PROYECTO FIN DE MÁSTER

IMPLEMENTACIÓN DE UNA UNIDAD FUNCIONAL DE PACIENTES PLURIPATOLÓGICOS DENTRO DEL ENTRAMADO ASISTENCIAL DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO MARQUÉS DE VALDECILLA

Autor: MANUEL FRANCISCO FERNÁNDEZ MIERA

Director: DAVID CANTARERO PRIETO

Tutor: JOSÉ MARÍA BEGIRISTAIN ARANZASTI

UNIVERSIDAD DE CANTABRIA

GOBIERNO de CANTABRIA
CONSEJERÍA DE SANIDAD
Dirección General de Ordenación Inspección y Atención Sanitaria

MaGdS

2008-2009

MÁSTER UNIVERSITARIO EN DIRECCIÓN Y GESTIÓN DE SERVICIOS SANITARIOS

ÍNDICE

	Página
• RESUMEN/PALABRAS CLAVE – ABSTRACT/KEYWORDS	3
• INTRODUCCIÓN	4
• OBJETIVOS DEL PROYECTO	21
• METODOLOGÍA DEL PROYECTO	21
• ANÁLISIS DE LA ATENCIÓN SANITARIA ACTUAL AL PPP EN EL ÁREA SANITARIA DE SANTANDER (ASS) DESDE UN PUNTO DE VISTA OPERATIVO	22
• DEFINICIÓN PROVISIONAL DE LA MISIÓN, ENTRADA Y SALIDA DEL PROCESO OPERATIVO DENOMINADO UPP	30
• IDENTIFICACIÓN PROVISIONAL DE LAS ETAPAS Y SUBETAPAS CLAVE DEL PROCESO OPERATIVO DENOMINADO UPP	31
• ESTRUCTURACIÓN PROVISIONAL DE LAS ETAPAS CLAVE DEL PROCESO OPERATIVO DENOMINADO UPP	33
• VISIÓN PROVISIONAL DE LA FUTURA ATENCIÓN SANITARIA AL PPP EN EL ÁREA SANITARIA DE SANTANDER (ASS) DESDE UN PUNTO DE VISTA OPERATIVO	36
• PROPUESTA PROVISIONAL DE LAS HERRAMIENTAS DE MEDICIÓN DE LOS PUNTOS CRÍTICOS DE ÉXITO DEL PROCESO OPERATIVO DENOMINADO UPP	39
• ESTIMACIÓN PROVISIONAL DE LOS RECURSOS NECESARIOS PARA LA IMPLANTACIÓN DEL PROCESO OPERATIVO DENOMINADO UPP	40
• DISEÑO PROVISIONAL DE LA GESTIÓN DEL CAMBIO NECESARIA PARA IMPLANTAR EL PROCESO OPERATIVO DENOMINADO UPP	45
• ANEXO 1	54
• ANEXO 2	57

ÍNDICE

	Página
• ANEXO 3	59
• ANEXO 4	61
• ANEXO 5	71
• ANEXO 6	77
• BIBLIOGRAFÍA	79
• AUTORIZACIÓN DE DIFUSIÓN	82

RESUMEN:
Este Proyecto pretende innovar la asistencia que se dispensa al paciente pluripatológico (PPP) en el Área Sanitaria de Santander (ASS), integrando al conjunto del sistema sanitario en torno suyo, primando su abordaje comunitario y, en definitiva, buscando una mayor eficiencia. Todo ello en un contexto de valoración integral y de continuidad asistencial, que comprometa la participación interdisciplinar de todos aquellos profesionales del ámbito sanitario y social que puedan aportar valor añadido a los cuidados que el PPP necesita en un momento dado. El adecuado funcionamiento de tan compleja estructura asistencial debiera gravitar sobre un sistema de comunicación entre los profesionales de asistencia Primaria (AP) y de Asistencia Especializada que fuera rápido, directo, continuado y eficiente. Una Unidad de Pacientes Pluripatológicos, planteada con un esquema esencialmente funcional y que aglutinara el entramado asistencial de la AP del ASS y del Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, podría ser la primera respuesta a este reto.

PALABRAS CLAVE:
Paciente pluripatológico, innovación, eficiencia, integración, continuidad asistencial, comunicación, gestión de casos, gestión por procesos, gestión del cambio

ABSTRACT:
This Project intends to innovate the dispensed assistance to the pluripathological patient (PPP) in Santander Sanitary Area (SSA), waking up the sanitary system conjoint around him, taking priority his communitarian approach and, finally, looking for a higher efficiency. The whole of it in integral valuation and of continuity care context, which compromise the interdisciplinary participation of all those professionals of sanitary and social environment who way provide added value to the cares which PPP needs in a given moment. The appropriate work of such complex care structure should rest on a communication system between Primary Care (PC) and Specialized Care professionals which would be quick, direct, continuous and efficient. A Pluripathological Patient Unit, created whit an essentially functional sketch and which would agglutinate the PC of SSA and Marqués de Valdecilla University Hospital care lattice, could be the first answer to this challenge.

KEYWORDS:
Pluripathological patient, innovation, efficiency, integration, continuity care, communication, case management, process management, change management

INTRODUCCIÓN

En la mayoría de los países desarrollados se están produciendo en las últimas décadas, de forma simultánea, dos cambios demográficos claves: por un lado, un descenso en las tasas de natalidad y, por otro lado, un aumento en la esperanza de vida al nacer. La consecuencia inexorable de ambos fenómenos es el envejecimiento global de su población.

A finales del año 2007, según nuestro Instituto Nacional de Estadística (INE)[1], un 16,7% de la población española (7.356.375 ciudadanos) era anciana, es decir, tenía más de 64 años. Más en concreto, un 4,5% tenía más de 79 años (los "ancianos muy ancianos"), observándose en este grupo etario sobremanera un incremento mantenido de su población en la última década (ver figura 1)

Figura 1. Prevalencia anual (1998-2007) de los ancianos muy ancianos en España

Como se mencionaba arriba, este fenómeno se ha asociado a un claro incremento en la esperanza de vida al nacer, que ha pasado de 78,7 años en 1998 a 80,2 años en 2005 (ver figura 2) Y más importante aún es el dato de que la esperanza de vida a los 65 años se haya situado por encima de los 19 años, aunque sólo 7 de ellos con un estado de buena salud y sólo 12 de ellos libres de discapacidad[2].

Figura 2. Esperanza de vida al nacer en España (1998-2005)

En Cantabria en particular, en esas mismas fechas (finales de 2007) 107.295 personas (el 18,4% de la población) eran ancianas y el 5,7% tenía más de 79 años, lo cual indica que tenemos una población más envejecida que la media del país. Además ya en el año 2005 la esperanza de vida al nacer también era mayor en nuestra Comunidad Autónoma (80,9 años) respecto al promedio de España apuntado más arriba[1].

Como consecuencia de todo lo dicho anteriormente, en los últimos tiempos la cotidiana realidad de nuestro Servicio Cántabro de Salud (SCS) es que la Atención Primaria (y la Atención Especializada, por lógica derivación) atiende a una población cada vez más longeva. Así, por ejemplo, según cálculos propios elaborados a partir de los datos de la Encuesta de Morbilidad Hospitalaria[1], las altas de pacientes mayores de 64 años en Cantabria se incrementaron un 8,15% entre 2003 y 2007, siendo este fenómeno extremadamente acusado entre los pacientes de mayor edad (46,73% en el caso de pacientes de 90 a 94 años y 63,55% entre los de más 94 años) Ello implica que cada vez tengan más peso en la carga asistencial de nuestros dispositivos sanitarios las enfermedades crónicas en detrimento de las agudas y que, por lo tanto, el problema de la morbilidad haya tomado claramente la delantera al de la mortalidad, antaño tan importante (ver figura 3)

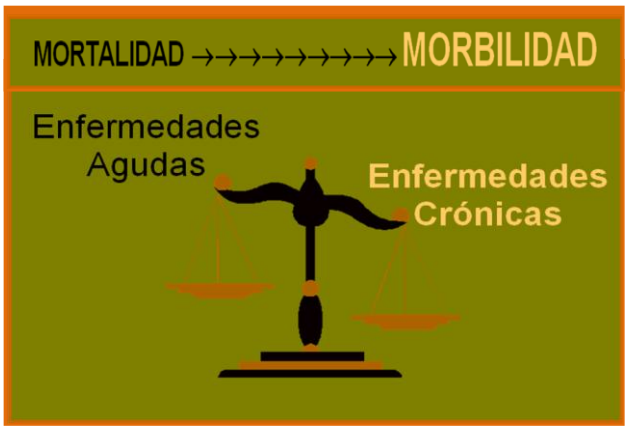


Figura 3. Desequilibrio actual entre enfermedades agudas y crónicas en los sistemas sanitarios del mundo desarrollado

Así las cosas, está claro que, en nuestras sociedades occidentales, el consumo de recursos sanitarios no se distribuye de forma homogénea en toda la población. En el caso de España, datos de la Encuesta de Morbilidad Hospitalaria y de la Encuesta Nacional de Salud[1], ambas de 2006, demuestran que los ancianos generan un altísimo coste al sistema sanitario; ya que, por ejemplo, a partir de los 65 años:

Grupos de edad	Tasa de frecuentación hospitalaria (altas por 100.000 personas)	Estancia media (días)
Total	10.724	7
<1 año	37.862	7
1-4	7.217	4
5-14	3.293	4
15-24	5.272	5
25-34	9.108	4
35-44	7.621	5
45-54	7.905	7
55-64	12.018	7
65-74	18.878	9
75-84	27.433	10
85-89	34.232	10
90-94	37.578	11
> 95	35.273	12

Tabla 1. Datos de la Encuesta de Morbilidad Hospitalaria 2006

- las tasas de frecuentación hospitalaria aumentan de forma notable (ver tabla 1)
- la estancia media de cada ingreso hospitalario tiende a ser más prolongada (ver tabla 1)
- la frecuentación de las consultas médicas, de urgencias y de los hospitales de día es mayor (ver figuras 4, 5 y 6)
- el consumo de medicamentos se incrementa de forma importante
- la prevalencia de problemas o enfermedades es superior

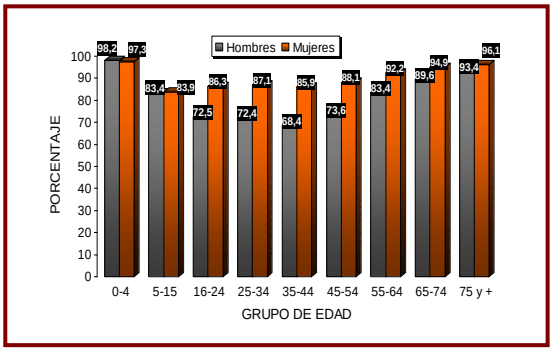


Figura 4. Frecuentación de consulta médica por edad y sexo en los últimos 12 meses (Encuesta Nacional de Salud 2006)[1]

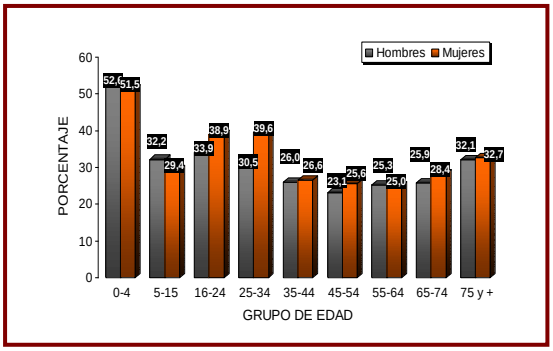


Figura 5. Frecuentación de Urgencias por edad y sexo en los últimos 12 meses (Encuesta Nacional de Salud 2006)[1]

Nos enfrentamos, por lo tanto, a un grupo poblacional de riesgo, el de las personas mayores, con una elevada prevalencia de enfermedades crónicas, en muchas ocasiones simultaneando dos o más de éstas en el mismo individuo; lo cual les hace frágiles y, de no mediar intervenciones preventivas (tanto en el ámbito de la Atención Primaria como en el de la Atención Hospitalaria y en el terreno de los Servicios Sociales)[3], les aboca indefectiblemente, como se aprecia en la figura 7, hacia la cascada de la dependencia[4].

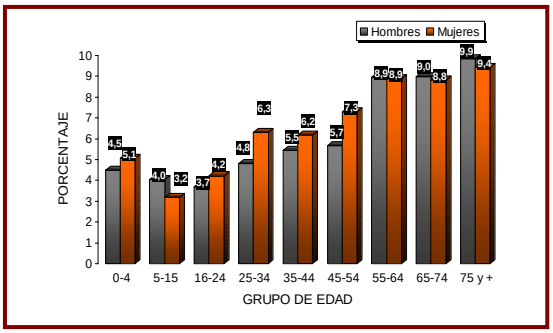


Figura 6. Frecuentación de Hospital de Día por edad y sexo en los últimos 12 meses (Encuesta Nacional de Salud 2006)[1]

Últimamente algunos organismos internacionales, como la Organización Mundial de la Salud, han venido alertando del problema a los profesionales de la salud[5]. Y en las últimas décadas, para dar respuesta a este reto asistencial, la mayoría de los países desarrollados han puesto en marcha modelos y herramientas para intentar redirigir sus sistemas sanitarios hacia la cobertura de las necesidades crecientes de una población cada vez más añosa. Algunos de estos modelos de gestión de pacientes ancianos crónicos han obtenido resultados positivos, como la experiencia del Castlefields Health Centre en el Reino Unido o las más numerosas de EEUU (entre otros, el Modelo Evercare de gestión de casos para personas mayores, el Enfoque de la Veterans Administration

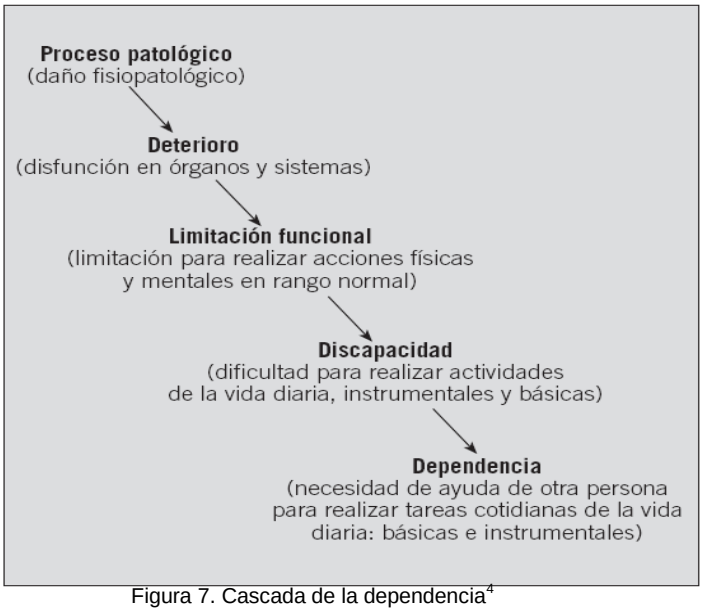


Figura 7. Cascada de la dependencia[4]

en la mejora de la gestión de la enfermedad crónica y el Modelo de la Kaiser Permanente)[6]

Éste último se diferencia de los otros tres, entre otros aspectos, en una mayor integración entre la asistencia primaria y la especializada, en el importante papel gestor que otorga a los profesionales médicos, en la implementación de programas de gestión de la enfermedad y en la identificación de los pacientes de alto riesgo. En este sentido, como se aprecia en la figura 8, la aproximación de la Kaiser Permanente a la gestión de la población con enfermedades crónicas identifica tres grupos de pacientes en relación con su grado de complejidad:

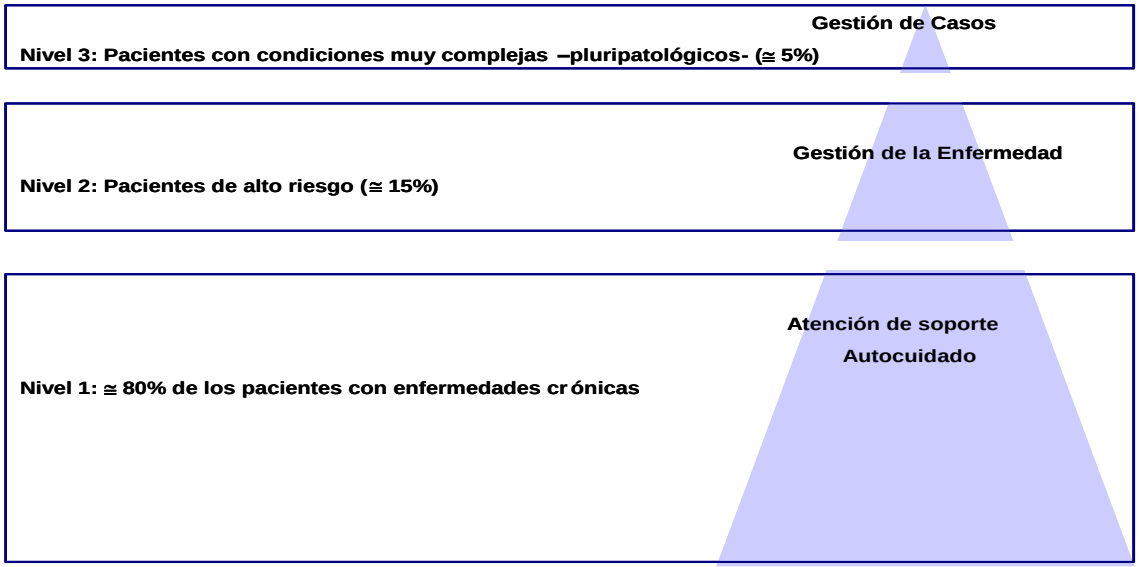


Fig. 8. Categorización de los pacientes crónicos según la Kaiser Permanente[6]

Nivel 1: en el que se encontrarían la mayoría de individuos con enfermedades crónicas (aproximadamente el 80%), que se podrían gestionar fundamentalmente a través de programas desde Atención Primaria, prestando especial atención a la educación para la salud y al fomento del autocuidado

- Nivel 2: en el que se incluirían aquellos pacientes crónicos con un protagonismo incuestionable de una enfermedad de un órgano específico (aproximadamente el 15%), que precisarían la implementación de un

programa específico de "gestión de la enfermedad" ("disease management"), llevado a cabo con alta participación de la asistencia especializada, que busque de forma proactiva, mediante una asistencia integral, prevenir o minimizar los efectos de dicha enfermedad sobre la calidad de vida del paciente en particular y sobre los costes sanitarios en general

- Nivel 3: en el que se encuadrarían aquellos pacientes crónicos (aproximadamente el 5%) con necesidades muy complejas, portadores de dos o más enfermedades permanentemente sintomáticas, que requerirían una estructura organizativa específica que les aporte de forma proactiva un servicio altamente personalizado ("case management"), es decir, que les garantice una continuidad asistencial y que les suministre, de forma coordinada, efectiva y eficiente, los suficientes medios sociosanitarios para prevenir o paliar su discapacidad y su dependencia[7]

En España también se han venido tomando iniciativas al respecto, siendo pionera la iniciativa catalana del programa "Vida a los Años" de 1986, que fue la base para el desarrollo de una red específica de servicios sociosanitarios especializados, tanto en el ámbito hospitalario (Unidades Funcionales Interdisciplinarias Socio-Sanitarias – UFISS - de geriatría, de deterioro cognitivo, de enfermedades respiratorias crónicas y de pacientes terminales) como en el ámbito comunitario (PADES: programas de atención domiciliaria-equipos de soporte) y con una composición multidisciplinar (médicos, enfermeras, trabajadores sociales)[8] En 1995 también el antiguo INSALUD publicó unas "Bases para la Ordenación de Servicios de Atención Sanitaria para las Personas Mayores", que dieron lugar en los años siguientes a la tímida creación de las Comisiones Socio-Sanitarias del Área de Salud en algunas Gerencias de Atención Primaria, a los Equipos de Valoración y Cuidados Geriátricos en algunos hospitales de agudos y, en algunas Autonomías, a los ESAD o Equipos de Soporte de Atención Domiciliaria, dependientes de las gerencias de Atención Primaria[6].

