Unidades de CP), que atienda casos de especial complejidad e impulse la docencia y la investigación en las áreas sanitarias.

En el modelo tradicional de atención sanitaria, los cuidados paliativos se han situado al final de la vida o bien en el punto más alto de la pirámide de prestaciones sanitarias. Este borrador me parece una excelente oportunidad para, como proponen distintos modelos de reorganización, trasladarlos a la base de la pirámide, e iniciar el enfoque paliativo no cuando se han agotado las posibilidades de tratamiento curativo si no en un momento mucho más cercano al diagnóstico de la enfermedad. Un enfoque basado en la calidad de vida, el alivio del sufrimiento y la autonomía de los ciudadanos, que creo respira el documento preliminar.

Como veis me he centrado en los cuidados paliativos, imagino que otros compañeros harán aportaciones más sustanciosas. Os quería agradecer personalmente haberme invitado a formar parte de este grupo y espero que podamos seguir colaborando en el futuro. Un abrazo.

¿¿¿Repercusiones a tener en cuenta en los determinantes de salud, como consecuencia de la implantación y desarrollo del RDL 16/2012 20 de Abril, junto con las reformas y recortes presentes y los previstos en el ámbito Bienestar Social???

La dificultad que siempre aparece entre la teoría y la práctica a la hora de implementar Proyectos.

La dependencia de estos Proyectos, tanto institucionales, de políticas sociales, y de gestores.

Me parece muy interesante y necesaria. Comprendo que va a ser complicado realizar cambios pero es imprescindible y además los pacientes van a ser los principales acicates, por lo que va a ser inevitable que haya cambios. Es fundamental un enfoque diferente, centrado de verdad en las necesidades reales de los pacientes crónicos y de la sociedad, con un concepto de salud más global. Un enfoque donde se preste atención de manera cercana sin paternalismos en un contexto de acompañamiento al paciente, donde se le mire con otros ojos. En realidad, parte del cambio va a venir de un paciente cada vez más comprometido que no va a permitir un planteamiento despótico y paternal, de todo para el pueblo pero sin el pueblo

Es muy importante que se respeten los plazos/cronograma que tenéis previsto.

Que el documento sea aprobado cuanto antes. Se difunda, asuma y sistemáticamente se evalúen las acciones que recoja.

Felicitaros y animaros a que nos sigáis ilustrando, inquietando y mostrando la realidad y posibles mejoras.

Destacar el apoyo de la Asociación Asturiana de Esclerosis Múltiple a una estrategia de salud de personas con enfermedades crónicas, apostando por la colaboración y participación en todo lo posible.
Nos estamos acercando al final de la legislatura. En este contexto es complicado iniciar estrategias nuevas de esta envergadura, y en cualquier caso de llevarse a delante debe de ser lo más abierta y consensuada políticamente posible, para evitar que no dependa del partido gobernante. Algo así como con las Unidades de Gestión Clínica, que de una forma u otra se mantuvieron con FORO y PSOE.

Vuelvo a insistir en que posiblemente, para comenzar habría que priorizar algunos puntos, hay 3 problemas que ocupan una parte muy relevante de la cronicidad, como son las enfermedades Cardiovasculares, las enfermedades Oncológicas y las enfermedades Respiratorias Crónicas, que ocupan mucho tiempo, tienen elevada morbimortalidad y un alto coste en todos los sentidos y quizás fuesen las tres dianas iniciales.
Por otra parte hay dos causas fundamentales para esas patologías como el Tabaquismo y la Obesidad que debería de ser abordadas con absoluta prioridad y con una estrategia bien definida y continua.

Bajo mi experiencia y ámbito de trabajo desarrollado, pienso que inicialmente se debería centrar las líneas de actuación en aquellas enfermedades crónicas con mayor impacto en nuestra región.

Es complejo puntuar las líneas estratégicas (24) con una puntuación que permita después una priorización de las mismas en tanto que todas ellas deben ser abordadas. Quizás podría ser interesante separar aquellas que deberán desarrollarse desde un contexto macro de aquellas que, aunque partan del contexto macro son fundamentalmente micro . La priorización deberá tener en cuenta tanto las posibilidades reales de los medios humanos como las de las posibilidades económicas, así como aquellas que ya tienen una implantación aunque sea parcial.
Si realmente creemos en este enfoque de la salud, trabajemos con ilusión y sepamos transmitirla a nuestros compañer@s. Los cambios cuestan porque nos acostumbramos a vivir en nuestra “zona de confort”, pero hacer más de los mismo……NO , POR FAVOR.

Creo que la atención al paciente crónico no solo es una estrategia de mejora de la Atención si no también de sostenibilidad del sistema sanitario. Reitero como Presidente de la Sociedad Asturiana de Medicina Interna la total disponibilidad de la Sociedad a colaborar en el desarrollo e implantación de esta estrategia. Estoy convencido que la Medicina Interna junto con la Atención Primaria deben vertebrar, cada una en su ámbito pero con relación estrecha e intensa, toda la estrategia de cronicidad en el ámbito asistencial y junto con pacientes, familiares , organismos e instituciones la Estrategia de Cronicidad en su conjunto.

