

CRONI.net

Boletín nº27. Septiembre 2019





Boletín nº 27. Septiembre 2019

Estimados compañeros,

La píldora de este número aborda el tema de los programas que persiguen mejorar el autocuidado y la corresponsabilidad del paciente crónico sobre la evolución de su enfermedad y, a su vez, hace referencia al **“Programa Paciente 360º”** que se está iniciando en nuestra Comunidad.

También hemos querido destacar en este número el inicio de la oferta formativa específica dirigida a profesionales sobre el **Proceso asistencial integrado y el Proyecto de educación estructurada dirigida a pacientes con insuficiencia cardiaca crónica y cuidadores**, y la extensión de la **eConsulta (SIPE)** en los diferentes hospitales, centros de salud y centros de la Agencia Madrileña de Atención Social de nuestra Comunidad.

Por último, animaros a compartir con nosotros el **IV Encuentro en Continuidad Asistencial**, que tendrá lugar el próximo 3 de octubre en el Hospital Clínico San Carlos con el lema **“Lo que más importa, las personas”** donde se compartirán experiencias que incorporan la “visión del paciente” y experiencias relacionadas con la promoción del talento profesional.

Un cordial saludo,

Nuria Fernández de Cano Martín

Subdirectora General de Continuidad Asistencial.



CRONI.net



NOVEDADES EN LAS SECCIONES

JORNADAS Y CONGRESOS

IV ENCUENTRO EN CONTINUIDAD ASISTENCIAL. H. Clínico San Carlos. Madrid, 3 de octubre de 2019.

I JORNADA DE ATENCIÓN A LA CRONICIDAD. H. Universitario del Tajo. Aranjuez, 10 de octubre de 2019.

XXXVII CONGRESO SECA – V JORNADAS AKEB. Donostia. San Sebastián, 23,24 y 25 de octubre de 2019.

III FORO DE CRONICIDAD SEGG-SEMG 2019. San Lorenzo de El Escorial. Madrid, 25 y 26 de octubre de 2019.

SEGUIMOS AVANZANDO EN EL DESPLIEGUE DE LA ESTRATEGIA...

CONTINUAMOS INCORPORANDO LA ECONSULTA EN LOS DIFERENTES HOSPITALES, CENTROS DE SALUD Y CENTROS DE LA AGENCIA MADRILEÑA DE ATENCIÓN SOCIAL DE LA COMUNIDAD DE MADRID.

A lo largo de este mes de septiembre se han incorporado dos hospitales más a la eConsulta siendo ya 17 hospitales, 20 Centros de la Agencia Madrileña de Atención Social (AMAS) y más de 250 centros de salud y consultorios locales, los que se encuentran integrados en el Sistema de Informado de Peticiones (SIPE) de la Comunidad de Madrid. La incorporación a este sistema posibilita la comunicación clínica entre profesionales de diferentes ámbitos asistenciales, facilitando la coordinación e integración de la atención sanitaria que reciben los pacientes.

Paralelamente a las nuevas incorporaciones, los hospitales que ya tienen eConsulta mediante SIPE están ampliando su oferta de especialidades y prestaciones a través de esta herramienta a los centros de salud de Atención Primaria y centros residenciales de la AMAS. Con esta ampliación se va incrementando y mejorando la accesibilidad a los servicios hospitalarios sin desplazamiento de los pacientes cuando no sea necesario.



PÍLDORA BIBLIOGRÁFICA

EDUCACIÓN ENTRE IGUALES PARA PERSONAS CON ENFERMEDADES CRÓNICAS.

Gema Vega González. Técnico de Apoyo. Escuela Madrileña de Salud. Subdirección General de Humanización de la Asistencia Sanitaria

El adecuado control de las enfermedades crónicas es uno de los problemas prioritarios de salud pública de este siglo XXI. Por este motivo, se han tenido que reorientar las organizaciones, la financiación y la prestación de servicios sociosanitarios, con el objetivo de conseguir mejorar la atención a la población, con una visión integradora desde la prevención y promoción de la salud. Como consecuencia de ello, ha sido necesario una transformación global de la atención sanitaria para dar respuesta, por un lado, a este cambio epidemiológico de las enfermedades, y por otro, al cambio que está desarrollando la sociedad en las últimas décadas en cuanto a sus patrones de conducta, sus prioridades de salud y calidad de vida, y su diferente forma de relacionarse, en donde las nuevas tecnologías de la comunicación y las redes sociales juegan un papel fundamental.

