



**PLAN ESTRATÉGICO
DE LA SUBDIRECCIÓN GENERAL
DE CONTINUIDAD ASISTENCIAL
EN LA COMUNIDAD DE MADRID
2018-2021**

Consejería de Sanidad

Dirección General de Coordinación de la Asistencia
Sanitaria

Plan estratégico de la Subdirección General de Continuidad
Asistencial 2018-2021



**Comunidad
de Madrid**

Dirección General de Coordinación
de la Asistencia Sanitaria
SERVICIO MADRILEÑO DE SALUD
CONSEJERÍA DE SANIDAD

Edita: Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid

Impresión: 0 ejemplares

Edición: Enero 2018

ISBN:

Depósito legal:

ÍNDICE

1. Presentación.....	6
2. Prólogo	8
3. Autores	13
4. Marco normativo	21
5. Metodología	25
6. Contextualización y análisis de situación	31
6.1. Contextualización y enfoque del modelo en la Comunidad de Madrid	32
6.2. Análisis interno y externo de la organización en el marco de la continuidad asistencial ...	35
6.3. Análisis de las necesidades y expectativas de profesionales y pacientes sobre la continuidad asistencial	38
7. Misión, visión y valores	55
7.1 Misión	55
7.2 Visión	55
7.3 Valores/principios rectores.....	55
8. Objetivos, retos y líneas estratégicas.....	59
8. 1. Objetivos generales	59
8. 2. Retos estratégicos	59
8.3. Líneas estratégicas	60
9. Despliegue estratégico/ plan de acción.....	63
9.1. Consolidación de la estructura organizativa y funcional de la subdirección general de continuidad asistencial.....	63
9.2. Liderazgo del desarrollo y afianzamiento de una cultura de continuidad en la asistencia entre ámbitos.	64
9. 3. Consolidación del modelo asistencial de la Comunidad de Madrid como un modelo de atención integral, integrado y centrado en la persona.	66
9.4. Impulso de la coordinación y comunicación entre profesionales de los distintos ámbitos asistenciales.	69

<i>9. 5. Potenciación de una adecuada gestión de los recursos implicados en las transiciones asistenciales</i>	71
<i>9. 6. Evaluación y seguimiento de resultados</i>	72
10. Cronograma de implantación	75
11. Evaluación y seguimiento	86
12. Bibliografía.....	98

1. PRESENTACIÓN

Es una obligación para cualquier Sistema Sanitario garantizar la adecuada continuidad de la asistencia a la población, entendiendo esta como el resultado de la coordinación de la atención prestada por los distintos profesionales y ámbitos asistenciales desde la perspectiva del propio paciente, que es quien finalmente recibe la atención y quien debe, por tanto, evaluarla.

Esta continuidad y coordinación en la resolución de los diferentes procesos asistenciales se ha convertido desde hace años en uno de los objetivos prioritarios de las diferentes políticas sanitarias, que la integran como herramienta de gestión clínica generadora de mejor calidad de vida, seguridad y satisfacción de los usuarios y que tratan de impulsar modelos de atención que favorezcan la fluidez entre los diferentes ámbitos asistenciales evitando así las duplicidades y la fragmentación.

Con la elaboración de este Plan Estratégico, desde la Dirección General de Coordinación de la Asistencia Sanitaria, la Subdirección General de Continuidad Asistencial busca añadir valor a la atención que la Comunidad de Madrid presta a sus ciudadanos, garantizando que los pacientes de nuestra comunidad reciban y perciban los servicios sanitarios que precisen en el ámbito más adecuado para dar respuesta a sus necesidades asistenciales, proporcionando una atención accesible y continuada, eficiente, segura, integrada y humanizada.

Este plan asienta sus bases en el Documento marco para el desarrollo de la continuidad asistencial en la Comunidad de Madrid y en la Estrategia de atención a pacientes con enfermedades crónicas en la Comunidad de Madrid y se orienta y encamina sus esfuerzos a impulsar la cohesión de la atención sanitaria, asentando la cultura de la continuidad asistencial en nuestro sistema sanitario desde un enfoque transversal y en paralelo con el resto de órganos de la Consejería de Sanidad.