Considero que un proyecto como este debe comenzar por ponerse en marcha en un Área sanitaria no muy grande y con un Hospital comarcal como referencia, donde la Medicina Interna ya se encarga del grueso de la actividad medica especializada, con fácil relación con la Atención Primaria y con un buen desarrollo de la Historia Clínica Electrónica.

A titulo personal, como Jefe de Servicio de Medicina Interna del HOA y de acuerdo con el propio Servicio de MI, consideramos nuestra Área Sanitaria VI como la ideal para la puesta en marcha de un proyecto estratégico como la Estrategia de Atención al Paciente Crónico.

Creo que una ordenación de estrategias de salud para un mejor abordaje de las enfermedades crónicas en Asturias se hace muy necesario en una sociedad como la nuestra con un impacto evidente por el envejecimiento progresivo de la población.
El documento me resulta incompleto. Si bien esperaba que la reunión del 9 de abril fuese para enfocar y debatir la documentación previa que se nos había remitido, quizás ya planteada en este borrador y que su explicación me hubiese servido de mayor orientación para saber mejor que es lo que podemos aportar en esta ficha.
Me gustaría que se concretase más en lo que se va a poner en práctica para aplicar en nuestro trabajo del día a día y así buscar una mayor eficiencia en las actuaciones para la atención integral del paciente crónico.

En general veo el documento poco práctico, al menos en esta fase. Muchas de las propuestas adolecen del suficiente detalle para poder valorar su viabilidad y/o pertinencia y otras no me parecen factibles actualmente. Considero que liderar y llevar a cabo una estrategia tan compleja como esta es responsabilidad de todo el gobierno de la comunidad autónoma, no solo del departamento de sanidad, y que emprenderla sin abordar la necesaria reorganización de los servicios asistenciales la condena a un difícil recorrido.

En líneas generales me ha parecido un estupendo marco de partida, con el que estoy muy de acuerdo. Los objetivos me parecen muy estimables pero excesivamente generales, esto hace que a la mayoría de proyectos estratégicos haya que contestar dando la máxima puntuación, pero no estoy de acuerdo con algunas de las acciones para conseguirlo como ya he puesto de manifiesto en cada apartado. Falta el "cómo" de numerosas acciones.

Creo que, simultáneamente al desarrollo de esta estrategia, habría que "arreglar" los problemas que ya se conocen, yendo a la raíz de los mismos.

Me parece muy loable que se nos dé la oportunidad de participar y de esta manera pulsar la opinión, seguro que variopinta, de los profesionales implicados. Estaría bien dar esta posibilidad a un mayor número de profesionales haciendo pública la posibilidad de dar opiniones. También estaría bien que las organizaciones sociales con objetivos relacionados con salud pudieran aportar su punto de vista.

Agradezco que se me haya dado la posibilidad de manifestar mi opinión y espero que algunas de ellas sean tenidas en cuenta. Un cordial saludo

La encuesta no me parece demasiado clarividente porque en realidad me apetecía poner un cinco a todas las líneas políticas. Creo que son preguntas para obtener un 4-5 de todas. No hay priorización entre las diferentes líneas. Desde mi punto de vista (y siento decirlo) es un poco "tramposa". A mí no me aporta mucho porque no me obliga a "mojarme"

Gracias por contar con mis opiniones, disculpar la ironía y el pesimismo.

Ruego que el desarrollo de la Estrategia sea fundamentalmente práctica (tener en cuenta el fracaso de Estrategias anteriores); esta Estrategia supone un profundo cambio en el modelo de trabajo de los profesionales de la salud.

Termino recordando que el gasto en Atención Primaria no supone ni el 15% del gasto sanitario, cuando debería ser al menos un 25% (estamos con el presupuesto prorrogado y parece que el de 2015 será más de lo mismo)

Creo que un proyecto como este debe comenzar por ponerse en marcha por un área sanitaria no muy grande y con un hospital de referencia comarcal (donde las vías de comunicación sean mas sencillas), donde el peso de la atención hospitalaria especializada recaiga en los internistas y donde la historia clínica electrónica este plenamente establecida. En áreas de salud similares es donde se iniciaron las estrategias de crónicos en el País Vasco.

Creo por tanto que el Área Sanitaria VI sería la ideal dentro de nuestra comunidad autónoma para iniciar un proyecto de este tipo.

Entiendo que la asistencia hospitalaria queda absolutamente relegada del documento, con muy escasas-nulas referencias a la misma, únicamente cuando se refiere a la coordinación con otros niveles asistenciales.
Estoy de acuerdo en que Atención Primaria es la parte del sistema sanitario más cercana a la población y en el papel fundamental de la misma en el Sistema Sanitario pero también creo que la asistencia hospitalizada es ei importante tanto en la atención de las agudizaciones de los enfermes crónicos como en su tratamiento posterior, tanto en la asistencia a la población como en poder opinar sobre los diferentes tratamientos que tienen las enfermedades crónicas. Creo que el documento no resalta y omite esta función.