Tras las transferencias de la Sanidad, la respuesta de las diferentes Comunidades Autónomas al problema de los pacientes crónicos ha sido diversa, en función fundamentalmente del marco sociodemográfico, de los recursos asistenciales disponibles y de la relación de estos (en términos de integración o coordinación) con los Servicios Sociales. Así, por ejemplo, en el año 2000 el Servicio Canario de Salud puso en funcionamiento el S-PICA, un programa de integración y coordinación asistencial entre atención primaria, hospital y servicios sociales para pacientes con múltiples enfermedades crónicas. Algo similar hizo en 2006 la Comunidad de Aragón con su "Programa de Atención a enfermos Crónicos Dependientes" La Comunidad Valenciana también publicó recientemente su "Plan Integral de Atención Sanitaria a las Personas Mayores y a los enfermos Crónicos. 2007-2011"[6]. A su vez el departamento de Sanidad del Gobierno Vasco publicó en 2008 un Informe de Evaluación titulado "La Gestión del Paciente Mayor con Patología Crónica" que aboga, entre otras cosas, por la valoración integral del paciente y por redefinir las funciones de los profesionales de cada nivel asistencial en el manejo de estos pacientes[9]

La Consejería de Salud de la Junta de Andalucía por su parte, basándose en experiencias previas de colaboración entre algunos profesionales (de sus centros de salud y de sus hospitales) y en el consenso alcanzado desde 1998 por las Sociedades de Medicina Familiar y Comunitaria y de Medicina Interna[10] para el desarrollo de un modelo de atención integral, publicó en 2002, dentro de su primer Plan de Calidad, el Proceso Asistencial Integrado (PAI) de Atención al Paciente Pluripatológico (PPP)[11] En dicho PAI se le da la máxima importancia a la relación entre el internista (como generalista hospitalario) y el médico de familia (como generalista extrahospitalario) para conseguir la ansiada integración asistencial.

De acuerdo con esta filosofía, en Andalucía han ido surgiendo en sus hospitales varias Unidades de Pacientes Pluripatológicos (UPP), lideradas por médicos internistas, con diferentes denominaciones y diferentes niveles de integración en los Servicios de Medicina Interna según el particular entorno hospitalario, como la Unidad de Continuidad Asistencial (UCA) del Complejo

Hospitalario Virgen de la Macarena de Sevilla, la Unidad Clínica de Asistencia Médica Integral (UCAMI) del Hospital Virgen del Rocío de Sevilla o el modelo de continuidad asistencial del Hospital de San Juan de Dios del Aljarafe[12-15]. Experiencias similares se han desarrollado en otros hospitales fuera de Andalucía, como la Unidad de Pacientes Pluripatológicos y Asistencia Médica Integral (UPPAMI) del Hospital 12 de Octubre de Madrid[116-17].

Todas estas iniciativas han ganado peso tras la publicación en el BOE de la Cartera de Servicios Comunes del Sistema Nacional de Salud[18], la cual según el artículo 3: *"…debe garantizar la atención integral y la continuidad de la asistencia prestada a los usuarios, independientemente del nivel asistencial en el que se les atienda en cada momento*" (sic) Y que en su artículo 5 establece que: "*Para ser incluidos como parte de la cartera de servicios…los procedimientos deberán reunir todos los requisitos siguientes: a) Contribuir de forma eficaz a la prevención, al diagnóstico o al tratamiento de las enfermedades, a la conservación o mejora de la esperanza de vida, al autovalimiento o a la eliminación o disminución del dolor y el sufrimiento; b) Aportar una mejora, en términos de seguridad, eficacia, efectividad, eficiencia o utilidad demostrada, respecto a otras alternativas facilitadas actualmente*" (sic) También dicho Real Decreto establece, en los apartado 6.4 y 6.5 de su Anexo II, las características de los servicios que la Atención Primaria debe prestar a pacientes crónicos y a personas mayores. Y que, en el caso de los ancianos de riesgo, concreta en: *"…la elaboración de un plan integrado de cuidados sanitarios y la coordinación con atención especializada y los servicios sociales, con la finalidad de prevenir y atender la discapacidad y la comorbilidad asociada*" (sic) De la misma manera que, en el apartado 4 de su Anexo III, dispone que el apoyo a la Atención Primaria por parte de Atención Especializada: "*Comprende las actividades diagnósticas y terapéuticas que han de ser llevadas a cabo de forma coordinada…como consecuencia de procedimientos iniciados en el nivel de atención especializada y que ambos niveles, de forma consensuada, acuerden que pueden ser facilitadas a nivel domiciliario, de forma que se garantice la continuidad en la atención prestada al usuario tras el alta hospitalaria, conforme a los programas especiales establecidos y la organización propia de cada servicio de salud*" (sic)

En cuanto a Cantabria, en la Cartera de Servicios de Atención Primaria se contemplan programas muy relacionados con los pacientes ancianos, como son: "Prevención de enfermedades cardiovasculares", "Atención a pacientes crónicos (Hipertensos, Diabéticos, EPOC, Obesos, Hipercolesterolemia)", "Atención Domiciliaria a Pacientes Inmovilizados", "Atención a Pacientes Terminales", "Prevención y detección de problemas en el anciano". También existen a nivel extrahospitalario, para la atención urgente de cualquier paciente (incluidos, por supuesto, los ancianos de riesgo), los Servicios de Urgencias de Atención Primaria (SUAP) y el Teléfono de emergencias 061, siendo la misión de este último ser el referente para toda la población ante cualquier situación de urgencia médica, en cualquier punto de Cantabria y con independencia de su gravedad, coordinando todos los recursos necesarios, independientemente de su titularidad, para intentar conseguir una atención de calidad[19].

Además recientemente se ha presentado el Programa de Atención Paliativa de Cantabria que atenderá, además de a pacientes oncológicos, a otros que han agotado todas las posibilidades terapéuticas de mejoría de su proceso y que tienen un pronóstico de vida limitado (SIDA, enfermedades crónicas evolutivas, síndromes geriátricos, etc.), a los que dará, así como a sus familiares, una respuesta de alivio del sufrimiento tanto físico como psicológico y emocional que padecen, potenciando sobremanera los cuidados domiciliarios[19]. De hecho se han puesto en marcha tres Equipos de Atención Paliativa (EDAP) de referencia para cada una de las Áreas de Salud de Cantabria, que actuarán de forma complementaria, conjunta y coordinada con los profesionales tanto de Atención Primaria como del Hospital y que se ubicarán físicamente en cada uno de los tres hospitales de referencia. La del Hospital Sierrallana y la del Hospital Laredo son de nueva creación y la del Hospital Marqués de Valdecilla está formada a partir de la integración de dos dispositivos ya existentes previamente, la Unidad de Cuidados Paliativos a Domicilio, hasta ahora dependiente de la Asociación Española contra el Cáncer pero integrada funcionalmente en el hospital, y el Equipo de Soporte de Atención Domiciliaria (ESAD), hasta ahora considerada como una Unidad de Apoyo de Atención Primaria.

Más en la línea aún de lo comentado en los párrafos anteriores, también recientemente el SCS ha editado, a modo de manual de actuación para Atención Primaria, una publicación[20], con el título de "Atención a la persona con necesidad de cuidados y a su cuidador/a", centrada sobre todo en los pacientes ancianos. El SCS justifica dicha publicación en la *"…necesidad de mantener una única visión que integre las actuaciones de los diferentes profesionales mejorando la coordinación y complementando los cuidados a proporcionar en esta población…*" (sic) Señalando además, en la introducción del manual, que para ello *"…es necesario: …"El abordaje de este usuario y su persona cuidadora desde un equipo multidisciplinar compuesto por profesional médico, de enfermería, trabajador social y fisioterapeuta*" (sic) Y entre las estrategias para llevar a buen fin tal atención considera importante "*…que se establezca un sistema de coordinación entre Atención Primaria y Especializada*" (sic), para lo cual propone, entre otras cosas, la "*…gestión conjunta de casos en situaciones especiales mediante: contacto telefónico (número de referencia), sesiones conjuntas, visitas domiciliarias conjuntas y enfermería de enlace*" (sic)

Basándose en planteamientos similares a todos los mencionados hasta ahora (aunque, en este caso, fundamentalmente en la segunda edición del PAI de Atención al PPP de la Consejería de Sanidad de Andalucía[21] y experiencias similares llevadas a cabo en otros hospitales del país), también el Ministerio de Sanidad y Política Social de nuestro país acaba de publicar en este 2009, dentro de la Estrategia número 7 del Plan de Calidad del Sistema Nacional de Sanidad, un documento titulado "*Estándares y Recomendaciones sobre la Unidad de Pacientes Pluripatológicos*"[6], con la intención de "*…poner a disposición de las Administraciones Públicas Sanitarias, gestores (públicos y privados) y profesionales, unos criterios para su organización y gestión…*" (sic) Tal documento identifica como PPP a todo aquel paciente que sufre enfermedades crónicas de dos o más de las categorías clínicas de la tabla 2, equiparándolos además con el nivel 3 de la Kaiser Permanente americana, ya comentado en párrafos anteriores.

CATEGORÍA A
A.1. Insuficiencia cardiaca que en situación de estabilidad clínica haya estado en grado II de la NYHA1 (síntomas con actividad física habitual) A.2. Cardiopatía isquémica
CATEGORÍA B
B.1. Vasculitis y enfermedades autoinmunes sistémicas B.2. Enfermedad renal crónica definida por elevación de creatinina (>1,4 mg/dl en varones, >1,3 mg/dl en mujeres) o proteinuria2, mantenidos durante 3 meses
CATEGORÍA C
C.1. Enfermedad respiratoria crónica que en situación de estabilidad clínica haya estado con: disnea grado II de la MRC3 (disnea a paso habitual en llano), ó FEV1<65%, ó SaO2 ≤ 90%
CATEGORÍA D
D.1. Enfermedad inflamatoria crónica intestinal D.2. Hepatopatía crónica con datos de insuficiencia hepatocelular4 ó hipertensión portal5
CATEGORÍA E
E.1. Ataque cerebrovascular E.2. Enfermedad neurológica con déficit motor permanente que provoque una limitación para las actividades básicas de la vida diaria (Índice de Barthel inferior a 60) E.3. Enfermedad neurológica con deterioro cognitivo permanente, al menos moderado (Pfeiffer con 5 ó más errores)
CATEGORÍA F
F.1. Arteriopatía periférica sintomática F.2. Diabetes mellitus con retinopatía proliferativa ó neuropatía sintomática
CATEGORÍA G
G.1. Anemia crónica por perdidas digestivas o hemopatía adquirida no subsidiaria de tratamiento curativo que presente Hb < 10mg/dl en dos determinaciones separadas entre sí más de tres meses G.2. Neoplasia sólida ó hematológica activa no subsidiaria de tratamiento con intención curativa
CATEGORÍA H:
H.1. Enfermedad osteoarticular crónica que provoque por sí misma una limitación para las actividades básicas de la vida diaria (Índice de Barthel inferior a 60)
1 En presencia de síntomas continuos o agudizaciones frecuentes. 2 Puntuación en la escala de Barthel menor de 60 puntos en situación de estabilidad clínica. 3 Puntuación en la escala de Barthel menor de 60 puntos y/o deterioro cognitivo al menos moderado (Pfeiffer 5 o mas). 4 Presencia de retinopatía proliferativa, albuminuria, accidente vascular cerebral o neuropatía sintomática. 5 Se hace referencia a la utilización de tratamientos o medicación que obliga a seguimientos en los servicios de Oncología o Hematología

Tabla 2. Categorías definitorias de PPP[6,21]

Y hace hincapié en que la UPP atiende a un concepto fundamentalmente organizativo, definiéndola como "*…una organización de profesionales sanitarios, que ofrece atención multidisciplinaria mediante un amplio espectro de modalidades de asistencia a pacientes frágiles con pluripatología, y que cumple unos requisitos funcionales, estructurales y organizativos, que garantizan las condiciones adecuadas de seguridad, calidad y eficiencia, para realizar esta actividad*" (sic)

La UPP básica estaría formada, según dicho documento, por un especialista hospitalario (generalmente un internista o un geriatra) y el personal de enfermería y auxiliar que cuida de los PPP en el ámbito hospitalario. Aunque, por otro lado, también señala las dos características de la UPP que son "imprescindibles" para su funcionamiento:

1. Una vinculación estrecha y mantenida entre el médico especialista hospitalario responsable de la UPP y los médicos del nivel de Atención Primaria para (dentro de un marco geográfico y, más importante, un marco poblacional concreto) ofrecer una atención integral y sistemática a los PPP

2. La disponibilidad, por parte de la UPP, de un amplio abanico de modalidades asistenciales de rango hospitalario que le permitan garantizar a los PPP, en cada momento clínico, una atención en el "mejor lugar terapéutico", es decir, aquel en el que, sin menoscabo de la eficacia y de la seguridad, su enfermedad pueda ser tratada lo más rápidamente posible, con la mayor confortabilidad viable y a unos costes asumibles por la sociedad

Parece, por lo tanto, que existe cierto acuerdo en las necesidades de estos PPP y en las líneas generales que deben regir cualquier planteamiento organizativo que pretenda cubrirlas; pero no debemos olvidarnos de sus expectativas, ni tampoco de las expectativas de sus cuidadores (piezas clave en el entramado asistencial de los mismos) y de los profesionales sanitarios que les atienden. Sólo un sistema sanitario que sea capaz de satisfacer a todos estos agentes puede garantizar que la atención que se dispense a los PPP sea integral, continuada, eficaz, segura,

eficiente, confortable, humana y, en definitiva, de calidad. En los anexos 1, 2 y 3, respectivamente, se muestran algunas de las expectativas de paciente, cuidador y profesional sanitario en el caso de los PPP[21].

En el ámbito del HUMV, según un estudio realizado en 2003, un 16,9% de los pacientes eran PPP en el momento del alta y presentaban características sociodemográficas y de gestión que les diferenciaba claramente de los pacientes no pluripatológicos[22] (ver Tabla 3)

Variables	Paciente pluripatológico		Paciente no pluripatológico		
	Porcentaje o media	IC del 95%	Porcentaje o media	IC del 95%	p
Edad (media)	72,3	71,4-73,2	51,1	50,3-51,9	< 0,001
Sexo (%)					
Varón	65,1	61,6-68,5	44,1	42,5-45,7	< 0,001
Mujer	34,9	31,5-38,4	55,9	54,3-57,6	
Tipo de ingreso (%)					
Urgente	73,4	70,2-76,6	60,0	58,4-61,6	< 0,001
Resto	26,6	23,4-29,8	40,0	38,4-41,6	
Área de ingreso (%)					
Especialidades médicas	76,4	73,4-79,5	34,2	32,6-35,7	< 0,001
Resto	23,6	20,5-26,6	65,8	64,3-67,4	
Tipo de alta (%)					
Domicilio	84,1	81,5-86,8	95,4	94,7-96,1	< 0,001
Resto	15,9	13,2-18,5	4,6	4,0-5,3	
Días de estancia (media)	13,3	12,3-14,3	7,6	7,3-7,9	< 0,001

IC: intervalo de confianza.

Tabla 3. Distribución de variables entre PPP y no PPP[22]

Por otro lado, la atención de tales PPP se había realizado en prácticamente todos los Servicios del Hospital (ver Tabla 4), aunque con claro predominio de los Servicios Médicos, que fueron responsables del alta del 76,4% de PPP. Un estudio posterior, realizado en el año 2008 sobre la misma población de PPP[23], demostró que a los 4 años había fallecido casi el 60% de ellos, siendo mayor la probabilidad de tal suceso en los primeros 12 meses tras el alta, sobre

Área y servicio de ingreso	n	Porcentaje	IC del 95%
Área de especialidades médicas	558	31,3	29,2-33,5
Medicina interna	225	36,3	32,5-40,1
Nefrología	18	41,9	27,1-56,6
Oncología	32	33,0	23,6-42,3
Cardiología	128	32,3	27,7-36,9
Neumología	61	31,4	24,9-38
Endocrinología	6	30,0	9,9-50,1
Aparato digestivo	46	28,2	21,3-35,1
Reumatología	9	20,5	8,5-32,4
Neurología	25	18,1	11,7-24,5
Hematología	8	11,9	4,2-19,7
Área de especialidades quirúrgicas	116	9,8	8,1-11,5
Cirugía cardiovascular	38	31,9	23,6-40,3
Cirugía torácica	11	14,5	6,6-22,4
Cirugía maxilofacial	6	12,8	3,2-22,3
Cirugía general	37	11,0	7,7-14,4
Neurocirugía	5	5,8	0,9-10,8
Urología	6	3,8	0,8-6,7
Traumatología	13	3,7	1,7-5,6
Área del resto de especialidades	56	4,2	3,1-5,2
Otorrinolaringología	7	7,6	2,2-13
Oftalmología	2	4,2	0-9,8
Medicina intensiva	25	40,3	28,1-52,5
Radiología	8	12,7	4,5-20,9
Radioterapia	5	33,3	9,5-57,2
Psiquiatría	4	5,1	0,2-9,9
Ginecología y obstetricia	5	0,7	0,1-1,3
Pediatría	0	0,0	0
Dermatología	0	0,0	0
Anestesiología	0	0,0	0

IC: intervalo de confianza.

Tabla 4. Prevalencia de PPP según áreas y servicios hospitalarios[22]

todo si el PPP era de edad avanzada, tenía más de dos comorbilidades crónicas asociadas y había ingresado de manera urgente en una especialidad médica.

El Hospital Universitario Marqués de Valdecilla de Santander (HUMV) dispone, probablemente, de la más amplia variedad de Alternativas a la Hospitalización Tradicional (AHT) de pacientes adultos de nuestro país. Desde la creación en 1984 de una de las primeras Unidades de Hospitalización a Domicilio (HaD) de España, siempre se ha caracterizado por una apuesta decidida hacia la puesta en marcha de modalidades organizativas de asistencia de tipo “horizontal”, con una clara orientación polivalente, multidisciplinar, integral y centrada en el paciente. Así, en el año 1995 se empezó a realizar Cirugía mayor Ambulatoria en el Hospital de Día Quirúrgico (HDQ), en el año 1998 comenzó a funcionar el Hospital de Día Médico (HDM), para la administración de terapias parenterales y la atención de procedimientos diagnóstico-terapéuticos que requerían vigilancia durante unas horas, y en el año 2001 se creó el Hospital de Semana (HS), para el ingreso programado de pacientes cuyo asistencia se preveía que pudiera estar finalizada antes del sábado correspondiente. Más tarde, en el 2002, arrancó la Unidad de Alta Resolución Hospitalaria (UARH) Médica para el ingreso inmediato desde el Servicio de Urgencias y el manejo diagnóstico/terapéutico protocolizado de aquellos pacientes diagnosticados de algunos de los procesos médicos más prevalentes. Y, finalmente, en el año 2008 se creó la UARH Quirúrgica con una orientación similar a la médica, pero en este caso para procesos quirúrgicos también muy prevalentes en el Servicio de Urgencias y que eran subsidiarios de un manejo estandarizado.

Además de lo antedicho, desde hace tiempo se vienen llevando a cabo en nuestro hospital Consultas de Atención Inmediata (CAI) en diversas especialidades, para pacientes que acuden al Servicio de Urgencias pero que, aun siendo relativamente prioritaria la necesidad de iniciar su estudio y su tratamiento, no precisan un ingreso hospitalario, ni en planta tradicional ni tampoco en una de las AHT. La forma habitual de derivar a los pacientes a estas CAI ha sido tradicionalmente pasiva, es decir, mediante la cita directa desde el Servicio de Admisión de Urgencias, a propuesta del clínico que ha valorado al paciente. Sin

embargo, en el caso del Servicio de Medicina Interna recientemente se ha decidido, por parte de la Dirección del hospital, que exista un facultativo que de forma proactiva revise todas las mañanas los pacientes pendientes de ingreso en el Servicio de Urgencias y que valore, a la vista de cada caso y de la evolución acaecida en las primeras horas, su traslado a alguna de las AHT o, incluso, su derivación a la CAI en lugar del ingreso tradicional en planta de hospitalización.