Supone además la oportunidad de trabajar de forma integrada y transversal con todos los actores de la organización, posibilitando la normalización de las diferentes acciones, unificando modelos de actuación y contribuyendo a difuminar las diferentes “barreras” existentes para la continuidad y la integración de la asistencia.

Desde estas líneas quiero agradecer a todos los que han participado en la elaboración de este “Plan Estratégico de la Subdirección General de Continuidad Asistencial” su

esfuerzo e implicación y a todos los profesionales y directivos de nuestra organización su compromiso con el desarrollo del plan, pues sin su complicidad y quehacer diario no sería posible llevarlo a cabo con éxito.

Nuria Fernández De cano Martín
Subdirectora General de Continuidad Asistencial
Dirección General de Coordinación de la Asistencia Sanitaria

2. PRÓLOGO

En el ámbito sanitario, conseguir la adecuada continuidad de la atención se complica cuando los pacientes reciben servicios de distintos proveedores^{1,2,3}.

Independientemente de los sistemas y de las múltiples definiciones que en cada ámbito se puedan establecer, existe una preocupación nacional e internacional por evitar la fragmentación de la asistencia sanitaria durante la enfermedad y se tiende a evaluar cada vez más la experiencia de continuidad desde el punto de vista del paciente^{4,5} sobre todo en el caso de pacientes pluripatológicos o con enfermedades crónicas y necesidades complejas en los que es fundamental identificar profesionales de referencia que coordinen la atención que recibe durante todo el tiempo que dura el proceso asistencial.

Informes de políticas sanitarias de diferentes países instan a llevar a cabo un esfuerzo concertado para evitar esta fragmentación y mejorar la continuidad asistencial (CA), aunque los esfuerzos para describir el problema o formular soluciones se ven obstaculizados debido a las dificultades en la definición y medición del concepto de continuidad^{6,7}.

Este concepto se explicita en definiciones que han sido heterogéneas a lo largo del tiempo, englobando diferentes aspectos (relación, información clínica, gestión...)⁸. Parece existir un consenso claro en la necesidad de la presencia de dos atributos: inclusión de la experiencia del paciente y atención continua en el tiempo. Ambos elementos deben estar presentes para que exista continuidad, pero su sola presencia no asegura la misma.

Desde esta premisa y tomando como referencia la definición de Reid et al⁹, se entiende la continuidad asistencial como “el grado de unión de las experiencias en la atención que percibe el paciente a lo largo del tiempo, de manera que éstas sean coherentes con sus necesidades médicas, de cuidados y su contexto personal”.

La coordinación se definiría como la capacidad de los servicios sanitarios para ofertar sincronizadamente un objetivo asistencial común sin que se produzcan desencuentros que perjudiquen al paciente¹⁰. Se explicaría como un modelo de trabajo profesional que permite acciones organizadas en la atención al paciente evitando duplicidades y

favoreciendo la fluidez en la atención, llegando a su máximo grado cuando esta coordinación se incardina además con otros ámbitos de atención como el social, hablándose en este caso de integración.

La atención a la población dentro del modelo sanitario vigente (prevención y promoción, asistencia en la enfermedad y rehabilitación) requiere que la organización del sistema asegure la continuidad de la atención entre los distintos ámbitos asistenciales: desde un abordaje eficiente y resolutivo en Atención Primaria, (considerada la puerta de entrada al sistema) hasta la atención urgente o la asistencia especializada en hospitales, ya sea en hospitales de agudos, de media estancia, de apoyo, centros monográficos o la intervención de servicios de apoyo en el ámbito social cuando el proceso así lo requiera.

