

Reunión 25 de octubre Madrid **“Jornada para el intercambio de experiencias con valor en la gestión de personas con enfermedades crónicas”**

**Introducción por el Ministerio.**

*La prevalencia de enfermedades crónicas en el SNS es de más del 77% en el grupo de 65 años y más; resultando que los determinantes sociales de salud son factores de gran peso para la adquisición de estas enfermedades, como es el caso de mujeres de bajo o muy bajo nivel de renta y las personas en desempleo.*

*La actividad de la visita domiciliaria parece limitada, y con gran variabilidad entre Comunidades Autónomas (CCAA), deberán priorizarse medidas que fomenten la actividad y cobertura de la visita domiciliaria, especialmente por personal de enfermería, como herramienta clave de continuidad asistencial.*

*Se hace necesaria una valoración funcional y social en personas de 70 años y más desde la atención primaria, como parte de la valoración integral y con un papel destacado de los profesionales de enfermería.*

*Entre las experiencias presentadas:*

**I Bloque: Atención coordinada social y sanitaria**

***Experiencia Castilla y León, Coordinación Sociosanitaria y asistencial para la atención de personas mayores.***

*El proyecto tiene como objetivo el mejorar los servicios públicos orientados hacia la atención socio-sanitaria integrada y personalizada para las personas dependientes y pacientes con enfermedades crónicas, ya sea en su domicilio o en centro residencial - Unidades de convalecencia sociosanitaria (UCSS) recurriendo a recursos públicos propios o concertados; implantando un plan de cuidados sociales y sanitarios, dispondrá de una historia clínica y social compartida, interconectará a los profesionales sanitarios y sociales de referencia e implementará servicios digitales de atención avanzados o monitorización a distancia de los hogares y centros residenciales, fomentando el diálogo online tanto entre profesionales como entre profesionales y usuarios.*

*Las claves pasan por la atención integrada donde se precisa una máxima colaboración, pero mínima dependencia entre servicios sociales y sanitarios realizando procesos de atención compartidos.*

*Las estrategias diseñadas con este fin son:*

- *El Protocolo en materia de coordinación sociosanitaria.*
- *La Estrategia de atención al paciente crónico.*
- *Plan estratégico de servicios sociales.*

*Entre los procesos consolidados en esta Comunidad destacan:*

- *Proceso de atención enfermedad mental*
- *Atención farmacéutica entre centros residenciales*
- *Protocolo de atención temprana – Unidades de convalecencia. Que consiste en un Convenio de gestión conjunta entre el sector público y privado con los siguientes objetivos:*

- Reducción de estancias hospitalarias y mejora de la situación de dependencia de las personas.
- Orientación y propuesta del recurso social más adecuado al alta de la Unidad.

Entre los proyectos en fase de desarrollo tenemos:

- Plataforma sociosanitaria
- Atención integrada en el domicilio
- Atención integrada en centros residenciales – EN MI CASA.

**La representante del Principado de Asturias Presenta su Plan sociosanitario para los años 2019 a 2021:**

*Las características de la población sociosanitaria a la que va dirigida toma como base, el envejecimiento de la población, la soledad de estas personas, la cronicidad, la dependencia y la crisis económica.*

**El representante del País Vasco hace un relato sobre la historia clínica electrónica de Osakidetza en las residencias de personas mayores y personas con discapacidad y su evolución a lo largo de los años, desde 1990 hasta la actualidad, hoy día está integrada y única siendo utilizada indistintamente por atención primaria, hospitalaria y por el sistema sociosanitario.**

*Uno de los hándicaps principales que se encontraron con el uso compartido de la historia electrónica ha sido la confidencialidad de los datos del paciente por el uso compartido de la historia y por la variabilidad de prestaciones que pudieron ser subsanados, con el consentimiento informado y actualización normativa debida a la Ley orgánica de protección de datos (LOPD).*

*Entre las barreras encontradas para la aplicación de uso compartido de la historia electrónica han sido las siguientes:*

*La ausencia de compatibilidad entre los distintos programas informáticos utilizados por los sistemas sanitario y sociosanitario.*