Con la finalidad de conseguir este cambio sanitario, se ha priorizado la mejora en la atención de personas con patologías crónicas. Entre los modelos que más se han implementado, destacamos el “Modelo de Cuidado Crónico” (MCC) promovido por R. Wood Johnson de la Universidad de Stanford de California (EEUU), y divulgado por el Instituto de Mejora de la Atención a la Salud (Institute for Healthcare Improvement: IHI: www.ihl.org). Este modelo resume los elementos básicos para el cuidado de los pacientes crónicos: la mejora de los sistemas de salud en la comunidad, la organización de los mismos y la puesta en práctica de la evidencia científica al nivel de los pacientes y sus familiares, para ser aplicado a una gran variedad de enfermedades, de sistemas de salud y de poblaciones.

Los cambios derivados del MCC deben de producirse a diferentes niveles: macro, meso y micro. Consideramos el nivel macro a aquel que se deberá realizar en el plano de políticas sanitarias, el nivel meso, aquel que llevarán a cabo los gestores de instituciones sanitarias y el nivel micro que debe realizarse en el entorno del paciente-profesional sanitario, teniendo en cuenta que este nivel podría descomponerse en el nivel de paciente-cuidador-familia-entorno social, profesional-equipos profesionales y en la relación entre ambos. Actualmente, se están haciendo grandes esfuerzos en todos los niveles de intervención para conseguir implantar nuevos modelos de atención. Prueba de ello, en nuestro país serían los planes



estratégicos dirigidos al abordaje de las enfermedades crónicas diseñados tanto a nivel nacional como autonómico.

A nivel “micro”, uno de los pilares de este modelo de atención es conseguir mejorar el autocuidado de las personas. Por una parte, aumentando la participación de los pacientes en intervenciones que informen, formen y ayuden a éstos a conseguir el control de su enfermedad crónica, cambiando desde una posición pasiva y desinformada, a una posición de paciente activo e informado. Y por otra, utilizando las nuevas tecnologías como herramientas que permitan un mejor seguimiento y control de los diferentes parámetros de su enfermedad y, que ayuden a responsabilizar al paciente sobre su cuidado. Así como, a adecuar la oferta de servicios a las necesidades reales de las personas. En este sentido, en España se están evaluando diferentes prestaciones (públicas y privadas) en diversas patologías y demandas, cuyo diferente grado, efectividad y aceptación hacen que estén todavía en fase de implementación y optimización.

En este mismo nivel, otro de los pilares básicos lo constituyen las intervenciones realizadas sobre los profesionales del ámbito sociosanitario, siendo éstas más escasas. Están orientadas fundamentalmente a la creación de grupos colaborativos (basados en los Breakthrough Series del IHI)¹ entre diferentes profesionales y niveles de atención, dirigidos a mejorar la calidad de la prestación sanitaria², consiguiendo además disminuir costes.

No obstante, es necesario seguir aportando e implementando otro tipo de intervenciones que ayuden a los profesionales en la realización de este cambio actitudinal y procedimental, totalmente necesario para conseguir consolidar un tipo de relación participativa, colaborativa y proactiva entre el profesional y este nuevo “usuario” del sistema (paciente, cuidador, familiar) más activo e informado.