También, en los últimos meses, ha empezado a funcionar en el HUMV una Unidad de Geriatría (ubicada en el Hospital de la Santa Cruz de Liencres), orientada fundamentalmente a la rehabilitación funcional de pacientes que han sufrido un Accidente Vasculocerebral Agudo o de aquellos que han sido sometidos a una intervención de cadera.

Parece, por lo tanto, que el HUMV posee un amplio abanico de posibilidades para que, como comentábamos más arriba, el PPP reciba su atención sanitaria en "el mejor lugar terapéutico". Aunque no debemos olvidar que donde el PPP pasa la mayor parte del tiempo es en su domicilio y que en ese "lugar" la responsabilidad de su asistencia es, fundamentalmente, de la Asistencia Primaria y de los Servicios Sociales. Del mismo modo que debemos ser conscientes de que muchos de los problemas clínicos que llevan al PPP a ingresar en el hospital (generalmente descompensaciones de sus patologías crónicas) podrían solucionarse en Atención Primaria si el médico de cabecera dispusiera de medios adecuados y de un apoyo puntual desde Atención Especializada ante situaciones concretas.

En este sentido, el Servicio Cántabro de Salud (SCS) tiene organizada su labor asistencial de AP a través de 4 Áreas de Salud (Santander, Laredo, Torrelavega, Reinosa), divididas a su vez en 2 Gerencias de Atención Primaria (GAP-1: Santander-Laredo y GAP-2: Torrelavega-Reinosa) y en 42 Zonas Básicas de Salud (ZBS)[18], siendo el Hospital Universitario Marqués de Valdecilla (HUMV) el hospital de referencia para las 20 ZBS que conforman el Área de Salud de Santander (ASS). En este ámbito geográfico en concreto, según datos del Contrato de Gestión de 2009 (*aportados directamente por el SCS al autor para elaborar este*

trabajo), el grupo etario de mayores de 64 años supone un total de 58.266 ciudadanos (más del 54% de todos los ancianos de Cantabria) Y, en concreto, en las 10 ZBS pertenecientes al ayuntamiento de Santander se atiende al 62,3% de todos los ancianos del ASS, llegando a casi el 80% si se le añaden las 4 ZBS de los tres ayuntamientos limítrofes (Santa Cruz de Bezana, Camargo y El Astillero)

Según algunos trabajos realizados en Andalucía[24], que apuntan a que un 1,38% de los pacientes de Asistencia Primaria mayores de 14 años serían PPP (con un rango de prevalencia por cupos entre 0,21 y 3,04%), podríamos estar hablando de que en Cantabria, en ese mismo grupo etario (509.742 ciudadanos), existirían del orden de 7.000 PPP y sólo en el ayuntamiento de Santander (161.796 ciudadanos) del orden de 2.200 PPP, aproximándose a los 3.000 si consideramos los cercanos ayuntamientos de Santa Cruz de Bezana, Camargo y El Astillero.

En resumen, todavía es frecuente hoy en día que nuestros pacientes se tengan que adaptar a una organización sanitaria poco flexible, diseñada en función de las necesidades de los profesionales y pensada para atender fundamentalmente enfermedades agudas. Ello hace que la historia natural de los pacientes crónicos, sobremanera de los PPP, esté:

- plagada de visitas no previstas a su Equipo de Atención Primaria y a los Servicios de Urgencias, tanto hospitalarios como extrahospitalarios
- llena de visitas programadas, a lo largo del año, a las consultas externas de múltiples especialistas hospitalarios
- repleta de frecuentes ingresos hospitalarios por reagudización de sus diversas patologías.

Seguramente este grupo de PPP, no demasiado importante en número pero sí en demanda de recursos, sería uno de los más beneficiados de que nuestro SCS le aplicara un programa específico de valoración integral y continuidad asistencial que, además de los servicios básicos de su Centro de Salud y de su Hospital de Referencia, incluyera todos los dispositivos asistenciales apuntados en los párrafos anteriores.

Se trataría, por lo tanto, de innovar la asistencia que dispensamos al PPP, integrando al conjunto de nuestro sistema sanitario en torno suyo y primando su abordaje comunitario. Todo ello en un contexto de continuidad asistencial que comprometiera la participación interdisciplinar de todos aquellos profesionales del ámbito sanitario y social (extrahospitalarios y hospitalarios) que en un momento dado pudieran aportar valor añadido a los cuidados que el PPP fuese necesitando a lo largo de su vida. Y, sin duda, el adecuado funcionamiento de tan compleja estructura asistencial debiera gravitar sobre un sistema de comunicación entre los profesionales de los dos niveles asistenciales que fuera rápido, directo, continuado y eficiente; sobremanera para facilitar el trabajo al médico de Atención Primaria (MAP), que a la postre siempre será ser el gestor principal en la provisión de cuidados a estos pacientes.

Una Unidad de Pacientes Pluripatológicos (UPP) planteada con un esquema esencialmente funcional, en base a todos los conceptos expuestos hasta ahora, y que aprovechara de forma integral el entramado asistencial de la Asistencia Primaria (AP) y del HUMV, podría ser la respuesta a este reto en el Área Sanitaria de Santander (ASS); y, de tener éxito, constituirse en el germen para extender este tipo de atención a los PPP de toda Cantabria.

OBJETIVOS DEL PROYECTO

- Diseñar provisionalmente una Unidad de Pacientes Pluripatológicos para el Área Sanitaria de Santander

- Planificar provisionalmente la gestión del cambio necesaria para la futura implantación de una Unidad de Pacientes Pluripatológicos para el Área Sanitaria de Santander

METODOLOGÍA DEL PROYECTO

- En base a la experiencia profesional del autor, a la información ofrecida por el SCS, al conocimiento obtenido en el I Máster en Dirección y Gestión de Servicios Sanitarios de la Universidad de Cantabria, a la metodología de Gestión por Procesos orientada al paciente[25-28] y a la bibliografía manejada, este Proyecto consistirá en:

1. Determinar la situación actual de la atención al PPP en el ASS

2. Definir provisionalmente la Misión, la Entrada y la Salida del proceso denominado UPP

3. Identificar provisionalmente las Etapas clave del proceso operativo de la UPP

4. Estructurar provisionalmente (requisitos, responsables, registros) las actividades a realizar en cada etapa clave del proceso operativo de la UPP

5. Avanzar una visión de la futura atención al PPP en el ASS una vez implantada la UPP

6. Determinar provisionalmente las herramientas de medición de los puntos críticos de éxito del proceso operativo de la UPP

7. Estimar provisionalmente los Recursos necesarios para su funcionamiento

8. Trazar provisionalmente la manera de gestionar el cambio

ANÁLISIS DE LA ATENCIÓN SANITARIA ACTUAL AL PPP EN EL ÁREA SANITARIA DE SANTANDER (ASS) DESDE UN PUNTO DE VISTA OPERATIVO

A. CIRCUITOS DE DERIVACIÓN DEL PPP DESDE ASISTENCIA PRIMARIA A ASISTENCIA ESPECIALIZADA

Como cualquier otro paciente, el PPP del ASS que advierte en su domicilio una agudización de una de sus dolencias crónicas (o un problema de salud nuevo) tiene varias vías iniciales de accesibilidad directa al Sistema Sanitario (ver figura 9):

a) a través de Atención Primaria (AP):
   1. bien solicitando consulta en el Centro de Salud (CS) o en el domicilio a su médico de Atención Primaria (MAP): mediante llamada telefónica o acudiendo directamente al CS
   2. bien acudiendo directamente al Servicio de Urgencias de Atención Primaria (SUAP)

b) a través del 061: mediante llamada telefónica

c) a través del Servicio de Urgencias Hospitalario (SUH) del HUMV: acudiendo directamente

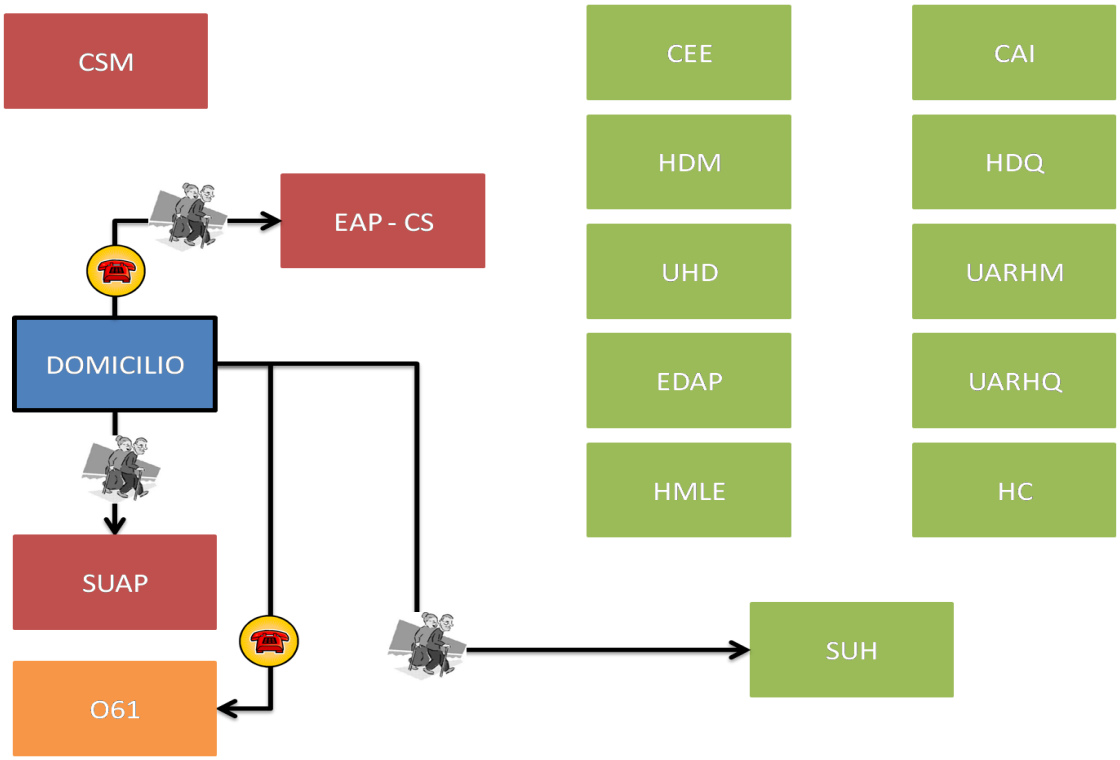


Figura 9. Accesibilidad inicial del PPP al Sistema Sanitario

El MAP por su parte, cuando considera que las necesidades del PPP superan las que el EAP puede ofrecerle (en el Centro de Salud o en el domicilio), tiene en la actualidad la posibilidad real de derivarle directamente (ver figura 10):

a) al SUH del HUMV: habitualmente mediante una interconsulta escrita
b) al Centro de Salud Mental (CSM): bien mediante una citación informática o telefónica desde el propio Equipo de Atención Primaria o bien a través de una interconsulta escrita
c) a las Consultas Externas de Especialidades (CEE) del HUMV: bien mediante una citación informática o telefónica desde el propio Equipo de Atención Primaria o bien a través de una interconsulta escrita
d) al Hospital de Día Médico (HDM) del HUMV: generalmente mediante una interconsulta telefónica
e) a la Unidad de Hospitalización a Domicilio (UHD) del HUMV: generalmente mediante una interconsulta telefónica
f) al Equipo de Atención Paliativa (EDAP): generalmente mediante una interconsulta escrita

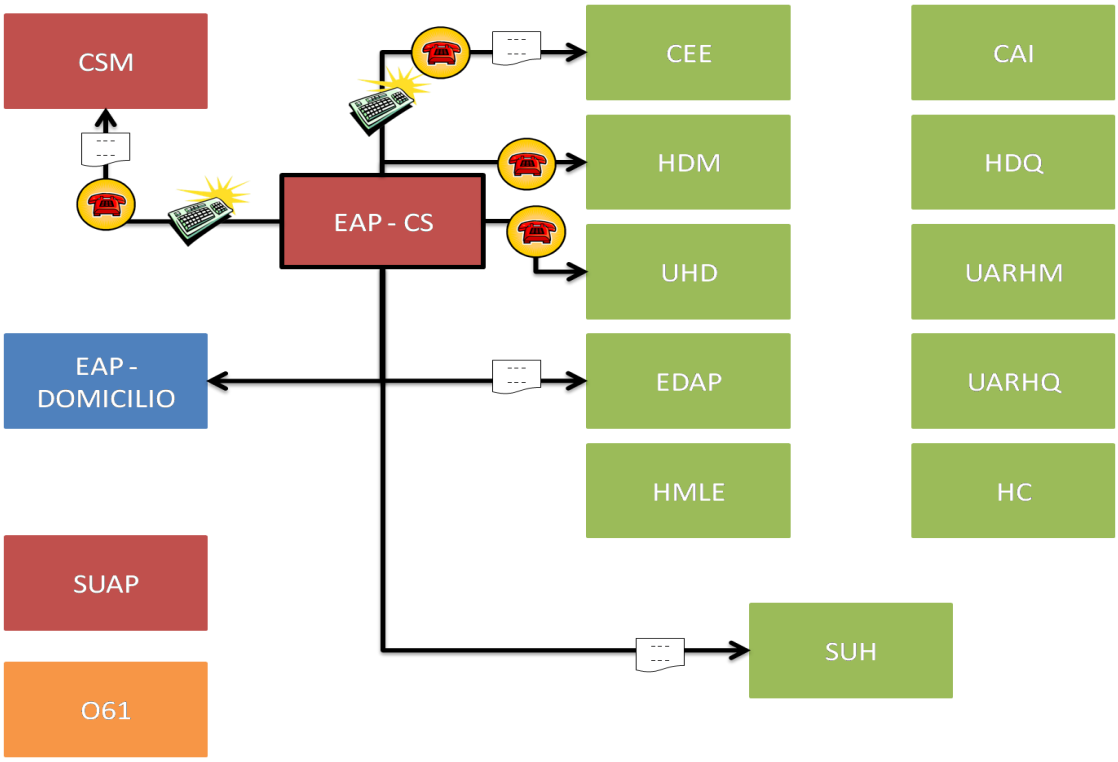


Figura 10. Posibilidades de derivación del PPP por parte del MAP

En cuanto al SUAP y al 061, además de sus actuaciones directas sobre el PPP, tienen la posibilidad de derivarle (ver figuras 11y 12):

a) a su MAP: mediante una copia del informe de asistencia (para seguir siendo atendido en el Centro de Salud o en el domicilio)

b) al SUH del HUMV: habitualmente mediante el traslado del paciente en ambulancia y la presentación de una interconsulta escrita y/o un informe escrito de traslado

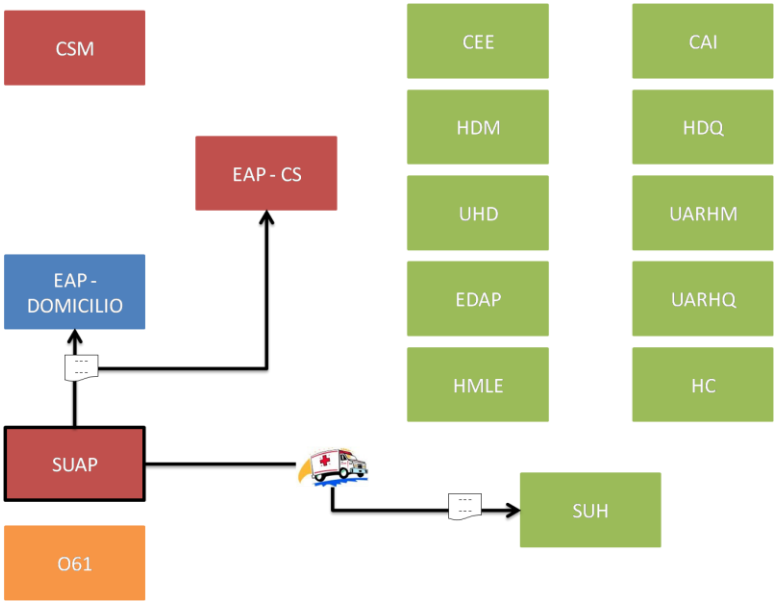


Figura 11. Posibilidades de derivación del PPP por parte del SUAP

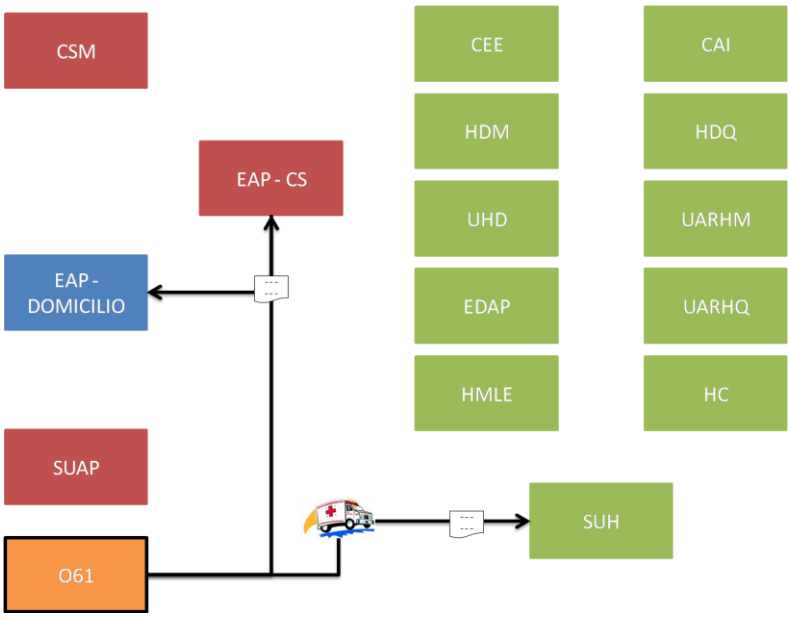


Figura 12. Posibilidades de derivación del PPP por parte del 061

En cuanto al SUH del HUMV, una vez que el PPP ha sido estabilizado, las posibilidades de derivación del mismo son bastante más amplias (ver figura 13):

a) a su MAP: mediante una copia del informe de asistencia (para seguir siendo asistido en el Centro de Salud o en el domicilio)

b) a las Consultas de Atención Inmediata (CAI) de algunas especialidades como Medicina Interna, Cardiología, Neumología, etc: bien mediante una citación directa desde el Servicio de Admisión de Urgencias o bien mediante la actitud proactiva de los responsables de dichas CAI (ya comentada en la Introducción del Proyecto) a fin de captar pacientes no subsidiarios de ingreso, bien en hospitalización convencional (HC) o bien en alguna de las alternativas a la hospitalización tradicional (AHT), pero que necesitan una atención rápida en función de su sospecha diagnóstica o su situación clínica

c) a la UHD: bien mediante una interconsulta telefónica o bien mediante la actitud proactiva de los responsables de dicha UHD a fin de captar pacientes subsidiarios de ingreso en la misma

d) al HDM: generalmente mediante una interconsulta telefónica y/o una orden médica