De esta forma el objetivo es establecer acciones que refuercen el vínculo, la relación y el compromiso entre el entorno sanitario y el social, consiguiendo así una atención sanitaria continuada a los pacientes de la Comunidad de Madrid. La resolución coordinada de los procesos asistenciales, llevará a mejorar la asistencia prestada desde la doble visión de efectividad y eficiencia, promoviendo la calidad de la asistencia, la seguridad en la atención y, por tanto, la satisfacción de usuarios y profesionales¹¹.

AUTORES

3. AUTORES

Dirección

M^a Nuria Fernández De Cano Martín. Subdirectora General de Continuidad Asistencial.

Coordinación

M^a del Carmen García Cubero. Jefa del Área de Cronicidad. Subdirección General de Continuidad Asistencial.

M^a del Carmen Jiménez Gómez. Técnico de la Subdirección General de Continuidad Asistencial.

Autores

M^a Teresa Alonso Salazar. Directora de Continuidad Asistencial. Hospital Universitario Fundación Alcorcón. Subdirección General de Continuidad Asistencial*.

M^a Mercedes Álvarez Bartolomé. Directora de Continuidad Asistencial. Hospital del Henares. Subdirección General de Continuidad Asistencial.

Miguel Amengual Pliego. Director de Continuidad Asistencial. Hospital Universitario La Paz. Subdirección General de Continuidad Asistencial.

Victoria Buezas Díaz-Merino. Directora de Continuidad Asistencial. Hospital Central de la Defensa Gómez Ulla. Subdirección General de Continuidad Asistencial.

Jorge Casas Requejo. Director de Continuidad Asistencial. Hospital Universitario Puerta de Hierro. Subdirección General de Continuidad Asistencial*.

Ángel Castaño Pascual. Director de Continuidad Asistencial. Hospital Universitario de Fuenlabrada. Subdirección General de Continuidad Asistencial*.

José David Cerdeño Arconada. Subdirección General de Continuidad Asistencial.

Ana Chacón García. Directora de Continuidad Asistencial. Hospital Universitario de Fuenlabrada. Subdirección General de Continuidad Asistencial.

Mercedes Cuesta Rodríguez Torices. Directora de Continuidad Asistencial. Hospital Universitario de Getafe. Subdirección General de Continuidad Asistencial.

Jesús de Castro Sánchez. Director de Continuidad Asistencial. Hospital Universitario de Torrejón. Subdirección General de Continuidad Asistencial.

Susana De Juan García. Directora de Continuidad Asistencial. Hospital Infantil Universitario Niño Jesús. Subdirección General de Continuidad Asistencial.

Javier Dodero De Solano. Director de Continuidad Asistencial. Hospital Fundación Jiménez Díaz. Subdirección General de Continuidad Asistencial.

Aurora Fabero Jiménez. Directora de Continuidad Asistencial. Hospital Universitario Fundación Alcorcón. Subdirección General de Continuidad Asistencial.

Jesús Fernández Tabera. Director de Continuidad Asistencial. Hospital General de Villalba. Subdirección General de Continuidad Asistencial.

Gabriela García Álvarez. Directora de Continuidad Asistencial. Hospital Universitario Doce de Octubre. Subdirección General de Continuidad Asistencial*.

Carmen García Cubero. Jefa del Área de cronicidad. Subdirección General de Continuidad Asistencial.

Sonia García San José. Directora de Continuidad Asistencial. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Subdirección General de Continuidad Asistencial.

Enrique Garrote Nieto. Director de Continuidad Asistencial. Hospital Universitario del Tajo. Subdirección General de Continuidad Asistencial*.

Ángel Gómez Delgado. Director de Continuidad Asistencial. Hospital Universitario del Sureste. Subdirección General de Continuidad Asistencial.

Oscar Gómez Martín. Director de Continuidad Asistencial. Hospital Infanta Elena. Subdirección General de Continuidad Asistencial.

M^a Ángeles Gómez Mateos. Directora de Continuidad Asistencial. Hospital Universitario Puerta de Hierro. Subdirección General de Continuidad Asistencial.

Enrique Granado Lorenzo. Director de Continuidad Asistencial. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Subdirección General de Continuidad Asistencial*.