Como parte del MCC, el IHI y la Universidad de Stanford propusieron a finales del siglo pasado (en los años 80), la creación de un programa de actuación estratégica para mejorar el autocuidado y la responsabilidad que el paciente crónico tiene sobre la evolución de su enfermedad: el Programa de Paciente Experto (intervención educativa dirigida por personas no profesionales)³. Tanto los programas de educación para el autocuidado, como el programa del paciente experto (PPE), se diferencian de la educación simple o del entrenamiento de habilidades, en que tienen un diseño que permite a los pacientes crónicos tomar una función activa sobre su enfermedad. Se basan en modelos teóricos de la conducta (teoría de autoeficacia de Bandura)⁴ y están dirigidos por líderes no profesionales que adoptan con los participantes una relación horizontal de autocuidado en contraposición a la relación profesional-paciente. Desde su puesta en marcha, este programa ha mostrado buenos resultados con relación al autocontrol de la enfermedad crónica y a la disminución en la utilización de recursos sanitarios, reconociéndose como una estrategia coste-efectiva para la atención a personas con enfermedades crónicas⁵. Por este motivo, en las últimas décadas se ha extendido en diferentes países y contextos de atención sanitaria, estando por ejemplo dentro



de la cartera de servicios del Reino Unido desde hace casi 20 años^{6,7}. No obstante, existe todavía incertidumbre sobre su efectividad real en diferentes escenarios (grupos de población, tipos de atención sanitaria), o frente a programas dirigidos por profesionales; así como, cuál sería el mejor formato metodológico, como se evidencia en revisiones sistemáticas Cochrane⁸. Además, existen autores que alertan sobre la exagerada efectividad atribuida a estos programas, al haber destinado una gran cantidad de recursos, con resultados controvertidos, fundamentalmente por la baja participación^{9,10}. Al mismo tiempo, son escasos los estudios que evalúan las causas de no participación y las posibles diferencias entre personas participantes y no participantes¹¹.

En España aparecen las primeras experiencias puntuales del PPE en 2006 en la región de Murcia, a través de una iniciativa particular de la Fundación Educación, Salud y Sociedad. Posteriormente, se desarrollan estos programas como una prestación sanitaria pública, con una perspectiva global o por patologías. Se inicia en 2006 en Cataluña¹², luego País Vasco y Andalucía, extendiéndose más tarde en otras comunidades autónomas. Asimismo, aparecen iniciativas desde el ámbito sanitario privado y, en los últimos años, también desde las sociedades científicas y las universidades, existiendo ya “título” acreditado de paciente experto, e incluso, un “movimiento paciente experto”¹³.

En la Comunidad de Madrid, enmarcado en líneas de trabajo tanto de la Estrategia de Atención a Pacientes con Enfermedades Crónicas (2013)¹⁴, como en el Plan de Humanización de la Asistencia Sanitaria (2016-2019)¹⁵, se crea un nuevo proyecto denominado “Programa Paciente 360º” (PP360º). Este proyecto, iniciado hace dos años, es coordinado por la Escuela Madrileña de Salud y en él participan un grupo multidisciplinar de profesionales sanitarios, pacientes crónicos y personas cuidadoras (grupo coordinador del PP360º), los cuales han diseñado un programa formativo transversal, en el que se ha tenido en cuenta tanto los resultados descritos en la literatura científica, como los derivados de la experiencia en otras comunidades.

El PP360º se proyecta como la creación de una Comunidad de Aprendizaje, en la que participarán pacientes, pacientes-monitores o facilitadores y profesionales de la salud y cuya meta será la de mejorar la salud de los enfermos con enfermedades crónicas. Para ello, será necesario un compromiso de los miembros de la comunidad, con unos requisitos que, básicamente se resumirían en: la necesidad de un aprendizaje permanente y la de ser una comunidad inclusiva, en donde la relación de aprendizaje será entre iguales, recíproca y basada en un aprendizaje experiencial, y donde éste sea significativo y diseñado para la transferencia. Es decir, que ayude a las personas con enfermedades crónicas a resolver los problemas de su día a día.

El programa se inicia poniendo en marcha una actividad presencial de 8 sesiones elaboradas por el grupo coordinador, con una periodicidad semanal y una duración de 2,5 horas. Cada sesión será dirigida por dos



personas con enfermedad crónica que tengan habilidades docentes y que hayan sido formadas adecuadamente para que puedan ayudar a otras personas iguales a ellos (pacientes activos) y con un profesional sanitario de apoyo-observador.