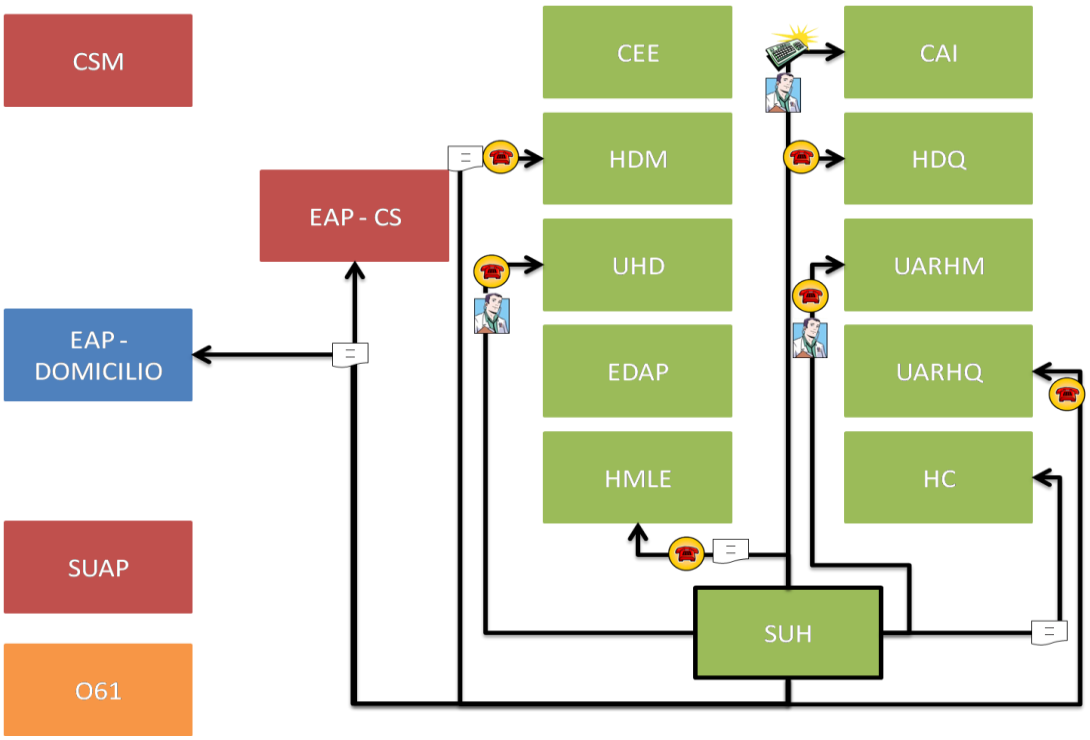


Figura 13. Posibilidades de derivación del PPP por parte del SUH

e) al Hospital de Día Quirúrgico (HDQ): habitualmente mediante una interconsulta telefónica

f) a la Unidad de Alta Resolución Hospitalaria Médica (UARHM): bien mediante una interconsulta telefónica o bien mediante la actitud proactiva de los responsables de dicha UARHM a fin de captar pacientes subsidiarios de ingreso en la misma

g) a la UARH Quirúrgica (UARHQ): generalmente mediante una interconsulta telefónica

h) a una planta de Hospitalización Convencional (HC), preferentemente de Medicina Interna, o de corta estancia (HS u Hospital de Semana): mediante la correspondiente orden de ingreso remitida al Servicio de Admisión y Documentación Clínica (SADC)

i) a un Hospital de Media/Larga Estancia (HMLE), fundamentalmente el Hospital de la Santa Cruz de Liencres (adscrito al HUMV, con camas de Medicina Interna y Neumología) y el Hospital Geriátrico de Apoyo Santa Clotilde (concertado): mediante la correspondiente orden de ingreso y/o la propuesta telefónica al SADC del HUMV, seguido de la posterior gestión del mismo ante los responsables de admisión de dichos hospitales

En definitiva, por lo que respecta al MAP del ASS es evidente que en estos momentos para derivar a sus PPP:

1. sólo tiene la posibilidad de interaccionar “directamente” con los facultativos responsables del EDAP y con los médicos de 4 (SUH, CEE, HDM, UHD) de los 10 dispositivos asistenciales de rango hospitalario; pero ello utilizando 5 protocolos de derivación diferentes, cada uno de ellos con sus especiales peculiaridades (papel +/- teléfono +/- ordenador), lo cual en muchos casos le supone al MAP una dificultad añadida a la hora de plantearse la vía más apropiada de derivación para la situación clínica real del PPP

2. en el caso de los otros 6 dispositivos (HC, HMLE, CAI, HDQ, UARHM, UARHQ), la situación es aún peor pues, aunque el MAP pueda tener claro cuál es el mejor lugar terapéutico para su PPP en un momento dado, tiene

imposibilitada habitualmente la interacción directa con los facultativos responsables de los mismos, viéndose generalmente obligado a su remisión al SUH, como paso intermedio. Y pudiendo ocurrir en éste:

a. que en muchos casos, el PPP sea sometido a pruebas y tratamientos innecesarios, cuando no generadores de iatrogenia, que podrían haberse evitado si el MAP hubiera podido hacer la derivación directamente

b. que en el mejor de los casos, el PPP acabe siendo derivado al dispositivo recomendado por el MAP en su interconsulta; pero, por supuesto, sin que éste pueda conocer tal decisión de forma precoz, sino generalmente pasados unos días (a través de la familia o molestándose en llamar personalmente al HUMV para interesarse por el paradero y la situación clínica del PPP)

c. que en algunos casos, el PPP sea derivado a un dispositivo con el que su MAP nunca habría estado de acuerdo; y, una vez más, enterándose de tal hecho varios días después de ocurrido, momento en el que ya le será imposible discutir tal derivación con el facultativo del SUH responsable de la misma

B. MANEJO INTRAHOSPITALARIO DEL PPP

En la actualidad las posibilidades de derivación del PPP entre los dispositivos intrahospitalarios son numerosísimas (ver figura 14), aunque para cada situación en particular la clase de interacción varía, pudiendo ser alguna de las ya mencionadas más arriba (orden de ingreso escrita, interconsulta escrita, interconsulta telefónica) o bien una interconsulta informática a través del programa intrahospitalario dispuesto a tal fin.

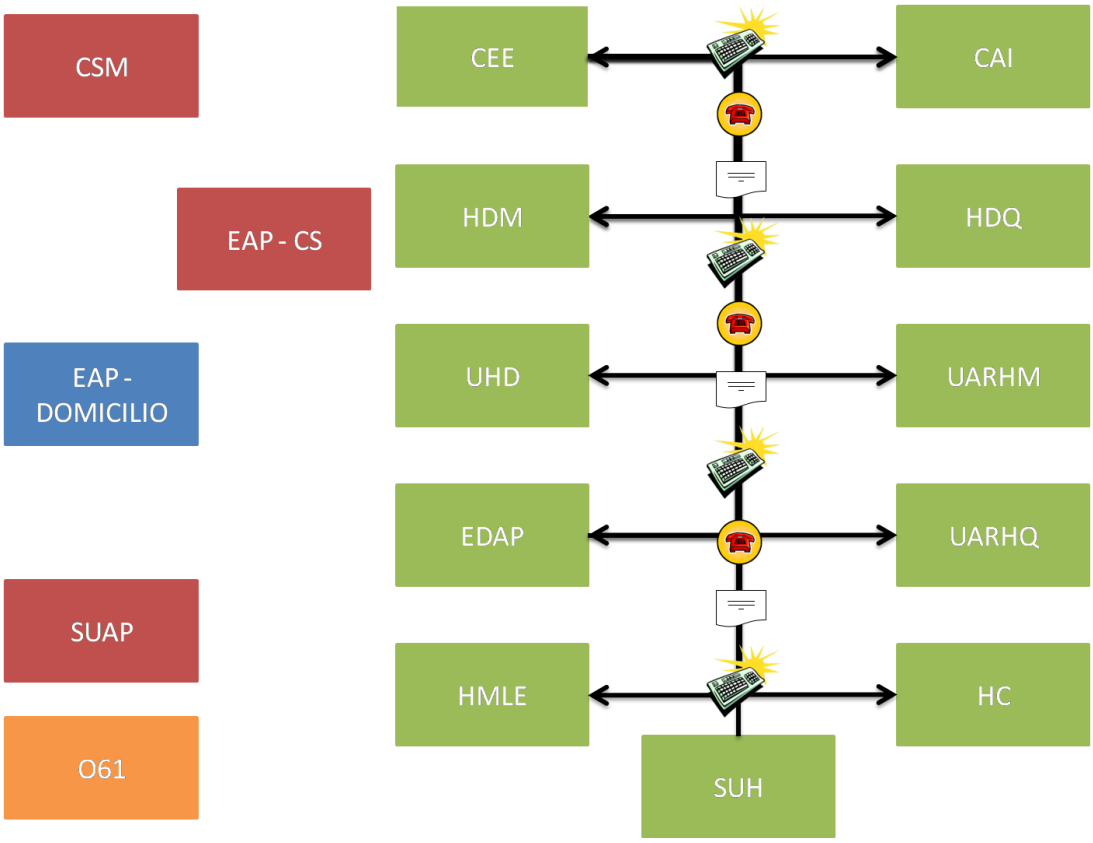


Figura 14. Posibilidades de derivación del PPP entre los diversos dispositivos intrahospitalarios

Además tales derivaciones pueden ser sucesivas entre los diferentes dispositivos, con lo cual puede darse el caso de que un PPP, durante un mismo episodio de enfermedad y sin salir del ámbito hospitalario, pase por las manos de dos, tres o más equipos asistenciales hasta su alta definitiva.

Y generalmente todo ello ocurre sin que el PPP perciba la existencia de un **FACULTATIVO DE REFERENCIA EN EL HOSPITAL** que se responsabilice en todo momento de la continuidad de su proceso asistencial (desde que llega al hospital hasta que vuelve a su domicilio bajo el cuidado de su MAP)

Idealmente dicho facultativo, que no tendría obligatoriamente responsabilidad asistencial directa sobre el PPP, debería:

- conocer con detalle la situación clínica y funcional del PPP en cada momento del episodio de enfermedad, mientras permaneciera bajo la responsabilidad del hospital

- estar siempre accesible para que el PPP le recabase información o consejo sobre su enfermedad

- buscar la correcta utilización de los recursos más adecuados para el PPP y, por lo tanto, poder ser consultado, por los facultativos asistenciales responsables del mismo en cada momento, sobre cualquier prueba diagnóstica que se le propusiese o sobre los tratamientos que se le recomendasen

- compartir con el MAP, durante todo el episodio de enfermedad, cualquier tipo de información que se considerase relevante para el PPP, tanto sobre la situación momentánea como sobre las necesidades de cuidados que fuera a presentar en el futuro; facilitando de esta manera una planificación del alta, que se debiera producir lo antes posible en función de las características clínicas, funcionales, psicoafectivas y sociales del PPP

- en definitiva, coordinar la globalidad de los cuidados que precisara el PPP, garantizando el nivel de calidad y de seguridad y, muy importante, reduciendo los costes derivados de una asistencia fragmentada

DEFINICIÓN PROVISIONAL DE LA MISIÓN, ENTRADA Y SALIDA DEL PROCESO OPERATIVO DENOMINADO UPP

La MISIÓN fundamental del proceso es garantizar al PPP una asistencia integral (preventiva, curativa y/o paliativa) y una continuidad asistencial (tanto entre Asistencia Primaria y Asistencia Especializada como entre los diferentes dispositivos de la Asistencia Especializada) de manera que, en cada momento, se lleven a cabo sobre él las pruebas diagnósticas y los procedimientos terapéuticos más seguros y los más acomodados a su situación clínica, funcional, psicoafectiva y social; todo ello procurándole en todo instante la información más adecuada, el mejor trato humano y el máximo confort posible.

La ENTRADA al proceso se produce en el momento en que el MAP sospecha que el paciente es un PPP y que va a requerir de la colaboración de la Asistencia Especializada para su control clínico.

La SALIDA del proceso se produce en el momento en que el PPP fallece o cuando pasa a depender de un área sanitaria diferente al ASS.

IDENTIFICACIÓN PROVISIONAL DE LAS ETAPAS Y SUBETAPAS CLAVE DEL PROCESO OPERATIVO DENOMINADO UPP (ver figuras 15 y 16)

1. Identificación del PPP
2. Valoración integral del PPP:
    a. Valoración clínica
    b. Valoración funcional
    c. Valoración psicoafectiva
    d. Valoración social y del cuidador
    e. Valoración nutricional
    f. Valoración calidad de vida
    g. Asignación del Gestor Hospitalario del PPP (GHOSPPP)
    h. Elaboración Inicial del Informe de Valoración Integral (IVI) del PPP
    i. Propuesta Inicial del Plan Terapéutico Integral (PTI) del PPP
    j. Propuesta Inicial del Mejor Lugar Terapéutico (MLT) del PPP

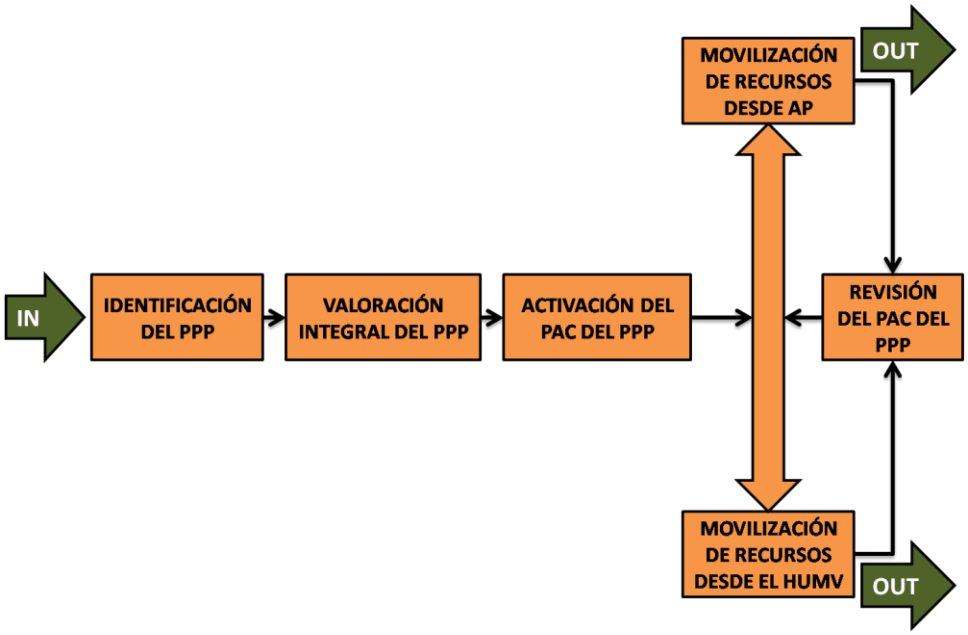


Figura 15. Etapas del proceso operativo UPP

3. Activación del Plan de Atención continuada (PAC) del PPP:
    a. Difusión del IVI inicial, la propuesta inicial de PTI y la propuesta inicial de MLT del PPP

b. Discusión del caso y establecimiento definitivo del PTI y del MLT del PPP

4. Movilización de recursos disponibles a nivel de AP para cumplir el PTI del PPP
5. Movilización de recursos disponibles a nivel del HUMV para cumplir el PTI del PPP
6. Revisión del PAC del PPP

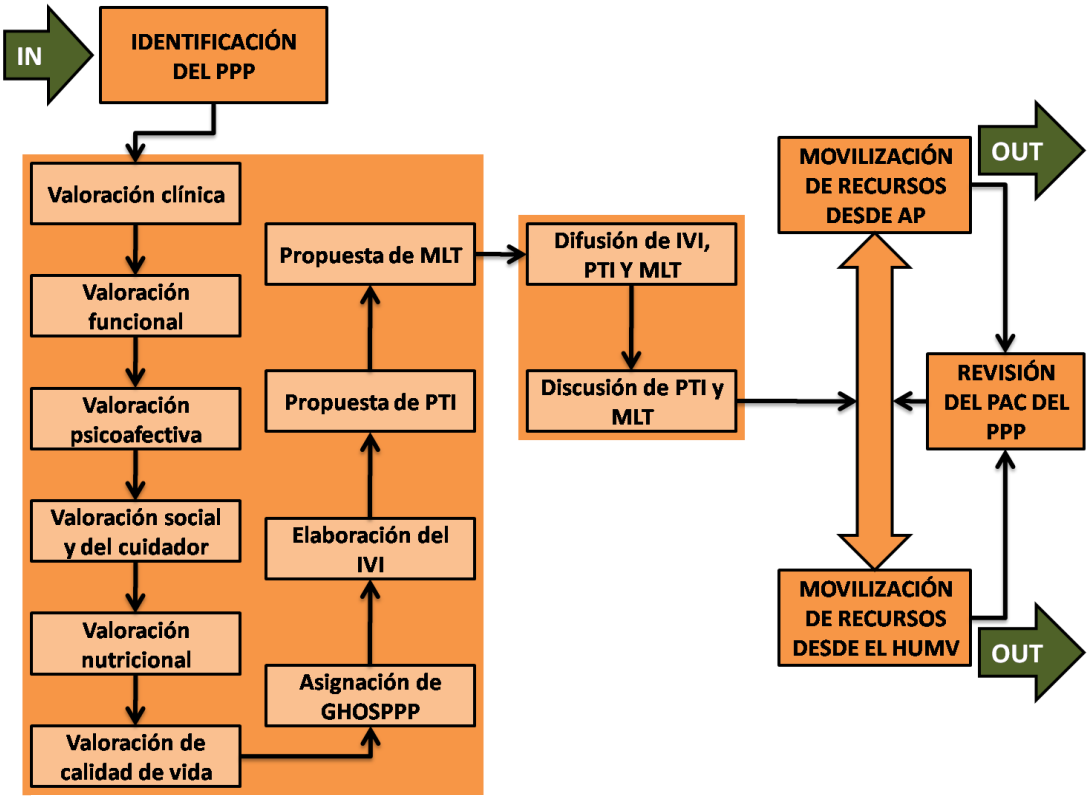


Figura 16. Etapas y subetapas del proceso operativo UPP

ESTRUCTURACIÓN PROVISIONAL DE LAS ETAPAS CLAVE DEL PROCESO OPERATIVO DENOMINADO UPP

En el anexo 4, para cada Etapa/Subetapa del proceso UPP, se pormenorizan sus diversos componentes, como son:

1. quién será el responsable de llevar a cabo las actividades de cada etapa/subetapa
2. cómo se llevará a afecto cada etapa, es decir, con qué requisitos se deberá contar a priori para llevar a cabo las actividades de cada etapa/subetapa
3. cuándo, dentro del proceso operativo UPP, es el momento en el que se deberán llevar a cabo las actividades de cada etapa/subetapa
4. dónde se realizarán las actividades de cada etapa/subetapa
5. qué registros generará cada etapa/subetapa, fundamentalmente para favorecer la comunicación entre Asistencia Primaria y Asistencia Especializada o entre los dispositivos de Asistencia Especializada
6. qué recursos, aparte de los humanos, serán necesarios en cada etapa/subetapa

No obstante, por su trascendencia o por su originalidad, es interesante destacar algunos aspectos, como:

- que, como no podía ser de otra manera, el médico de atención primaria (MAP), después del propio PPP, sea el principal protagonista del proceso UPP; pues no en vano el PPP está predestinado a pasar la mayor parte de su vida en el domicilio, donde el MAP es el máximo responsable de su bienestar, sin olvidar al resto del profesionales del Centro de Salud y, por supuesto a la familia y/o el cuidador principal, que es una pieza básica del equipo de soporte del PPP
- que tanto la identificación como la valoración integral del PPP se puedan llevar a cabo indistintamente en el Centro de Salud o en el domicilio

- que, una vez identificado, el PPP quede registrado como tal en los Sistemas de Información de Atención Primaria y del hospital mediante un código identificador específico
- que dicha valoración integral incluya aspectos farmacológicos tan importantes para el PPP como el manejo de la polifarmacia, la adherencia al tratamiento y la conciliación de la medicación cada vez que el PPP recibe una nueva prescripción por parte del correspondiente especialista
- que se le de el valor que merece a la valoración de la situación funcional global de estos PPP, que en la mayoría de casos tiene un peor índice pronóstico que el que pueda proporcionar el grado de severidad de las enfermedades crónicas de los mismos
- que todo el equipo de profesionales del Centro de Salud (médicos, enfermeras, fisioterapeutas y trabajadores sociales) participen en la valoración integral del PPP
- que entre la identificación del PPP y su primera valoración integral no transcurran más de 30 días
- que se tengan en cuenta la situación y las necesidades del cuidador principal del PPP
- que se implante la figura del gestor hospitalario del PPP (GHOSPPP), como su médico de referencia dentro del hospital, con escasa carga asistencial pero básico para la interconexión entre Asistencia Primaria y Asistencia Especializada y para la gestión de la continuidad asistencial del PPP dentro del propio hospital
- que se cree, de forma consensuada entre MAP y GHOSPPP, un documento que resuma la valoración integral del PPP en cada momento de su historia natural, así como su plan terapéutico vigente y la mejor ubicación física del mismo de acuerdo a sus circunstancias particulares

- que se organicen y coordinen todos los dispositivos asistenciales disponibles para el PPP en el ASS en base a un sistema de comunicación bidireccional entre MAP y GHOSPPP versátil, despejado y fluido (basado en el teléfono móvil, el correo electrónico y las sesiones presenciales)

VISIÓN PROVISIONAL DE LA FUTURA ATENCIÓN SANITARIA AL PPP EN EL ÁREA SANITARIA DE SANTANDER (ASS) DESDE UN PUNTO DE VISTA OPERATIVO

Con vistas al futuro, el planteamiento que este documento hace del proceso UPP iría sobre todo en la línea de abordar las necesidades sanitarias y sociales del PPP del ASS en su vertiente de "patología crónica"; aunque sin renunciar a ser parte proactiva en su manejo cuando se produzcan las reagudizaciones de dichas patologías crónicas o la intercurrencia de otras patologías "agudas" que pudieran influir negativamente en la historia natural de las mismas.