Hablan de “protagonismo y liderazgo de Atención primaria como eje de atención al paciente”, me parece bien pero suena algo duro, también se ha de destacar la Atención Especializada que ejerce también una función importante.
d. Veo una redacción que en este sentido tengo que decir sinceramente que no me gusta, dicho con todo el respeto, también creo debo decir lo que pienso.

En la figura 14 se hace alusión al cáncer. No se cita el cáncer de pulmón que creo tiene importancia por si incidencia. Si bien es cierto que lo principal es prevenirlo con la lucha contra el tabaco, es una enfermedad con incidencia importante que creo debía ser citado.

En dicha figura en enfermedades respiratorias se habla de PRANA que no sé identificar. El asma creo es una enfermedad crónica importante.

Se hable de Tuberculosis .Creo que el programa de Estudio de Contactos de Tuberculosis de Avilés tiene puntos importantes acerca de cómo se puede plantear un tema de Salud y sobre todo como pueden trabajar en él Atención Primaria y Especializada; creo, honrada y sinceramente, que tiene puntos que merecen una atención y análisis

Insistir especialmente en la relevancia de que debemos pensar en el abordaje de un cambio sistémico y gestionarlo como tal. Los cambios parciales (protocolos, procedimientos, normalizaciones,...) no podrán redundar en el cambio pretendido al no abordar los problemas conceptuales de fondo.

Considero que falta un análisis de la organización sanitaria y de los sistemas de toma de decisiones: fortalezas y debilidades para la mejora del desempeño de la atención a crónicos, y esto es clave, en mi opinión, para que se puedan abordar acciones y que el proyecto pueda fructificar.

La Estrategia me parece brillante y os felicito sinceramente por su elaboración, completa y clara. Mi única crítica sería que yo intentaría huir (en lo posible) de de comisiones y documentos, lo que exige mucho esfuerzo y no se traslada a la práctica. De ahí que haya valorado mejor aquellas iniciativas más “prácticas” que “teóricas”. Dada la situación actual, pienso que se deberían priorizar iniciativas concretas y puntuales, realistas en cuanto a poder llevarse a cabo y que repercutan de forma tangible en el paciente crónico, tanto en cuanto a su manejo inmediato como en lo que respecta a las políticas de prevención en cuanto a hábitos de vida de la población general, desde la infancia. Aunque éstas no

dependen de nuestras responsabilidades actuales, pienso que son esenciales si queremos tener éxito en este campo.

Felicito a los autores y promotores por el enfoque en el que se encuadra la Estrategia y les deseo éxito en su implantación para pasar de las musas al teatro.

Creo que si conseguimos llevar a cabo esta estrategia estaremos dando un grana paso en relación a la atención a las personas con enfermedades crónicas.

Quiero felicitar a los autores de la estrategia por esta iniciativa donde se conjugan acciones preexistentes y se incluyen otras cuyos resultados en otras CCAA han sido exitosos.

En general, falta la Seguridad del Paciente, bien como un proyecto único, o como línea transversal que se incluya o explicite en los proyectos propuestos.

También el proyecto de Tabaco.

Y, la investigación como una línea política con mayor entidad.

Felicidades por intentar llegar a un consenso entre todos y visibilizar/ explicar la toma de decisiones o estrategias

Desde nuestro punto de vista la estrategia en general, en su definición, visibiliza enfermedades crónicas como la diabetes, el colesterol, la hipertensión, etc, en ningún momento se hace referencia expresa a enfermedades crónicas como el VIH o la hepatitis.

Con la intención de ampliar esta visión sería necesario incluir el enfoque en todo el texto a través de la ejemplificación y nombrando prácticas de riesgo específicas.

Insistir especialmente en la relevancia de que debemos pensar en el abordaje de un cambio sistémico y gestionarlo como tal. Los cambios parciales (protocolos, procedimientos, normalizaciones,...) no podrán redundar en el cambio pretendido al no abordar los problemas conceptuales de fondo.

La estrategia es muy ambiciosa, especialmente en el planteamiento de determinantes de salud, salud en todas las políticas, etc. Precisa una voluntad política muy grande, desde los niveles más altos, y una gran identificación de los ciudadanos (y sus colectivos).

Me parece acertado potenciar el papel de Atención Primaria (no solo en actividades, también en recursos disponibles) y de Enfermería.

Tiene un gran potencial para, al menos ordenar lo que ya se está haciendo. En ese sentido me parece un buen trabajo.

Personas sanas, poblaciones sanas:
ordenación y elaboración de las Estrategias de Salud y
Atención a la Población con Enfermedad Crónica en Asturias

PERSONAS SANAS,
POBLACIONES SANAS