Está previsto que este programa se inicie antes de finalizar el año 2019; pero es importante concebirlo como un programa de todos los agentes implicados en la atención a personas con enfermedades crónicas y, en el que se pretende ir incluyendo muchas iniciativas y actividades de gran valor dirigidas a este mismo colectivo que ya que se están llevando a cabo en nuestra comunidad. Por tanto, se diseña como una Comunidad de Aprendizaje abierta, inclusiva, con diferentes participantes con distintas patologías, demandas y necesidades, en la que se realicen diferentes actividades (charlas, sesiones, jornadas, coloquios, foros de información contrastada, etc.) y donde exista una evaluación continua necesaria para su mejora y evolución en el tiempo.

Bibliografía

¹ Charles M, Kilo CM. A Framework for Collaborative Improvement: Lessons from the Institute for Healthcare Improvement's Breakthrough Series. *Qual Manag Health Care* 1998; 6(4): 1-13.

² OPIMEC Observatorio de Prácticas Innovadoras en el Manejo de Enfermedades Crónicas Complejas [internet]. Consejería de Salud y familia. Junta de Andalucía; 2007 [20 de septiembre de 2019; 20 de septiembre de 2019]. Disponible en: <http://www.opimec.org/>

³ Self-Management Resource Center [internet]. California. 2017. [1 de septiembre de 2019; 20 de septiembre de 2019]. Disponible en: <https://www.selfmanagementresource.com/>

⁴ Bandura A. Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review* 1997;84(2):191-215. DOI: 10.1037 / 0033-295x.84.2.191

⁵ Lorig K. Evidence suggesting that a chronic disease self-management program can improve health status while reducing hospitalization. A randomized trial. *Med Care* 1999; 37: 5-14. DOI: 10.1097 / 00005650-199901000-00003

⁶ Holman H. Patients as partners in managing chronic disease. *BMJ*. 2000; 320(7234): 526-7. doi: 10.1136 / bmj.320.7234.526

⁷ Donaldson L. Expert patients usher in a new era of opportunity for the MHS. *BMJ* 2003; 326(7402): 1279-80. doi: 10.1136 / bmj.326.7402.1279



⁸ Foster G, Taylor SJC, Eldridge S, Ramsay J, Griffiths CJ. Self-management education programmes by lay leaders for people with chronic conditions. Cochrane Database of Systematic Reviews 2007, N^o 4. Art. No.: CD005108. DOI: 10.1002 / 14651858.CD005108.pub2.

⁹ Barlow J, Wright C, Sheasby J, Turner A, Hainsworth J. Self-management approaches for people with chronic conditions: a review Patient Educ Couns 2002; 48: 177-87.

¹⁰ Shaw J, Baker M. "Expert patient" dream or nightmare? BMJ 2004; (328): 723-724. doi: 10.1136 / bmj.328.7442.723

¹¹ Vega G, Vega M, Alajarín LI, Portero B, Ruíz T, Ruiz V, et al. Profile of the Patient Who Refuses to Participate in the Expert Patients Program. Qual Health Res 2014; 24: 846-859. DOI: 10.1177 / 1049732314535850

¹² Generalitat de Catalunya. Programa Paciente Experto Catalunya®. Generalitat de Catalunya, 2014. Disponible en: http://canalsalut.gencat.cat/ca/sistema-de-salut/participacio/pacient_expert/

¹³ Movimiento Paciente Experto. Red de Apoyo al Autocuidado, 2019. Disponible en: <https://www.movimientopacientexperto.org/?lang=es>

¹⁴ Consejería de Sanidad de Madrid. Estrategia de Atención a Pacientes con Enfermedades Crónicas de la Comunidad de Madrid. Madrid: Consejería de Sanidad; 2013]. Disponible en: <http://www.madrid.org/bvirtual/BVCM017570.pdf>

¹⁵ Consejería de Sanidad de Madrid. Plan de Humanización de la Atención Sanitaria de la Comunidad de Madrid 2016-2019. Consejería de Sanidad de Madrid. Dirección General de Atención al Ciudadano y Humanización de la Asistencia Sanitaria, 2016. Disponible en: <http://www.madrid.org/bvirtual/BVCM017902.pdf>