Con la aplicación de las reformas en la atención al PPP del ASS señaladas en los párrafos anteriores el MAP conservaría su facultad de derivación al Centro de Salud Mental; pero, en el caso de que previera que el PPP va a requerir la colaboración de la Asistencia Especializada para su control clínico, vería muy simplificada su labor de derivación al resto de dispositivos asistenciales (ver figura 17) Solamente necesitaría contactar con su GHOSPPP (personalmente, telefónicamente o a través de internet) para consensuar el PTI y el MLT del PPP en

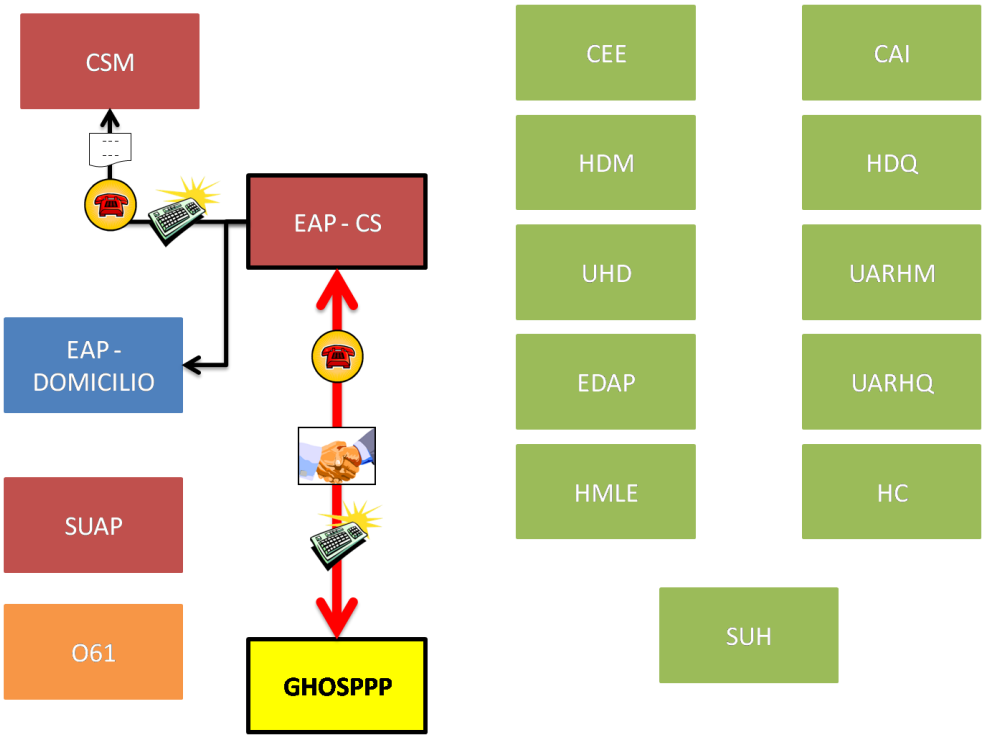


Figura 17. Visión de las futuras vías de derivación del PPP por parte del MAP

base al IVI elaborado previamente por el propio MAP con los datos obtenidos por todo el personal del EAP (médico, enfermera/o, trabajador/a social y fisioterapeuta)

Posteriormente, si se decidiera que la situación clínica del PPP pudiera necesitar atención en un dispositivo asistencial diferente a la AP o al CSM, sería el GHOSPPP el encargado de hacer las gestiones correspondientes para agilizar la misma (ver figura 18), evitando en lo posible su derivación al SUH y su internamiento en hospitalización convencional (HC) del HUMV; y quedando a su propio criterio la realización personal de un examen previo del PPP para confirmar y/o matizar la indicación de la derivación.

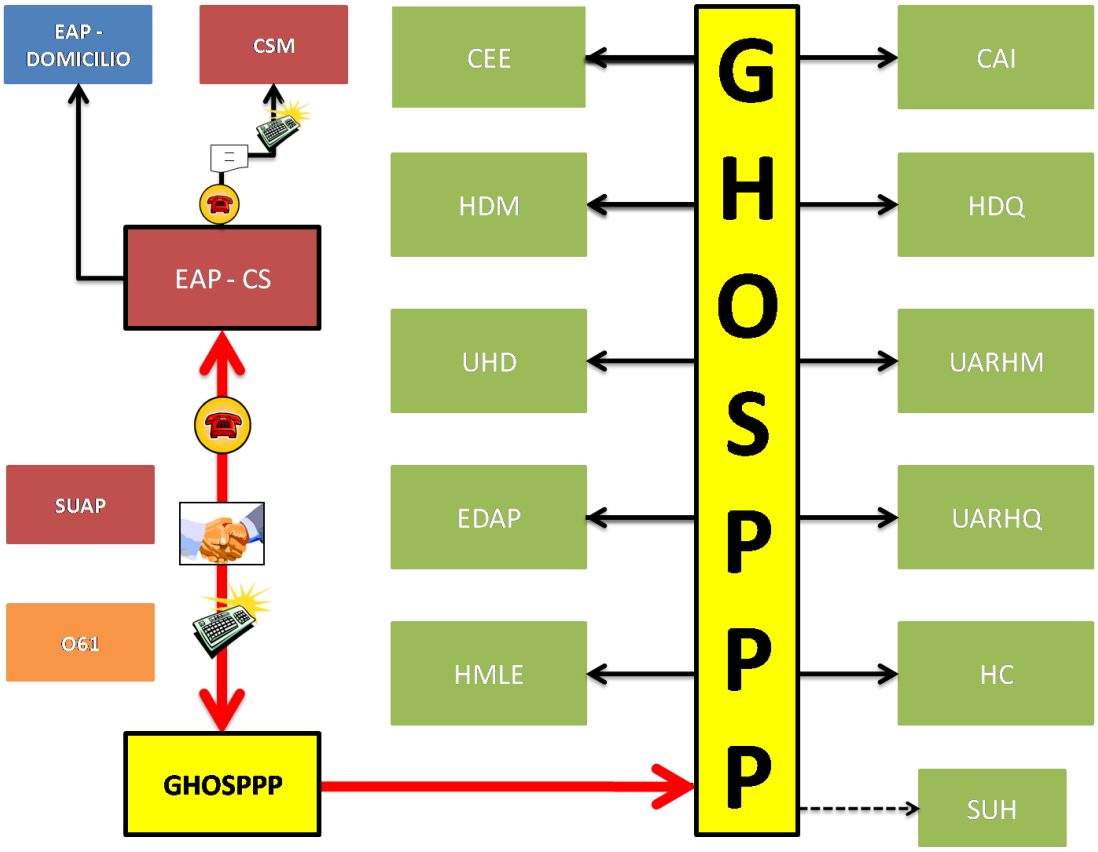


Figura 18. Visión de las futuras vías de derivación del PPP por parte del MAP y del papel central del GHOSPPP en el manejo operativo del PPP dentro del HUMV

En cualquier caso, una vez que el PPP pasara a ser atendido en el correspondiente dispositivo hospitalario, el GHOSPPP debería:

- ofrecer a los facultativos correspondientes toda la información del IVI y el PTI del PPP

- hacer un seguimiento detallado de la situación clínica y funcional del PPP en cada momento
- estar siempre accesible al PPP para que éste le recabe información o consejo sobre su enfermedad
- ofrecerse a los facultativos asistenciales directos del PPP para colaborar en la toma de decisiones sobre pruebas diagnósticas o tratamientos
- compartir con el MAP, a lo largo de todo el episodio, cualquier tipo de información que se considere relevante, tanto sobre la situación momentánea del PPP como sobre las necesidades de cuidados que vaya a presentar en el futuro
- actualizar el IVI en el momento del alta
- colaborar activamente con los médicos asistenciales y con el MAP del PPP en la planificación del alta a Atención Primaria, de acuerdo a las características clínicas, funcionales, psicoafectivas y sociales que presente en ese momento, que determinarán indefectiblemente la elaboración de un nuevo PT y la determinación de un nuevo MLT

PROPUESTA PROVISIONAL DE LAS HERRAMIENTAS DE MEDICIÓN DE LOS PUNTOS CRÍTICOS DE ÉXITO DEL PROCESO OPERATIVO DENOMINADO UPP

Una vez echado a andar el proceso UPP, es imprescindible que obtengamos datos del mismo que nos permitan analizar si está cumpliendo la misión para la que se diseñó. Así pues, en el ámbito de los datos objetivos, será indispensable medir el grado de implantación del proceso UPP (sobremanera en los primeros tiempos tras su puesta en marcha), para lo cual utilizaremos obligatoriamente los correspondientes indicadores de monitorización del proceso; pero, más importante aún, también necesitaremos conocer, mediante los oportunos indicadores de resultados, si el proceso UPP está consiguiendo realmente su misión, es decir, que la asistencia integral y la continuidad asistencial redunden en una mejora del nivel de salud de los PPP y, de manera secundaria, en una reducción de la carga asistencial que suponen estos PPP para el SCS.

Aunque en un futuro se pudieran plantear indicadores más complejos o más específicos, durante la implantación del proceso UPP los indicadores deberían ser sencillos de obtener y con unos estándares bastante tolerantes, dado el desconocimiento inicial de muchos de los valores que aquellos pueden alcanzar cuando el proceso esté lo suficientemente rodado. Así pues, los indicadores a utilizar serían los apuntados en el anexo 5.

Además será de suma importancia conocer, la opinión de los propios PPP y sus cuidadores sobre todos los aspectos subjetivos de la misión del proceso, como el trato recibido, el confort experimentado y el grado de información percibido. Para ello se deberían llevar a cabo de forma periódica, generalmente anual, encuestas al respecto, se deberían proponer grupos focales de opinión y se deberían valorar cuidadosamente todas las sugerencias, quejas y reclamaciones que los PPP o sus cuidadores nos hicieran llegar.

ESTIMACIÓN PROVISIONAL DE LOS RECURSOS NECESARIOS PARA LA IMPLANTACIÓN DEL PROCESO OPERATIVO DENOMINADO UPP

A. RECURSOS HUMANOS:

El desarrollo del proceso denominado UPP requiere fundamentalmente un cambio organizativo, es decir, una innovación en la forma de abordar la atención integral y la continuidad asistencial de los PPP por parte de todos los profesionales, tanto los de Atención Primaria como, sobremanera, los de Atención Especializada (médicos, enfermeras, fisioterapeutas y trabajadores sociales, fundamentalmente)

Por lo tanto, en principio no sería necesario incorporar nuevo personal al SCS para desarrollar las tareas del proceso UPP; pero sí que sería primordial que, más allá del convencimiento moral de los profesionales sobre las bondades de dicho proceso y del feed-back positivo que su desarrollo pudiera ejercer sobre ellos, se establecieran por parte del SCS compensaciones o incentivos de algún tipo que, sobre todo al principio, les animara a incorporarse al mismo. Por ejemplo:

- una promoción activa de su participación preferente en cursos acreditados por la Comisión Nacional de Formación Continuada sobre temas relacionados con el anciano y las patologías crónicas, con la consiguiente repercusión en el bloque B de su Carrera Profesional[29]

- una importante repercusión positiva de su adhesión al proceso UPP en el sub-bloque C-3 de la Carrera Profesional que trata del compromiso con la organización[29]

- una difusión pública de su participación activa en el proceso UPP que les haga copartícipes de los beneficios de la reputación[30]

- un estímulo a su participación en la transmisión del conocimiento generado por el proceso UPP en diversos foros (Congresos, Reuniones Científicas, Grupos de Trabajo, Publicaciones,…) e incluso a su papel de embajadores en la comunicación de la experiencia a otras Comunidades Autónomas[30]

En el caso de los médicos hospitalarios que pudieran ejercer de GHOSPPP, como se comenta en el anexo de estructuración de las etapas clave del proceso, se trataría en principio de facultativos ya adscritos a las Unidades de Hospitalización Alternativa (UHD, UARH) o al Servicio de Medicina Interna que, tras la correspondiente información sobre el proceso UPP y de forma voluntaria, solicitaran participar en el mismo sin renunciar a sus actividades clínicas habituales. La elección de este tipo de facultativos se basa fundamentalmente en su experiencia asistencial (presidida por una visión integral del paciente) y, más importante aún, en su demostrada capacidad para interaccionar y coordinarse con otros dispositivos asistenciales hospitalarios y con los profesionales de Atención Primaria.

Además, sería conveniente que entre ellos existiera uno que ejerciera de **COORDINADOR**, tanto de los propios GHOSPPP como del proceso UPP en general. Las funciones de este Coordinador, entre otras, serían fundamentalmente:

1. ejercer funciones de GHOSPPP para un pequeño grupo de MAP
2. asumir las funciones de otros GHOSPPP cuando, por diferentes motivos (bajas, libranzas, vacaciones,…) estos estén ausentes del hospital
3. ser el referente para que tanto los MAP como los GHOSPPP puedan expresar las anomalías detectadas en el desarrollo del proceso UPP y las oportunidades de mejora del mismo
4. evaluar de forma continuada las necesidades de formación y recursos materiales de los MAP, de los GHOSPPP y de cualquier otro profesional implicado en el proceso UPP, buscando posteriormente la manera de cubrirlas de la mejor manera posible

En cuanto a cómo calcular el número de GHOSPPP necesarios para cubrir la potencial demanda del ASS, la experiencia de algunos hospitales de Andalucía y de Madrid ya mencionados anteriormente se basan en el supuesto de que el facultativo de la UPP ejerza sus funciones a tiempo completo, incluyendo en éstas la atención de la consulta externa, de la hospitalización convencional, del hospital de día y de la hospitalización a domicilio. En el caso de nuestro proceso UPP esto no se ha

planteado así, puesto que todas estas funciones serán ejercidas por los facultativos de los correspondientes dispositivos asistenciales implicados en el proceso UPP, reservándose el GHOSPPP las funciones comentadas en apartados anteriores.

No obstante, hasta que el desarrollo del proceso UPP haya avanzado lo suficiente como para tener una idea clara de la demanda que va a generar a cada GHOSPPP en términos de tiempo diario de trabajo dedicado al mismo, parece prudente aplicar de momento la propuesta de tales hospitales en el sentido de considerar la necesidad de un GHOSPPP por cada 8.000 ± 1500 personas mayores de 64 años de los diferentes cupos del ASS.

De acuerdo con este planteamiento y teniendo en cuenta que, como avanzábamos en la introducción, existen más de 58.000 pacientes mayores de 64 años en las 20 Zonas Básicas de Salud del ASS, serían necesarios unos 6-7 GHOSPPP para cubrir la demanda del proceso UPP cuando esté totalmente desarrollado. De tal manera que cada GHOSPPP asumiría el proceso UPP, junto a los MAP correspondientes, de 3-4 ZBS; excepto el GHOSPPP Coordinador que sólo asumiría una ZBS.

B. RECURSOS MATERIALES:

Es de la máxima importancia que todos los profesionales implicados en el proceso UPP reciban **FORMACIÓN**:

1. sobre el propio proceso UPP en primer lugar, de manera que todos se identifiquen con el mismo y asuman una misma línea de actuación en cuanto a la gestión de los PPP

2. sobre aspectos generales de los PPP, tanto desde un punto de vista clínico (síndromes geriátricos, por ejemplo) como desde un punto de vista funcional, psicoafectivo, social, nutricional y de calidad de vida

3. sobre aspectos específicos de otros estamentos profesionales (enfermeras, trabajadores sociales, fisioterapeutas) en relación a su implicación en el manejo de los PPP

También es básico, tanto en Atención Primaria como en Atención Especializada, el establecimiento de registros de la **INFORMACIÓN** generada en el proceso UPP. En una primera fase éstos podrían ser en forma de documentos de papel normalizados específicos (DNE), es decir, que una vez confeccionados pasasen obligatoriamente a formar parte de la historia clínica en papel del paciente. Sin embargo, en breve deberíamos disponer de una Base de Datos Específica (BDE), integrada y compartida por el Sistema de Información y la Historia Clínica Electrónica, tanto de Atención Primaria como del Hospital. En tal base de datos, con acceso permitido a todos los profesionales implicados en el proceso UPP, deberían estar registrados al menos:

1. el IVI actualizado por el MAP o por el GHOSPPP (con punto de partida en la Valoración Integral inicial del PPP, pero revisado posteriormente cuántas veces sea necesario en función de la evolución del PPP)

2. el PT y el MLT del PPP vigentes en cada momento, tras el correspondiente acuerdo de MAP y GHOSPPP

3. los diferentes recursos de AP y/o de AE movilizados por el PPP desde la entrada en el proceso UPP hasta su fallecimiento

Finalmente, para asegurar en todo momento la **COMUNICACIÓN** fluida entre MAP y GHOSPPP, es imprescindible dotar a ambos de un teléfono móvil corporativo, de un correo electrónico y, en el caso de las sesiones de presencia física, procurarles un medio de transporte para el correspondiente desplazamiento al Centro de Salud o al hospital.

En el caso del resto de recursos materiales no será necesario hacer ninguna otra aportación, pues cada uno de los dispositivos asistenciales dispone de los suficientes recursos como para dar soporte al proceso UPP.

C. PROCESOS DE APOYO:

De la misma manera que tampoco será necesario contar con más procesos de apoyo que los ya existentes en la actualidad, como reflejan las fichas de proceso recientemente elaboradas por el SCS (*aportadas directamente por el SCS al autor para elaborar este trabajo*)

DISEÑO PROVISIONAL DE LA GESTIÓN DEL CAMBIO NECESARIA PARA IMPLANTAR EL PROCESO OPERATIVO DENOMINADO UPP

En los apartados anteriores se ha realizado un análisis de todos los procesos operativos del SCS implicados en la atención al PPP del ASS en la actualidad y se ha plasmado la propuesta provisional de un nuevo proceso operativo de gestión integral de todo la asistencia demandada por estos pacientes denominado Unidad de Pacientes Pluripatológicos (UPP) En cuanto al detalle de dicho proceso, se han definido su misión, entrada y salida, se han identificado y estructurado sus etapas y subetapas y se ha vislumbrado cómo sería, desde un punto de vista operativo, la atención sanitaria al PPP en el ASS tras la implantación del mismo. Finalmente se han propuesto algunas herramientas de medición de los puntos críticos de éxito del proceso UPP y se han estimado los recursos necesarios para su desarrollo. Llegados a este punto es necesario enfrentarse al cómo hacerlo realidad, es decir, a la labor de planificar la forma de conseguir que la organización del SCS en el ASS integre el proceso UPP dentro de su entramado asistencial de una manera efectiva.