*La ausencia de un modelo unificado en la prestación de la asistencia que incluyera a las residencias sociosanitarias, la historia electrónica estaba orientada únicamente para el uso del profesional sanitario y no del sociosanitario.*

**II Bloque: Sistemas de información y cultura evaluativa.**

**La representante navarra presenta la historia social sanitaria unificada que consta de un registro unificado (taxonomía profesional), códigos estandarizados, explotación y agregación de datos y la exportación de datos a ANDIA (HCE integrada).**

**La Comunidad Autónoma Canaria presenta la receta electrónica como valor clínico en la atención a la cronicidad. Un catalogo de prestaciones único para todos los prescriptores.**

**La Comunidad Autónoma de Madrid presenta el módulo de prescripción donde pueden prescribir tanto a pacientes del Sistema Nacional de Salud cómo pacientes sin derecho a prestación farmacéutica ó pacientes de otras comunidades.**

*Se crea una historia farmacoterapéutica única del paciente, como puntos fuertes, se genera un único punto de generación de prescripción, se incrementa la seguridad, se estandariza la información farmacológica y se crea un nomenclátor único.*

**La Comunidad Autónoma Gallega** presenta una historia electrónica dónde está orientada, entre otras, hacia los problemas de salud, escalas de valoración, repositorio de variables clínicas, registro actividad enfermera, plan de cuidados del paciente y registros especiales.

Presenta una herramienta de comunicación TELA, y se basa en la comunicación profesional sanitario y paciente a través del correo electrónico, llamada telefónica o videoconferencia.

### **Bloque III. Atención domiciliaria**

**La Comunidad Autónoma Andaluza** presenta a las enfermeras comunitarias de enlace, en la actualidad la conforman 348 enfermeras de prácticas avanzadas en gestión de casos.

La población diana a la que atienden son personas inmovilizadas y grandes discapacitados; personas en cuidados paliativos, personas residentes en instituciones, personas al alta hospitalaria y necesidades de cuidados en domicilio y a personas cuidadoras. Todo esto englobado su **Programa Picuida**.

Los ejes de este Programa están basados en: dar una respuesta a las necesidades del ciudadano a través de unos cuidados eficaces y orientados a los resultados y garantizar la sostenibilidad del sistema

En la actualidad tienen el **Programa #Cuidandodeti** cuyos objetivos está la promoción del autocuidado, la apertura de centros para pacientes subagudos que precisan convalecencia y/o rehabilitación funcional, la apuesta definitiva por la telemedicina y el diseño de nuevos recursos que aseguren la continuidad asistencial entre atención primaria, hospitalaria y sociosanitaria.

**La Comunidad Autónoma Islas Baleares** presenta programa atención a la cronicidad de reciente creación se inicia a partir del año 2015 y basa la atención en una interrelación entre atención primaria, hospitales de agudos, atención intermedia – unidades de crónicos avanzadas, atención a la salud mental y coordinación con servicios sociales.

### **CONCLUSIONES:**

En el debate que continuaba a cada intervención se llegó por parte de los presentes a las siguientes conclusiones:

- Para poder realizar cualquier Proyecto en sanidad se requiere de liderazgo político y dotación presupuestaria.
- Se precisan de cambios normativos suficientes que permitan utilizar la historia electrónica y social a todos los profesionales que intervendrán durante el proceso.
- La historia electrónica sanitaria, farmacoterapéutica y social única.
- Definición de los procesos, indicadores de gestión, códigos, etc. acordes a la capacitación de los distintos profesionales y consensuados a nivel nacional.
- Se debe buscar al profesional idóneo para que actúe en cada proceso atendido a su capacitación profesional, en el caso de enfermería, si hablamos de atención a la comunidad, deberá ser la enfermera familiar y comunitaria.
- La atención domiciliaria continúa siendo un hándicap, deberán reorganizarse el funcionamiento de la atención primaria con el fin de mantener la sostenibilidad del sistema.
- El fomento y desarrollo en la atención domiciliaria del uso de las tecnologías para seguimiento de las personas con enfermedades crónicas.
- La población debe asumir su responsabilidad en el proceso.