CRONI.net



NOTICIAS

OFERTA FORMATIVA PARA PROFESIONALES EN EL PROCESO ASISTENCIAL INTEGRADO Y EDUCACIÓN ESTRUCTURADA DE LAS PERSONAS CON INSUFICIENCIA CARDIACA

Tras la presentación del Proceso asistencial integrado de atención a las personas con insuficiencia cardiaca y su difusión en todas las direcciones asistenciales de atención primaria y hospitales de la Comunidad de Madrid durante el primer semestre de 2019, se ha puesto a disposición de los profesionales asistenciales una oferta formativa específica que incluye la capacitación, tanto en el modelo de atención integrado y coordinado entre los referentes, como en la metodología y contenidos de la educación estructurada destinada a mejorar la autonomía del paciente y su autocuidado.

En el último trimestre del año, están planificadas cuatro nuevas ediciones de esta actividad formativa que se orientan fundamentalmente a los profesionales de atención primaria y son impartidas por expertos en la gestión compartida de pacientes con insuficiencia cardiaca, tanto del ámbito hospitalario como comunitario, todos ellos miembros del grupo de autores del Proceso asistencial integrado de la persona con IC y de la educación estructurada del paciente y/o personas cuidadoras.

Comité editorial:

Responsable del comité editorial:

Nuria Fernández de Cano Martín. Subdirectora General de Continuidad Asistencial.

Responsable operativo:

Carmen García Cubero. Responsable del Área de Cronicidad. Subdirección General de Continuidad Asistencial.

Responsable técnico:

José David Cerdeño Arconada. Adjunto al Área de Cronicidad. Subdirección General de Continuidad Asistencial.

Editores:

Carmen Jiménez Gómez. Técnico de la Subdirección General de Continuidad Asistencial.

David Rodríguez Morales. Director de Continuidad Asistencial. Hospital Universitario Infanta Elena.

Gema Vega González. Técnico de la Subdirección General de Humanización de la Asistencia Sanitaria.

Ignacio García Merino. Jefe de la Unidad de Coordinación Informativa. Oficina Web. Servicio Madrileño de Salud.

José Enrique Villares Rodríguez. Director Asistencial Médico de la Dirección Asistencial Sur. Gerencia Asistencial de Atención Primaria.

Juan Carlos Ansede Cascudo. Técnico de la Gerencia Adjunta de Ordenación Asistencial e Innovación Organizativa. Gerencia Asistencial de Atención Hospitalaria.

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

Luis Rubio Toledano. Subdirección General de Farmacia y Productos Sanitarios.

Luis Sánchez Perruca. Gerencia Asistencial de Atención Primaria.

M^a Dolores Arranz Alonso. Dirección General de Planificación, Investigación y Formación.

Mercedes Álvarez Bartolomé. Directora de Continuidad Asistencial. Hospital Universitario del Henares.

Miguel Ángel Salinero Fort. Dirección General de Planificación, Investigación y Formación.

Montserrat Hernández Pascual. Gerente Adjunto de Procesos Asistenciales. Gerencia Asistencial de Atención Primaria.

Olga Monedo Pérez. Técnico de la Subdirección General de Continuidad Asistencial.

Pilar Rivera Moreno-Chocano. Subdirección General de Información y Atención al Paciente.

Julia Domínguez Bidagor. Servicio Promoción de Salud. Subdirección General de Promoción, Prevención y Educación para la Salud.

Ricardo Rodríguez Barrientos. Gerencia Asistencial de Atención Primaria.

Raúl Mallaina García. Dirección General de Planificación, Investigación y Formación.

Susana Martín Iglesias. Responsable de centro de la Dirección Asistencial Sur. Gerencia Asistencial de Atención Primaria.

Yolanda Llamas Nistal. Unidad web. Dirección General de Sistemas de Información Sanitaria.



CRONI.net



Edita:
CONSEJERÍA DE SANIDAD. COMUNIDAD DE MADRID
Dirección General del Proceso Integrado de Salud
Subdirección General de Continuidad Asistencial

Coordina:
Subdirección General de Continuidad Asistencial
E-mail: cdca@salud.madrid.org

Edición: Septiembre 2019
ISSN 2444-1546

Publicación en línea