Derivado de todo lo anterior, es evidente que la implantación del proceso denominado UPP deberá conllevar cierto rediseño, en términos de operatividad fundamentalmente, de la mayoría de los dispositivos asistenciales que en la actualidad dan cobertura a las necesidades de los PPP del ASS; de manera que se pudieran eliminar algunas actuaciones que ya no aportasen valor añadido, al tiempo que se estableciesen otras que mejoraran la eficiencia y la calidad de los servicios prestados.

Por otro lado, teniendo en cuenta que existe una cultura de funcionamiento muy arraigada en muchos de tales dispositivos asistenciales que será difícil modificar, si se quiere que todas estas acciones perduren en el tiempo deberían llevarse a cabo:

- contando con la cohesión y el apoyo explícito de los equipos directivos correspondientes, empezando por los de la Gerencia 1 de Atención Primaria y los del HUMV y acabando por el propio SCS en su conjunto

- reorientando el concepto de trabajo individual hacia el de equipos multidisciplinares de alta resolución y el de Servicios clásicos hacia el de Unidades funcionales integradas por profesionales de diferentes estamentos, disciplinas y especialidades

- minimizando el impacto en la organización, fundamentalmente procurando que la implantación del proceso UPP no generen entre los profesionales implicados una sensación de sobrecarga que se pudiera constituir en un factor amplificador de la resistencia inherente a cualquier cambio

- evitando la inducción de falsas expectativas entre las personas que tendrán que involucrarse directamente en el cambio, fundamentalmente mediante el estímulo a la participación activa en el mismo

- procurando que sean los propios profesionales los agentes del cambio, para lo cual es fundamental inicialmente localizar y captar para la causa a los más entusiastas dentro de la organización

- personalizando el cambio, de manera que cada persona implicada (sea usuario o profesional) conozca las ventajas y dificultades que se producirán en su asistencia o en su trabajo derivadas de la nueva situación

- enfocando la gestión del proceso UPP hacia la particular satisfacción del PPP y hacia la calidad de los servicios prestados al mismo, más que hacia la complacencia de las necesidades de los profesionales de la organización

- garantizando la coherencia entre lo que se dice en el Proyecto y lo que se aplica en la realidad cotidiana

- estableciendo una estructura de comunicación y coordinación eficaz

- elaborando un cronograma de implantación

PROPUESTA DE DESPLIEGUE Y CRONOGRAMA DE LA IMPLANTACIÓN

En principio, el despliegue sería coordinado por el Promotor del Proyecto (PP) y constaría de las siguientes etapas **(en negrilla se indica la referencia en el cronograma del Anexo 6)**:

1. Presentación de la propuesta inicial del proceso UPP, en la misma semana, a los equipos directivos de la Gerencia 1 de Atención Primaria (Santander–Laredo) **(A)** y del HUMV **(B)** por parte del PP, para conseguir su aprobación inicial y su elevación al SCS para su autorización definitiva

2. Selección, durante dos semanas, de un Grupo de Alta Resolución (GAR), compuesto por 9 individuos: el PP más, a partes iguales, 4 personas propuestas desde los equipos directivos de los dos macroprocesos implicados (Atención Primaria del ASS y HUMV) **(A_1 y B_1)**, aportando cada uno de ellos un profesional cualificado de cada uno de los cuatro principales estamentos implicados en el proceso UPP (médicos, enfermeras, trabajadores sociales, fisioterapeutas)

3. Reuniones preliminares del GAR **(C)**, durante 4 semanas, para:
   a. discutir y matizar el borrador del Proyecto en todos sus aspectos, incluso reformulando sus objetivos si es preciso, para hacerlo definitivo

   b. identificar de antemano las posibles resistencias al cambio entre los profesionales implicados, priorizándolas en función de su impacto potencial sobre la implantación del proceso UPP (mapeo de resistencias)

   c. planificar las acciones necesarias para vencer tales obstáculos (información, formación, participación, contacto con líderes, etc), evitando en lo posible la confrontación cara a cara con aquellos profesionales “con más poder”

d. determinar el alcance inicial de la fase de pilotaje o primera fase de implantación del Proyecto, tanto a nivel de AP del ASS (qué EAPs y/o qué MAPs serán los primeros en empezar) como a nivel del HUMV (qué dispositivos asistenciales se implicarán inicialmente)

e. definir con detalle el programa de implantación en su fase de pilotaje y en su fase de ampliación, con su correspondiente cronograma

f. finalmente, establecer entre sus miembros, exceptuando al PP, dos responsables de la implantación (RI) del proceso UPP, uno para Atención Primaria del ASS y otro para el HUMV

4. Programa propuesto para la **FASE DE PILOTAJE** (primera fase de implantación):

   a. Probablemente lo más aconsejable sea empezar con 1-2 EAPs y con sólo algunos de los dispositivos hospitalarios (UHD, UARH y CAI de MI, por ejemplo)

   b. Selección e información, durante 4 semanas, por parte del RI correspondiente, de un equipo facilitador (EF) de la implantación en cada uno de los EAP **(C_1)** (formado por un MAP y una enfermera, ambos asistenciales, que estén dispuestos a intentar innovar la atención al PPP) y en cada uno de los dispositivos del HUMV implicados en esta fase primera de implantación del proceso UPP **(C_2)** (formado en este caso por un médico GHOSPPP y una enfermera, ambos asistenciales, que estén dispuestos a intentar innovar la atención al PPP), cuyas funciones serán:

      - transmitir de primera mano la información y los mensajes clave del Proyecto al resto de profesionales de su lugar de trabajo

- promocionar el liderazgo profesional del Proyecto

- perseguir la identificación de todos los profesionales con el Proyecto

- registrar las resistencias al cambio que vayan surgiendo

c. Reunión formativa del PP y los dos RI con el conjunto de EFs (los de AP del ASS más los del HUMV) **(D)**

d. Reuniones, durante 4 semanas, de los correspondientes RI y EF con todo el personal de cada uno de los diferentes EAP **(E_1)** y dispositivos del HUMV **(E_2)** afectados por la fase de pilotaje del Proyecto, con el doble objetivo de:

- vislumbrar las futuras dificultades para la implantación del proceso UPP expresadas por los asistentes

- conocer las necesidades del personal de formación previa sobre aspectos generales del PPP y sobre el funcionamiento de los diversos dispositivos hospitalarios que participan en el proceso UPP

e. Reunión de retroalimentación (feed-back) del GAR **(F)**, previo informe de los RI (obtenido a partir de las reuniones habidas con cada EF y resto de personal de cada EAP o dispositivo del HUMV implicado en el proceso UPP), para:

- valorar las oportunidades de mejora detectadas y su posible incorporación al proceso

- tantear las resistencias observadas y busca las herramientas para su adecuado manejo

- redefinir, a la vista de lo anterior, el programa de implantación en su fase de pilotaje

f. Inicio operativo real del proceso UPP en su fase de Pilotaje **(G)**

g. Reunión, a las 5-6 semanas de iniciada la implantación efectiva del proceso UPP, de los correspondientes RI y EF con todo el personal de cada uno de los diferentes EAP **(H_1)** y dispositivos del HUMV **(H_2)** afectados por la fase de Pilotaje del Proyecto para evaluar los primeros contratiempos detectados y determinar las acciones de mejora pertinentes

h. Reunión de retroalimentación (feed-back) del GAR **(I)**, a las 14-15 semanas de iniciada la implantación efectiva del proceso UPP, para:
   - evaluar los primeros resultados, previo informe elaborado por ambos RIs
   - redefinir con detalle el programa de implantación en su fase de ampliación

5. Programa propuesto para la **FASE DE AMPLIACIÓN** (segunda fase de implantación):
   a. Probablemente lo más aconsejable sea la incorporación gradual al proceso UPP de los diferentes EAPs y del resto de dispositivos asistenciales, repitiendo cuantas veces haga falta el ciclo comentado a continuación

   b. Selección e información, durante 4 semanas, de un EF de la implantación en el resto de EAPs del ASS **(J_1)** (formado por un MAP y una enfermera, ambos asistenciales, que estén dispuestos a intentar innovar la atención al PPP) y en el resto de dispositivos del HUMV

implicados en el proceso UPP **(J_2)** (formado en este caso por un médico GHOSPPP y una enfermera, ambos asistenciales, que estén dispuestos a intentar innovar la atención al PPP), cuyas funciones serán:

- transmitir de primera mano la información y los mensajes clave del Proyecto al resto de profesionales de su lugar de trabajo
- promocionar el liderazgo profesional del Proyecto
- perseguir la identificación de todos los profesionales con el Proyecto
- registrar las resistencias al cambio que vayan surgiendo

c. Reunión formativa del PP y del RI con todos los EFs de AP del ASS **(K_1)**

d. Reunión formativa del PP y del RI con todos los EFs del HUMV **(K_2)**

e. Reuniones, durante 4 semanas, de los correspondientes RI y EF con todo el personal del resto de EAPs **(L_1)** y de dispositivos del HUMV **(L_2)**, con el doble objetivo de:

- vislumbrar las futuras dificultades para la implantación del proceso UPP expresadas por los asistentes
- conocer las necesidades del personal de formación previa sobre aspectos generales del PPP y sobre el funcionamiento de los diversos dispositivos hospitalarios que participan en el proceso UPP

f. Reunión de retroalimentación (feed-back) del GAR **(M)**, previo informe de los RI (obtenido a partir de las reuniones habidas con cada EF y

resto de personal de cada EAP o dispositivo del HUMV implicado en el proceso UPP), para:

- valorar las oportunidades de mejora detectadas y su posible incorporación al proceso

- tantear las resistencias observadas y busca las herramientas para su adecuado manejo

- redefinir, a la vista de lo anterior, el programa de implantación en su fase de ampliación

g. Inicio operativo real del proceso UPP al completo en todo el ASS **(N)**

h. Reunión de retroalimentación (feed-back) del GAR, a las 14-15 semanas de iniciada la implantación efectiva del proceso UPP al completo **(Ñ)**, para:

- evaluar los primeros resultados, previo informe elaborado por ambos RIs con los datos aportados por los EF

- valorar el rediseño del proceso UPP en función de tales resultados

6. Finalmente, será imprescindible para asegurar la continuidad del proceso UPP, el diseño de un Plan de Mejora Continua:

   a. que cuente con la participación proactiva del PP, los RI, los EF, los profesionales de todos los macroprocesos implicados en el mismo y los pacientes, cuidadores y familiares

   b. que se actualice mediante la celebración de reuniones periódicas, cada 3 meses durante el primer año y al menos cada semestre en los años posteriores

c. que se base en el análisis de toda aquella información, generada durante la asistencia del PPP, que nos permita conocer si hemos cumplido o no la misión del proceso UPP

ANEXO 1

Anexo1. Expectativas del PPP[20]

Profesionalidad y competencia
• Formación y capacitación correcta de los profesionales en la atención al paciente pluripatológico • Competencia técnica que en ningún caso anule la opinión del paciente respecto a su proceso • Empleo de los medios diagnósticos y terapéuticos precisos • Empleo del tiempo necesario para la atención • Trato con consideración, respeto y amabilidad • Utilización del tuteo y la familiaridad tan sólo cuando lo autorice el paciente • Respeto a la intimidad del paciente tanto en el Hospital como en su domicilio • Garantía de la honestidad y la veracidad de la información con independencia del pronóstico del paciente • Respeto al derecho de “no querer saber”, manteniendo no obstante el apoyo y la información • Identificación clara del Médico y Enfermera responsables de la atención al paciente en el Centro de Salud y en el Hospital • Confianza en que el profesional sanitario le facilitará el acceso al Sistema Sanitario • No transmisión al paciente de las diferencias de criterios entre profesionales ni de información confusa • Anticipación al paciente sobre la evolución más probable de su enfermedad • Discreción absoluta en la información sobre el diagnóstico y el pronóstico del paciente tanto en la información oral como en los informes clínicos • Confidencialidad por parte de todos los profesionales de los Centros de Salud y Hospitales • Respeto a la confidencialidad en comunicaciones verbales, historias clínicas (soporte papel y aplicaciones informáticas), pruebas complementarias o informes clínicos
Capacidad de respuesta. Agilidad. Accesibilidad
• Cumplimentación y puntualidad en las citas programadas • Simplificación del acceso para la valoración urgente por los médicos habituales de los pacientes (Médicos de Familia e Internistas) • Utilización de las prestaciones sociales que el paciente precise en su domicilio en función de los recursos sociales disponibles y de la limitación funcional del paciente pluripatológico • Ausencia de bloqueo en la relación entre profesionales y niveles asistenciales. • Disposición de informes clínicos actualizados en cada momento que incluyan, al menos, profesionales de referencia (centro de trabajo y teléfono de contacto) problemas de salud, tratamientos farmacológicos y cuidados específicos • Solución rápida de situaciones imprevisibles o complicaciones desde cualquier ámbito asistencial con posibilidad de resolución telefónica
Fiabilidad
• Traslado de información comprensible, adecuada, suficiente y coherente entre los distintos profesionales y niveles asistenciales • Respuesta a las expectativas asistenciales que nacen de los servicios sanitarios • Explorar y conducir las expectativas de los pacientes • Ajuste del horario a las posibilidades reales de asistencia en atención programada y urgente • Facilitar información suficiente al paciente que le permita tomar decisiones, si lo desea, sobre la actuación clínica futura • Dar tiempo para asimilar la información al paciente y a su familia • Aceptar decisiones de los pacientes que no coinciden con nuestra escala de valores por diferencias culturales y de creencias

Tangibilidad
• Adecuado estado de los edificios, mobiliario, decoración, servicios, iluminación, limpieza, etc. • Confort de las salas de espera, habitaciones y consultas • Existencia de tablones o paneles informativos claros en Centros de Salud y Hospitales • Disposición de habitaciones individuales con baño • Atenuar las consecuencias de las habitaciones compartidas • Elementos identificativos del personal sanitario • Vestuario correcto • Lenguaje hablado y gestual correcto y educado por parte de “todos” los profesionales • Facilitar el contacto con los profesionales sanitarios por parte del área de recepción • Utilización de instrumental y medios diagnósticos en correcto estado de conservación y funcionamiento • Comida adecuada en los ingresos hospitalarios • Correcto funcionamiento de la comunicación telefónica • Inteligibilidad de folletos informativos, informes clínicos, recetas, etc. • Informes de valoración del paciente pluripatológico actualizados y completos
Comunicación
• Conocimiento del nombre, características personales y necesidades de los pacientes • Demostración de interés personal por el paciente • Disponer de tiempo suficiente para la escucha • Adecuación del lenguaje al nivel cultural y conocimientos del paciente • Facilitar y permitir la expresión de miedos y temores, fundamentalmente en las descompensaciones y fases finales de sus enfermedades
Longitudinalidad y Continuidad
• Transmitir la idea de que el cuidado del paciente permanecerá con independencia de la evolución y el pronóstico vital • Médico y Enfermera de referencia tanto en el Hospital como en el Centro de Salud de forma estable • Comunicación fluida entre los profesionales de referencia del Hospital y Centro de Salud. • Médico y Enfermera de referencia único para atención domiciliaria y asistencia en Centro de Salud • Minimizar las interferencias producidas por profesionales en periodo de formación(estudiantes de Enfermería y Medicina, MIR) • Prever y solventar las situaciones de ausencia por enfermedad, vacaciones, permisos o cambios de plantilla, manteniendo profesionales responsables de referencia • Facilitar la libre elección de médico

ANEXO 2

Anexo 2. Expectativas de la persona cuidadora y la familia[20]

Profesionalidad y Competencia
• Profesionales de la máxima cualificación y garantía de equidad en la atención sanitaria • Medios técnicos suficientes en función de las necesidades reales del paciente • Trato deferente al cuidador principal o al familiar responsable del paciente • Respeto a la intimidad familiar • Advertencia de los riesgos en los tratamientos y las evoluciones adversas • Utilizar siempre información veraz • Facilitar que el paciente esté siempre acompañado del cuidador principal o de su familia • Unificación de criterios entre los niveles asistenciales • Información anticipada sobre el pronóstico vital del paciente • Comunicación directa con un familiar de referencia (cuidador principal) y garantía de confidencialidad institucional
Capacidad de respuesta. Agilidad. Accesibilidad
• Capacidad de respuesta institucional, de la organización asistencial • Tramitación cómoda (teléfono) de las solicitudes de atención en Atención Primaria y Atención Especializada • Sencillez para la comunicación telefónica con el Médico de Familia • Facilitar el contacto con los Trabajadores Sociales y equipos de apoyo domiciliario • Tramitación ágil de la renovación de recetas, incluidos visados y prestaciones no farmacéuticas • Posibilidad de contactar con los profesionales sanitarios en horario de tarde • Capacidad de respuesta individual en situaciones no programables: Facilitar el circuito de sugerencias y reclamaciones, tanto formal como informal
Fiabilidad
• Evitar las informaciones contradictorias entre los distintos profesionales e instituciones sanitarias • Evitar abrir expectativas que uno u otro nivel asistencial no pueda cumplir • No imputar al otro nivel asistencial la falta de respuesta o asistencia satisfactoria • Asumir la puntualidad como derecho del paciente y su familia • Facilitar información suficiente a la familia, que ayude a implicar a la misma en las decisiones clínicas • Proporcionar la posibilidad de segundas opiniones médicas • Evitar las actitudes paternales o la imposición de tratamientos
Tangibilidad
Similares a los descritos para el paciente
Comunicación
• Comunicación fluida con el cuidador y su familia • Conocimiento de las circunstancias familiares del paciente y saber ponerse en su lugar • Otorgar una importancia central al cuidador principal y su familia
Longitudinalidad y Continuidad
• Creación de vínculos estables de confianza con la familia del paciente • Médico y Enfermera de referencia para la familia, tanto en el Hospital como en el Centro de Salud de forma estable • Información diaria sobre la evolución del paciente en el caso de ingreso hospitalario • Garantía de continuidad de atención cuando el paciente pluripatológico se traslade de domicilio, temporal o definitivamente

ANEXO 3

Anexo 3. Expectativas del personal sanitario[4]

Profesionalidad y Competencia
• Formación para obtener la máxima cualificación en el manejo del paciente pluripatológico • Medios técnicos suficientes para el control de los pacientes • Número de pacientes razonable que permita garantizar el adecuado ejercicio profesional • Tratamiento respetuoso entre los profesionales de los niveles asistenciales. • Tratamiento respetuoso, sin presiones injustificadas, por parte de los pacientes y sus familias • Coherencia en la información transmitida a los familiares • Unificación de criterios asistenciales (derivación, atención, información, tratamientos) entre los niveles asistenciales • Utilización de documentación clínica compatible, compartida y disposición del paciente pluripatológico • Garantía de confidencialidad en las actuaciones profesionales • Comunicación directa con un familiar de referencia (cuidador principal) y garantía de confidencialidad institucional
Capacidad de respuesta. Agilidad. Accesibilidad
• Capacidad de respuesta institucional, de la organización asistencial • Transmisión de información entre niveles ágil y rápida • Apoyo mutuo entre niveles asistenciales en caso de sobrecarga o situaciones de claudicación familiar
Fiabilidad
• Afinidad en las propuestas de actuaciones con el paciente pluripatológico • Prevenir reproches mutuos entre los niveles asistenciales • Permitir decisiones compartidas entre los profesionales sanitarios
Tangibilidad
• Existencia de dotación técnica que permita la comunicación entre niveles (teléfono, fax, Internet) • Confianza por parte del paciente y su familia en el profesional sanitario
Longitudinalidad y Continuidad
• Facilitar la estabilización en las relaciones con pacientes y familia, evitando cambios sucesivos de profesionales y centros sanitarios

ANEXO 4

Anexo 4. Estructuración de las etapas/subetapas del proceso UPP

ETAPA	IDENTIFICACIÓN DEL PPP
SUBETAPA	-
RESPONSABLE ¿quién?	• Médico de Atención Primaria (MAP)
REQUISITOS ¿cómo?	• Aplicación de los criterios definitorios de PPP de la Consejería de Salud de Andalucía
TIEMPO ¿cuándo?	• Durante la primera atención clínica
LUGAR ¿dónde?	• Centro de Salud • Domicilio
REGISTROS	• En el Sistema de Información de Atención Primaria (código identificador) • En la Historia Clínica de Atención Primaria (HCAP) • En el Informe de Valoración Integral (IVI)
RECURSOS	• Documentos normalizados Específicos (DNE) • Base de datos específica (BDE)

ETAPA	VALORACIÓN INTEGRAL DEL PPP
SUBETAPA	VALORACIÓN CLÍNICA (obligatoria)
RESPONSABLE ¿quién?	• MAP • Enfermera del EAP
REQUISITOS ¿cómo?	• Realización de anamnesis, exploración y pruebas complementarias para determinar al menos: - Hábitos tóxicos - Factores de riesgo cardiovascular (enumeración y grado de severidad) - Enfermedades crónicas de la definición de PPP (duración, repercusión funcional según escalas estandarizadas): ▪ Clasificación de la NYHA de insuficiencia cardiaca ▪ Sistema de clasificación de la angina de esfuerzo de la Sociedad Cardiovascular Canadiense ▪ Clasificación del British MRC de la disnea en la EPOC ▪ Clasificación Child-Pugh de la cirrosis hepática ▪ Estadios de la Insuficiencia Renal Crónica ▪ Clasificación de salud de pacientes con cáncer de la ECOG (o Índice de Karnofsky) ▪ Clasificación de La Fontaine de la severidad clínica de la enfermedad arterial periférica - Otras enfermedades crónicas presentes (enumeración y grado de severidad) - Problemas auditivos (test del susurro) - Problemas de visión (tablas de Snellen) - Grado de comorbilidad: ▪ Número de categorías de la definición de PPP ▪ Índice de Charlson - Fármacos (alergias, otras reacciones medicamentosas, medicación activa, polifarmacia, adherencia al tratamiento, conciliación del tratamiento) • Valoración enfermera según patrones funcionales de Salud de M.

	Gordon o necesidades básicas de V. Henderson, centrándose prioritariamente en: - Capacidad para el autocuidado - Necesidades de cuidados no cubiertas - Problemas de colaboración - Diagnósticos de enfermería activos
TIEMPO ¿cuándo?	• Durante la primera atención clínica o, como muy tarde, antes de transcurrido un mes desde la identificación • Durante otras atenciones clínicas posteriores (tras el alta hospitalaria, por ejemplo)
LUGAR ¿dónde?	• Centro de Salud • Domicilio
REGISTROS	• En la HCAP • En el IVI
RECURSOS	• DNE • BDE

ETAPA	**VALORACIÓN INTEGRAL DEL PPP**
SUBETAPA	VALORACIÓN FUNCIONAL (obligatoria)
RESPONSABLE ¿quién?	• MAP • Enfermera del EAP • Fisioterapeuta del EAP (opcional)
REQUISITOS ¿cómo?	• Aplicación de la escala de actividades básicas de la vida diaria (índice de Barthel) • Empleo de la escala de actividades instrumentales de la vida diaria (Índice de Lawton y Brody) • Utilización del test de “levántate y anda” • Situación y grado de movilidad funcional, grado de dolor, situación funcional respiratoria, grado de competencia vesical • Valoración de la vivienda y de ayudas técnicas de adaptación y movilidad
TIEMPO ¿cuándo?	• Durante la primera atención clínica o, como muy tarde, antes de transcurrido un mes desde la identificación • Durante otras atenciones clínicas posteriores (tras el alta hospitalaria, por ejemplo)
LUGAR ¿dónde?	• Centro de Salud • Domicilio
REGISTROS	• En la HCAP • En el IVI
RECURSOS	• DNE • BDE

ETAPA	**VALORACIÓN INTEGRAL DEL PPP**
SUBETAPA	VALORACIÓN PSICOAFECTIVA (obligatoria)
RESPONSABLE ¿quién?	• MAP • Enfermera del EAP
REQUISITOS ¿cómo?	• Aplicación del cuestionario de estado mental de Pfeiffer (y si se sospecha deterioro cognoscitivo emplear también el miniexamen cognoscitivo de Lobo) o impresión clínica del MAP • Utilización de la escala de depresión geriátrica de Yesavage o impresión clínica del MAP

TIEMPO ¿cuándo?	• Durante la primera atención clínica o, como muy tarde, antes de transcurrido un mes desde la identificación • Durante otras atenciones clínicas posteriores (tras el alta hospitalaria, por ejemplo)
LUGAR ¿dónde?	• Centro de Salud • Domicilio
REGISTROS	• En la HCAP • En el IVI
RECURSOS	• DNE • BDE

ETAPA	**VALORACIÓN INTEGRAL DEL PPP**
SUBETAPA	VALORACIÓN SOCIAL Y DEL CUIDADOR (obligatoria)
RESPONSABLE ¿quién?	• Trabajador social del EAP • Enfermera del EAP
REQUISITOS ¿cómo?	• Detección precoz de factores de riesgo social (deficiente soporte familiar, familia con capacidad limitada de apoyo, claudicación familiar, escasa integración familiar, aislamiento social, precariedad en las condiciones de vida) mediante: - Valoración familiar (composición, estructura, ciclo vital, relaciones, historia, dinámica, genograma) - Valoración de la red de apoyo familiar (persona cuidadora principal, personas cuidadoras secundarias, apoyo informal) - Valoración de la red de apoyo social (recursos sociosanitarios, apoyo formal, relación con el entorno) - Valoración de la situación económica - Valoración de la incidencia personal (actitud, sentimiento, autoestima, imagen corporal) - Valoración de la incidencia laboral, escolar o del ocio - Valoración de la vivienda (tipo, equipamientos básicos, salubridad, barreras arquitectónicas, adaptación del hogar, características del barrio/zona) • Evaluación de la situación sociofamiliar mediante la Escala de Gijón • Determinación de la necesidad de cuidador (índice de Barthel <60 o cuestionario de Pfeiffer con más de 5 errores) • Identificación del cuidador principal • Identificación de la persona o familiar que toma las decisiones cuando el PPP es incapaz de ello • Valoración de la sobrecarga del cuidador (Índice de esfuerzo del cuidador)
TIEMPO ¿cuándo?	• Durante la primera atención clínica o, como muy tarde, antes de transcurrido un mes desde la identificación • Durante otras atenciones clínicas posteriores (tras el alta hospitalaria, por ejemplo)
LUGAR ¿dónde?	• Centro de Salud • Domicilio
REGISTROS	• En la HCAP • En el IVI
RECURSOS	• DNE • BDE

ETAPA	VALORACIÓN INTEGRAL DEL PPP
SUBETAPA	VALORACIÓN NUTRICIONAL (opcional)
RESPONSABLE ¿quién?	• MAP • Enfermera del EAP
REQUISITOS ¿cómo?	• Aplicación del cuestionario Mini-Nutritional Assessment
TIEMPO ¿cuándo?	• Durante la primera atención clínica o, como muy tarde, antes de transcurrido un mes desde la identificación • Durante otras atenciones clínicas posteriores (tras el alta hospitalaria, por ejemplo)
LUGAR ¿dónde?	• Centro de Salud • Domicilio
REGISTROS	• En la HCAP • En el IVI
RECURSOS	• DNE • BDE

ETAPA	VALORACIÓN INTEGRAL DEL PPP
SUBETAPA	VALORACIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA (opcional)
RESPONSABLE ¿quién?	• MAP • Enfermera del EAP
REQUISITOS ¿cómo?	• Empleo del cuestionario EuroQol (EQ-5D)
TIEMPO ¿cuándo?	• Durante la primera atención clínica o, como muy tarde, antes de transcurrido un mes desde la identificación • Durante otras atenciones clínicas posteriores (tras el alta hospitalaria, por ejemplo)
LUGAR ¿dónde?	• Centro de Salud • Domicilio
REGISTROS	• En la HCAP • En el IVI
RECURSOS	• DNE • BDE

ETAPA	VALORACIÓN INTEGRAL DEL PPP
SUBETAPA	ASIGNACIÓN DEL GESTOR HOSPITALARIO DEL PPP (GHOSPPP)
RESPONSABLE ¿quién?	• MAP
REQUISITOS ¿cómo?	• Definición de GHOSPPP: todo facultativo adscrito a las Unidades de Hospitalización Alternativa (UHD, UARH) o al Servicio de Medicina Interna que, de forma voluntaria, solicite participar en el proceso UPP • Aplicación del Protocolo de Asignación de GHOSPPP, elaborado mediante acuerdos previos entre AP y AE para la adjudicación de los PPP (fundamentalmente en función del Centro de Salud/MAP)
TIEMPO ¿cuándo?	• Una vez finalizada la primera valoración integral obligatoria
LUGAR ¿dónde?	• Centro de Salud • Domicilio

REGISTROS	• En la HCAP • En el IVI
RECURSOS	• DNE • BDE

ETAPA	**VALORACIÓN INTEGRAL DEL PPP**
SUBETAPA	ELABORACIÓN INICIAL DEL INFORME DE VALORACIÓN INTEGRAL (IVI) DEL PPP
RESPONSABLE ¿quién?	• MAP
REQUISITOS ¿cómo?	• El IVI incluirá al menos los apartados de: - Fecha de la ultima actualización - MAP responsable de la última actualización (nombre, apellidos, teléfono de contacto) - GHOSPPP asignado (nombre, apellidos, teléfono de contacto) - Filiación del paciente (nombre, apellidos, dirección, teléfono, edad, sexo) - Hábitos tóxicos - Factores de riesgo cardiovascular - Enfermedades crónicas de la definición de PPP (duración, repercusión funcional según escalas estandarizadas) - Otras enfermedades crónicas presentes (enumeración y grado de severidad) - Problemas auditivos - Problemas de visión ▪ Grado de comorbilidad(número de categorías de la definición de PPP, Índice de Charlson) - Fármacos (alergias, otras reacciones medicamentosas, medicación activa, polifarmacia, responsable de la preparación y administración, adherencia al tratamiento, conciliación en los momentos de derivación entre dispositivos asistenciales) - Valoración enfermera (capacidad para el autocuidado, necesidades de cuidados no cubiertas, problemas de colaboración, diagnósticos de enfermería activos) - Resultados de la valoración funcional - Resultados de la valoración psicoafectiva - Resultados de la valoración social y del cuidador - Resultados de la valoración nutricional (opcional) - Resultados de la valoración de la calidad de vida (opcional)
TIEMPO ¿cuándo?	• Una vez finalizada la primera valoración integral obligatoria
LUGAR ¿dónde?	• Centro de Salud
REGISTROS	• En la HCAP • En el IVI
RECURSOS	• DNE • BDE

ETAPA	VALORACIÓN INTEGRAL DEL PPP
SUBETAPA	PROPUESTA INICIAL DEL PLAN TERAPÉUTICO INTEGRAL (PTI) DEL PPP
RESPONSABLE ¿quién?	• MAP • Enfermera del EAP • Fisioterapeuta del EAP • Trabajador social del EAP
REQUISITOS ¿cómo?	• Guías de Práctica Clínica y protocolos de actuación específicos para cada morbilidad crónica, matizados para cada PPP en función de su IVI • Consensos sobre prevención de la dependencia • Irá unido al IVI e incluirá si es posible: - Fecha de la ultima actualización - MAP responsable de la última actualización (nombre, apellidos, teléfono de contacto) - GHOSPPP asignado (nombre, apellidos, teléfono de contacto) - Filiación del paciente (nombre, apellidos, dirección, teléfono, edad, sexo) - Medicación activa detallada (forma farmacéutica, dosis unitaria, periodicidad) - Medicación no recomendada - Intervenciones para garantizar el cumplimiento terapéutico y minimizar las reacciones adversas medicamentosas - Plan de cuidados propuesto por enfermería en los diferentes dominios (promoción de la salud, nutrición, eliminación, actividad/reposo, percepción/cognición, autopercepción, rol/relaciones, sexualidad, afrontamiento/tolerancia al estrés, principios vitales, seguridad/protección, confort, crecimiento/desarrollo) - Programa de actuación propuesto por el fisioterapeuta - Intervenciones propuestas por el trabajador social
TIEMPO ¿cuándo?	• Una vez finalizada la primera valoración integral obligatoria
LUGAR ¿dónde?	• Centro de Salud
REGISTROS	• En la HCAP • En el documento de PTI/MLT
RECURSOS	• DNE • BDE

ETAPA	VALORACIÓN INTEGRAL DEL PPP
SUBETAPA	PROPUESTA INICIAL DEL MEJOR LUGAR TERAPÉUTICO (MLT) DEL PPP
RESPONSABLE ¿quién?	• MAP
REQUISITOS ¿cómo?	• Definición del MLT: aquel en el que, sin menoscabo de la eficacia y de la seguridad, la enfermedad del PPP puede ser tratada lo más rápidamente posible, con la mayor confortabilidad viable y a unos costes asumibles por la sociedad • Criterios de atención del PPP en cada uno de los recursos disponibles a nivel de Atención Primaria del ASS y a nivel del HUMV
TIEMPO ¿cuándo?	• Una vez finalizada la primera valoración integral obligatoria
LUGAR ¿dónde?	• Centro de Salud

REGISTROS	• En la HCAP • En el documento de PTI/MLT
RECURSOS	• DNE • BDE

ETAPA	**ACTIVACIÓN DEL PLAN DE ATENCIÓN CONTINUADA (PAC) DEL PPP**
SUBETAPA	DIFUSIÓN DEL IVI INICIAL, LA PROPUESTA INICIAL DE PTI Y LA PROPUESTA INICIAL DE MLT DEL PPP
RESPONSABLE ¿quién?	• MAP
REQUISITOS ¿cómo?	• Entrega de una copia del IVI inicial al paciente/cuidador • Remisión al GHOSPPP del IVI inicial y de las propuestas iniciales de PTI y MLT
TIEMPO ¿cuándo?	• Una vez finalizada la primera valoración integral obligatoria
LUGAR ¿dónde?	• Centro de Salud
REGISTROS	• En la HCAP
RECURSOS	• DNE • BDE

ETAPA	**ACTIVACIÓN DEL PLAN DE ATENCIÓN CONTINUADA (PAC) DEL PPP**
SUBETAPA	DISCUSIÓN DEL CASO Y ESTABLECIMIENTO DEFINITIVO DEL PTI Y DEL MLT DEL PPP
RESPONSABLE ¿quién?	• MAP • GHOSPPP
REQUISITOS ¿cómo?	• Guías de Práctica Clínica y protocolos de actuación específicos para cada morbilidad crónica, matizados para cada PPP en función de su IVI • Criterios de atención del PPP en cada uno de los recursos disponibles a nivel de Atención Primaria del ASS y a nivel del HUMV • Protocolo de colaboración entre MAP y GHOSPPP (mediante sesiones clínicas conjuntas, presenciales en el Centro de Salud, telefónicas o vía internet) para la valoración conjunta de cada caso
TIEMPO ¿cuándo?	• Una vez finalizada la primera valoración integral obligatoria
LUGAR ¿dónde?	• Centro de Salud • HUMV
REGISTROS	• En la HCAP • En el documento de PTI/MLT • En el sistema de información del hospital (código identificador)
RECURSOS	• DNE • BDE • Teléfono • Correo electrónico o similar • Medios de transporte

ETAPA	MOVILIZACIÓN DE RECURSOS DISPONIBLES A NIVEL DE AP PARA CUMPLIR EL PTI DEL PPP
SUBETAPA	-
RESPONSABLE ¿quién?	• MAP
REQUISITOS ¿cómo?	• Criterios de atención ambulatoria en el propio Centro de Salud: médica, enfermera, fisioterápica y social • Criterios de atención ambulatoria en el Centro de Salud Mental • Criterios de atención domiciliaria por AP: médica, enfermera, fisioterápica y social • Protocolo de colaboración entre MAP y GHOSPPP (mediante sesiones clínicas conjuntas, presenciales en el Centro de Salud, telefónicas o vía internet) para apoyo puntual durante el seguimiento del PPP
TIEMPO ¿cuándo?	• Tras el establecimiento definitivo del PTI
LUGAR ¿dónde?	• Centro de Salud
REGISTROS	• En la HCAP
RECURSOS	• DNE • BDE • Teléfono • Correo electrónico o similar • Medios de transporte

ETAPA	MOVILIZACIÓN DE RECURSOS DISPONIBLES A NIVEL DEL HUMV PARA CUMPLIR EL PTI DEL PPP
SUBETAPA	
RESPONSABLE ¿quién?	• GHOSPPP
REQUISITOS ¿cómo?	• Criterios de atención ambulatoria en CAI de Medicina Interna • Criterios de atención ambulatoria en CCEE de otras especialidades • Criterios de atención ambulatoria en HDM • Criterios de atención ambulatoria en HDQ • Criterios de atención domiciliaria por la UHD • Criterios de atención domiciliaria por la UDAP • Criterios de atención en UARHM • Criterios de atención en UARHQ • Criterios de atención en HS • Criterios de atención en HC de Medicina Interna • Criterios de atención en HC de otras especialidades • Criterios de atención en HMLE • Protocolo de detección del PPP con PAC activado atendido, de forma no prevista, en cualquier dispositivo asistencial de rango hospitalario (incluido el Servicio de Urgencias) • Protocolo de seguimiento proactivo del PPP con PAC activado atendido, de forma no prevista, en cualquier dispositivo asistencial de rango hospitalario • Protocolo de colaboración con el MAP (mediante sesiones clínicas

	conjuntas, presenciales en el HUMV, telefónicas o vía internet) para: - seguimiento de la situación clínica del PPP durante la atención hospitalaria - participación en decisiones clave de diagnóstico o tratamiento en el hospital - planificación del alta al domicilio
TIEMPO ¿cuándo?	• Tras el establecimiento definitivo del PTI
LUGAR ¿dónde?	• HUMV
REGISTROS	• En la HCAP • En la historia clínica del HUMV
RECURSOS	• DNE • BDE • Teléfono • Correo electrónico o similar • Medios de transporte

ETAPA	**REVISIÓN DEL PAC DEL PPP**
SUBETAPA	-
RESPONSABLE ¿quién?	• MAP • GHOSPPP
REQUISITOS ¿cómo?	• Actualización del IVI (por el MAP o por el GHOSPPP) • Protocolo de colaboración entre MAP y GHOSPPP (mediante sesiones clínicas conjuntas, presenciales, telefónicas o vía internet) para: - revisión del PTI - revisión del MLT
TIEMPO ¿cuándo?	• En cualquier momento que lo considere necesario el MAP o el GHOSPPP a tenor de variaciones importantes en el IVI
LUGAR ¿dónde?	• Centro de Salud • HUMV
REGISTROS	• En la HCAP • En la historia clínica del HUMV • En el IVI • En el documento de PTI/MLT
RECURSOS	• DNE • BDE • Teléfono • Correo electrónico o similar • Medios de transporte

ANEXO 5

Anexo 5. Indicadores de calidad del proceso UPP

A. INDICADORES DE MONITORIZACIÓN DEL PROCESO UPP

1. PREVALENCIA DEL PPP EN ASISTENCIA PRIMARIA (AP)		
Definición	Porcentaje de PPP entre los pacientes atendidos en un cupo de AP	
Fórmula	Numerador	Número de pacientes de un cupo de AP, que han sido identificados como PPP x 100
	Denominador	Número de pacientes de un cupo de AP
Estándar	Más del 0,75%	
Periodicidad	Semestral	

2. VALORACIONES INTEGRALES A LOS PPP		
Definición	Porcentaje de PPP a los que se les ha realizado la valoración integral	
Fórmula	Numerador	Número de pacientes de un cupo de AP que han sido identificados como PPP, a los que se les ha realizado una valoración clínica, funcional, psicoafectiva y social antes de un mes tras su identificación x 100
	Denominador	Número de pacientes de un cupo de AP que han sido identificados como PPP
Estándar	Más del 50%	
Periodicidad	Semestral	

3. ASIGNACIÓN DE GHOSPPP A LOS PPP		
Definición	Porcentaje de PPP a los que se les ha asignado GHOSPPP	
Fórmula	Numerador	Número de pacientes de un cupo de AP que han sido identificados como PPP, a los que se les ha asignado GHOSPPP x 100
	Denominador	Número de pacientes de un cupo de AP que han sido identificados como PPP
Estándar	Más del 50%	
Periodicidad	Semestral	

4. ACTIVACIÓN DEL PAC A LOS PPP		
Definición	Porcentaje de PPP con el PAC activado	
Fórmula	Numerador	Número de pacientes de un cupo de AP que han sido identificados como PPP, en los que se ha establecido definitivamente el PT y el MLT x 100
	Denominador	Número de pacientes de un cupo de AP que han sido identificados como PPP
Estándar	Más del 50%	
Periodicidad	Semestral	

5. SESIONES CLÍNICAS PROGRAMADAS EN EL CENTRO DE SALUD		
Definición	Porcentaje de sesiones conjuntas MAP-GHOSPPP	
Fórmula	Numerador	Número de sesiones conjuntas MAP-GHOSPPP programadas en el Centro de Salud, que se han llevado realmente a efecto x 100
	Denominador	Número de sesiones programadas conjuntas MAP-GHOSPPP en el Centro de Salud
Estándar	Más del 75%	
Periodicidad	Semestral	

6. MOVILIZACIÓN DE RECURSOS DE AP PARA LOS PPP		
Definición	Porcentaje de PPP que han precisado la movilización de algún recurso de AP	
Fórmula	Numerador	Número de pacientes de un cupo de AP que han sido identificados como PPP, en los que ha sido necesario movilizar algún recurso de AP x 100
	Denominador	Número de pacientes de un cupo de AP que han sido identificados como PPP
Estándar	Más del 90%	
Periodicidad	Semestral	

7. MOVILIZACIÓN DE RECURSOS HOSPITALARIOS PARA LOS PPP		
Definición	Porcentaje de PPP que han precisado la movilización de algún recurso hospitalario	
Fórmula	Numerador	Número de pacientes de un cupo de AP que han sido identificados como PPP, en los que ha sido necesario movilizar algún recurso hospitalario x 100
	Denominador	Número de pacientes de un cupo de AP que han sido identificados como PPP
Estándar	Menos del 50%	
Periodicidad	Semestral	

8. PLANIFICACIÓN DEL ALTA HOSPITALARIA A AP DEL PPP		
Definición	Porcentaje de PPP a quienes se les ha planificado el alta a AP	
Fórmula	Numerador	Número de pacientes de un cupo de AP que han sido identificados como PPP, a quienes se les ha planificado el alta desde un dispositivo hospitalario a AP mediante un acuerdo GHOSPPP-MAP x 100
	Denominador	Número de pacientes de un cupo de AP que han sido identificados como PPP
Estándar	Más del 50%	
Periodicidad	Semestral	

9. SALIDA DEL PROCESO UPP DEL PPP		
Definición	Porcentaje de PPP que salen del proceso UPP	
Fórmula	Numerador	Número de pacientes de un cupo de AP que han sido identificados como PPP, que fallecen o pasan a depender de otro área sanitaria x 100
	Denominador	Número de pacientes de un cupo de AP que han sido identificados como PPP
Estándar	Menos del 40%	
Periodicidad	Anual	

B. <u>INDICADORES DE RESULTADOS DEL PROCESO UPP</u>

10. FRECUENTACIÓN DE URGENCIAS EXTRAHOSPITALARIAS DEL PPP		
Definición	Porcentaje de PPP que han demandado asistencia urgente extrahospitalaria	
Fórmula	Numerador	Número de pacientes de un cupo de AP que han sido identificados como PPP, que han solicitado atención por parte del SUAP o del 061 x 100
	Denominador	Número de pacientes de un cupo de AP que han sido identificados como PPP
Estándar	Menos del 50%	
Periodicidad	Semestral	

11. FRECUENTACIÓN DE URGENCIAS HOSPITALARIAS DEL PPP		
Definición	Porcentaje de PPP que han demandado asistencia urgente hospitalaria	
Fórmula	Numerador	Número de pacientes de un cupo de AP que han sido identificados como PPP, que han solicitado directamente atención en el SUH x 100
	Denominador	Número de pacientes de un cupo de AP que han sido identificados como PPP
Estándar	Menos del 50%	
Periodicidad	Semestral	

12. UTILIZACIÓN PROGRAMADA DE LA HC DEL PPP		
Definición	Porcentaje de PPP que han ingresado en HC de forma programada	
Fórmula	Numerador	Número de pacientes de un cupo de AP que han sido identificados como PPP, que han ingresado en una planta de HC de forma programada X 100
	Denominador	Número de pacientes de un cupo de AP que han sido identificados como PPP
Estándar	Menos del 30%	
Periodicidad	Semestral	

13. UTILIZACIÓN NO PROGRAMADA DE LA HC DEL PPP		
Definición	Porcentaje de PPP que han ingresado en HC de forma no programada	
Fórmula	Numerador	Número de pacientes de un cupo de AP que han sido identificados como PPP, que han ingresado en una planta de HC de forma no programada X 100
	Denominador	Número de pacientes de un cupo de AP que han sido identificados como PPP
Estándar	Menos del 10%	
Periodicidad	Semestral	

14. ATENCIÓN EN VARIOS DISPOSITIVOS HOSPITALARIOS DEL PPP		
Definición	Porcentaje de PPP que utilizan más de un dispositivo hospitalario	
Fórmula	Numerador	Número de pacientes de un cupo de AP que han sido identificados como PPP y que han utilizado algún dispositivo hospitalario, que han sido atendidos en dos o más de ellos X 100
	Denominador	Número de pacientes de un cupo de AP que han sido identificados como PPP y que han utilizado algún dispositivo hospitalario
Estándar	Más del 50%	
Periodicidad	Anual	

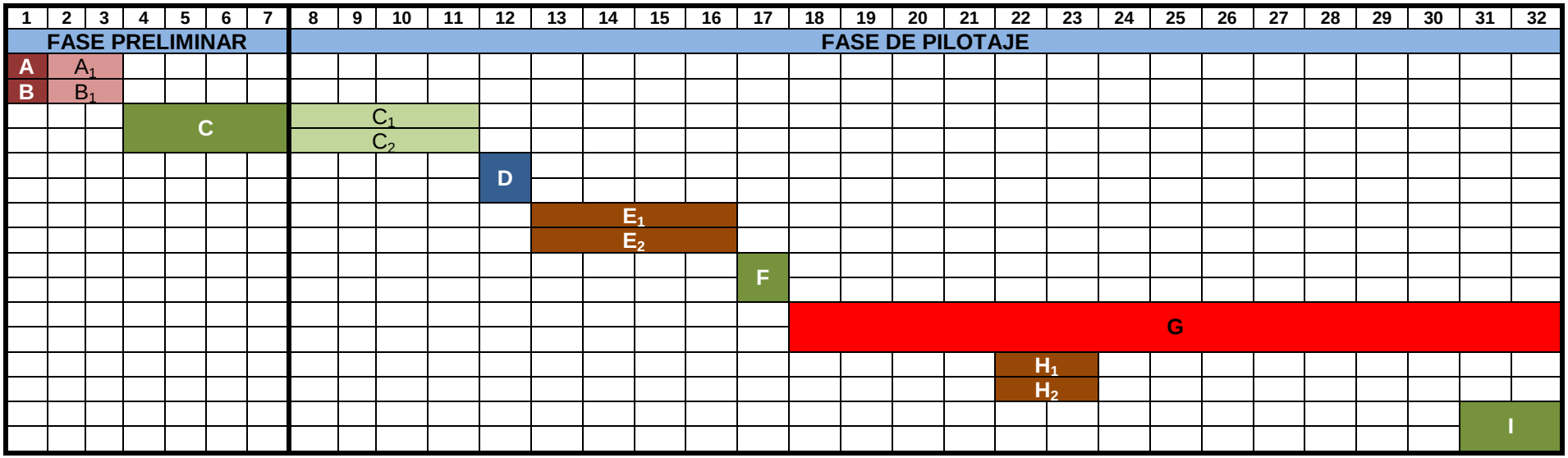
15. ATENCIÓN EXCLUSIVA DEL PPP EN ATENCIÓN PRIMARIA		
Definición	Porcentaje de días en que los PPP son atendidos exclusivamente en AP	
Fórmula	Numerador	Sumatorio de los días del periodo medido que cada paciente de un cupo de AP ha estado identificado como PPP y ha sido atendido exclusivamente por AP X 100
	Denominador	Sumatorio de los días del periodo medido que cada paciente de un cupo de AP ha estado identificado como PPP
Estándar	Más del 80%	
Periodicidad	Anual	

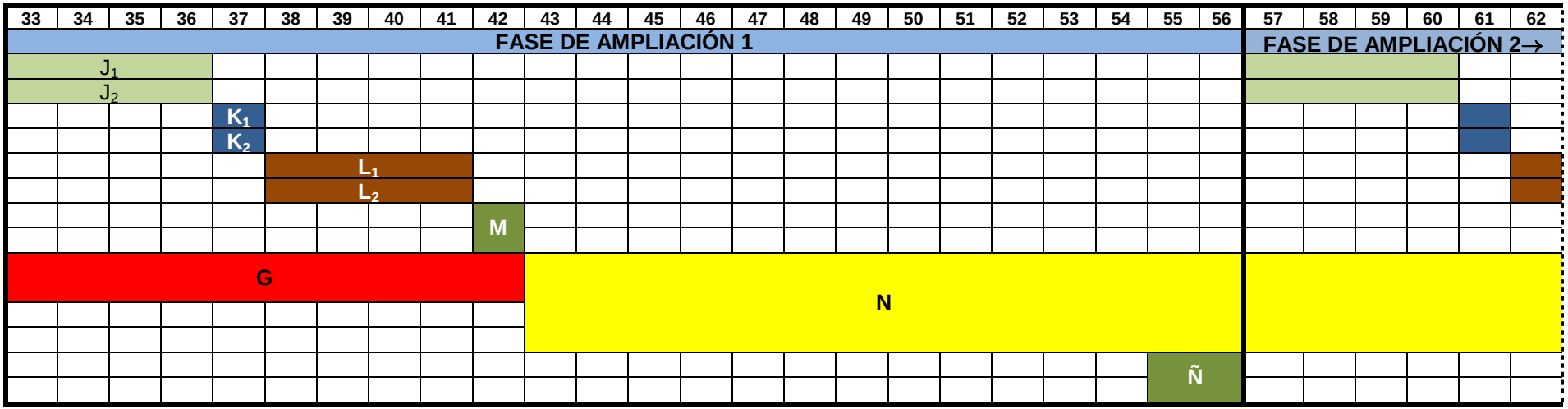
16. MORTALIDAD HOSPITALARIA DEL PPP		
Definición	Porcentaje de PPP que han fallecido en el hospital	
Fórmula	Numerador	Número de pacientes de un cupo de AP que han sido identificados como PPP, que han fallecido en el hospital
	Denominador	Número de pacientes de un cupo de AP que han sido identificados como PPP
Estándar	Menos del 20%	
Periodicidad	Semestral	

17. MORTALIDAD DOMICILIARIA DEL PPP		
Definición	Porcentaje de PPP que han fallecido en su domicilio	
Fórmula	Numerador	Número de pacientes de un cupo de AP que han sido identificados como PPP, que han fallecido en su domicilio
	Denominador	Número de pacientes de un cupo de AP que han sido identificados como PPP
Estándar	Menos del 20%	
Periodicidad	Semestral	

ANEXO 6

Anexo 6. Propuesta de cronograma del despliegue del proceso UPP (pilotaje + ampliación 1 en 56 semanas)





BIBLIOGRAFÍA

1. Instituto Nacional de Estadística. Disponible en: http://www.ine.es/

2. Indicadores Clave del Sistema Nacional de Salud. Instituto de Información Sanitaria. Diciembre 2007. Ministerio de Sanidad y Consumo. Disponible en: http://www.msc.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/pdf/nivelNacINCLASNS_Diciembre2007.pdf

3. Gómez Pavón J, Martín Lesende I, Baztán Cortés JJ, et al. Documento de consenso. Prevención de la dependencia en las personas mayores. Rev Clin Esp 2008; 208: 361.e1-e39

4. Baztán Cortés JJ, González-Montalvo JI, Solano Jaurrieta JJ, Hornillos Calvo M. Atención sanitaria al anciano frágil: de la teoría a la evidencia científica. Med Clin (Barc) 2000; 115: 704-717

5. Organización Mundial de la Salud. Preparación de los profesionales de la atención de salud para el siglo XXI. El reto de las enfermedades crónicas. 2005. ISBN: 92-4-356280-0

6. Unidad de Pacientes Pluripatológicos. Estándares y Recomendaciones. Informes, estudios e Investigación 2009. Ministerio de Sanidad y Política Social. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud. Disponible en: http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/EyR_UPP.pdf

7. Sarabia Sánchez A. La gestión de casos como nueva forma de abordaje de la atención a la dependencia funcional. Zerbitzuan 2007; 42: 7-17. Disponible en: http://www.zerbitzuan.net/documentos/zerbitzuan/La%20gestion%20de%20casos.pdf

8. Salvá A, et al. Una experiencia de Atención Sociosanitaria: programa Vida Als Anys. Realidad y expectativas de futuro. Revista de Administración Sanitaria 1999; III (11): 413-428. Disponible en: http://www.administracionsanitaria.com/RAS_PRIMERA/11/P3Salva.pdf

9. Elosegi E, Begiristain J M, Larrañaga I, et al. La gestión del paciente mayor con patología crónica. Investigación Comisionada. Vitoria-Gasteiz. Departamento de Sanidad, Gobierno Vasco, 2008. Informe nº. Osteba D-08-05. Disponible en: http://www9.euskadi.net/sanidad/osteba/datos/d_09_01_atenc_paciente.pdf

10. Ollero Baturone M (Coordinador). Médicos de Familia e Internistas trabajando por una atención integral. Sevilla: Sociedad Española de Medicina Interna y Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria; 1998.

11. Ollero M (Coordinador), et al. Atención a pacientes pluripatológicos: proceso asistencial integrado. Sevilla: Consejería de Salud, Junta de Andalucía; 2002.

12. García-Morillo JS, Bernabeu-Wittel M, Ollero-Baturone M, et al. Incidencia y características clínicas de los pacientes con pluripatología ingresados en una unidad de medicina interna. Med Clin (Barc). 2005;125: 5-9.

13. Zambrana JL, Velasco MJ, Díez F, et al. Características clínicas diferenciales de los enfermos pluripatológicos hospitalizados en servicios de medicina interna. Rev Clin Esp. 2005;205:413-7.

14. Pérez-Díaz JM, Martín Pérez M, Ramos-Cantos MC, et al. Pacientes con pluripatología ingresados en una unidad de medicina interna. Med Clin (Barc). 2005; 126:37.

15. Fernández Moyano A, García Garmendia JL, Palmero Palmero C, et al. Continuidad asistencial. Evaluación de un programa de colaboración entre Atención Hospitalaria y Atención Primaria.Rev Clin Esp 2007; 207 (10): 510-520. Disponible en: http://www.elsevier.es/watermark/ctl_servlet?_f=10&pident_articulo=13111551&pident_usuario=0&pcontactid=&pident_revista=65&fichero=65v207n10a13111551pdf001.pdf&ty=126&accion=L&origen=elsevier&web=www.elsevier.es&lan=es

16. Fernández-Miera MF, Esclada Sarabia C, Sampedro García I. Manejo del paciente pluripatológico en una unidad de hospitalización domiciliaria. Med Clin (Barc). 2005;126:37-38.

17. Medina J. Una perspectiva desde la realidad clínica: adaptación a las necesidades de los pacientes por medio de mejoras en la coordinación entre Atención Primaria y Atención Especializada. En: Bengoa R, Nuño Solinís R, editores. Curar y cuidar. Innovación en la gestión de enfermedades crónicas: una guía práctica para avanzar. Barcelona: Elsevier- Masson; 2008. P. 149-161

18. Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización. BOE 222, de 16 de septiembre de 2006, p. 32650-32679

19. Servicio Cántabro de Salud. Disponible en : http://www.scsalud.es

20. López Cano (Coordinadora) Atención a la persona con necesidad de cuidados y a su cuidador. Santander: Servicio Cántabro de Salud. Consejería de Sanidad. Gobierno de Cantabria; 2008.

21. Ollero M (Coordinador), et al. Atención a pacientes pluripatológicos: proceso asistencial integrado, 2ª edición. Sevilla: Consejería de Salud, Junta de Andalucía. 2007. Disponible en: http://www.juntadeandalucia.es/salud/contenidos/procesos/docs/pluri.pdf

22. Fernández-Miera MF. El paciente pluripatológico en el ámbito hospitalario. Gac Sanit 2008; 22(2): 137-143

23. Fernández-Miera MF, Mateos Chaparro F, Sánchez Pérez CR, et al. Pronóstico vital a los 4 años del paciente pluripatológico. Comunicación presentada al XXIX Congreso Nacional de la Sociedad Española de Medicina Interna. A Coruña 2008.

24. Ramírez-Duque N, Ollero-Baturone M, Bernabeu-Wittel M, et al. Características clínicas, funcionales, mentales y sociales de pacientes pluripatológicos. Estudio prospectivo durante un año en Atención Primaria. Rev Clin Esp 2008; 208(1):4-11

25. Det Norske Veritas. Gestión por procesos orientado a resultados sobre paciente. Disponible en: http://www.dnv.es/certificacion/sanitario/Gestionporprocesosorientadoaresultadossobrepaciente/index.asp

26. Guía de diseño y mejora continua de procesos asistenciales: calidad por sistema. Sevilla: Consejería de Salud. Junta de Andalucía; 2001

27. Díaz AB. Reingeniería de procesos y gestión hospitalaria. En: Ruiz Iglesias L editor. Claves para la gestión clínica. Madrid: McGraw-Hill; 2004.

28. Muñoz RJ. La gestión por procesos de tu servicio paso a paso: ¿cómo hacerlo? En: Ruiz Iglesias L editor. Claves para la gestión clínica. Madrid: McGraw-Hill; 2004.

29. Resolución disponiendo la inscripción en el Registro y publicación del Acuerdo por el que se regulan el sistema de carrera profesional y los criterios generales para el desarrollo profesional del Personal Estatutario de las Instituciones Sanitarias del Servicio Cántabro de Salud. Boletín Oficial de Cantabria 170, de 4 de septiembre de 2006, p. 10819-10828

30. Gervás J, Rico A, Seminario de Innovación 2005. Innovación en la Unión Europea (UE-15) sobre la coordinación entre atención primaria y especializada. Med Clin (Barc) 2006; 126(17): 658-661

*El abajo firmante, matriculado en el Máster de Dirección y Gestión de Servicios Sanitarios autoriza a la Universidad de Cantabria (UC) a difundir y utilizar con fines académicos, no comerciales y mencionando expresamente a sus autores el presente Trabajo Fin de Master: "***IMPLEMENTACIÓN DE UNA UNIDAD FUNCIONAL DE PACIENTES PLURIPATOLÓGICOS DENTRO DEL ENTRAMADO ASISTENCIAL DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO MARQUÉS DE VALDECILLA***", realizado durante el curso académico 2008-2009 bajo la dirección de* ***D. David Cantarero Prieto****, y con la colaboración externa de dirección de* ***D. José María Begiristain Aranzasti****, con el objeto de incrementar la difusión, uso e impacto del trabajo en Internet y garantizar su preservación y acceso a largo plazo.*

Fdo.: Manuel Francisco Fernández Miera

D.N.I.: 13729406Q