Carmen Jiménez Gómez. Subdirección General de Continuidad Asistencial.

M^a Isabel Iloro Mora. Directora de Continuidad Asistencial. Hospital Clínico San Carlos. Subdirección General de Continuidad Asistencial*.

Tomás Lillo Pérez. Director de Continuidad Asistencial. Hospital Universitario de Móstoles. Subdirección General de Continuidad Asistencial.

Raquel Martínez Martínez. Directora de Continuidad Asistencial. Hospital Universitario Príncipe de Asturias. Subdirección General de Continuidad Asistencial.

Olga Monedo Pérez. Subdirección General de Continuidad Asistencial.

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

Guadalupe Olivera Cañadas. Directora de Continuidad Asistencial. Hospital Clínico San Carlos. Subdirección General de Continuidad Asistencial.

Manuel Ortiz Vega. Director de Continuidad Asistencial. Hospital de El Escorial. Subdirección General de Continuidad Asistencial.

M^a Luisa Palacios Romero. Directora de Continuidad Asistencial. Hospital Universitario Ramón y Cajal. Subdirección General de Continuidad Asistencial.

Carmen Plaza Nohales. Directora de Continuidad Asistencial. Hospital Universitario Rey Juan Carlos. Subdirección General de Continuidad Asistencial.

Dulce Ramírez Puerta. Directora de Continuidad Asistencial. Hospital Universitario Infanta Leonor. Subdirección General de Continuidad Asistencial.

M^a Teresa Requena Burgos. Subdirectora Médico y Directora de Continuidad Asistencial. Hospital Severo Ochoa. Subdirección General de Continuidad Asistencial*.

David Rodríguez Morales. Subdirección General de Continuidad Asistencial.

Alberto José Sebastián Palomino. Director de Continuidad Asistencial. Hospital Universitario de La Princesa. Subdirección General de Continuidad Asistencial.

Juan Torres Macho. Director de Continuidad Asistencial. Hospital Universitario Infanta Cristina. Subdirección General de Continuidad Asistencial.

Belén Ubach Badía. Directora de Continuidad Asistencial. Hospital Universitario Infanta Sofía. Subdirección General de Continuidad Asistencial.

Cristina Vélez Pérez. Directora de Continuidad Asistencial. Hospital del Tajo. Subdirección General de Continuidad Asistencial.

María Vicente Herrero. Directora de Continuidad Asistencial. Hospital Universitario Severo Ochoa. Subdirección General de Continuidad Asistencial.

María Soledad Zuzuárregui Gironés. Subdirección General de Continuidad Asistencial.

*Se han incluido en este apartado, todos los Directores de Continuidad Asistencial que han participado en la elaboración del Plan, aunque en el momento de la publicación ya no se encuentren desempeñando este puesto en la organización.

Grupo Revisor

Pablo Busca Ostoloza. Gerente SUMMA 112.

M^a José Calvo Alcántara. Subdirectora General de Farmacia y Productos Sanitarios.

Francisco Javier Gonzalez Sanz. Subdirector General de Asistencia en Adicciones.

Belén Hernando Helguero. Subdirectora General de Infraestructuras y Equipamiento.

Lourdes Martínez Muñoz. Gerente de cuidados.

M^a Luz de los Mártires Almingól. Gerente Asistencial de Atención Hospitalaria.











Marta Sánchez-Celaya del Pozo. Gerente Asistencial de Atención Primaria.


Agradecimientos


Agradecer al conjunto de profesionales que participaron en la elaboración del “Documento marco para el desarrollo de la continuidad asistencial en la Comunidad de Madrid” presentado en 2014 siendo éste, un documento de referencia base para la definición y desarrollo de este plan estratégico.


MARCO NORMATIVO


4. MARCO NORMATIVO


-  Real Decreto 137/1984, de 11 de enero, sobre estructuras básicas de salud. Boletín Oficial del Estado, nº 27, (01-02- 1984).
-  Ley General De Sanidad, Ley 14/1986 de 25 de abril. Boletín Oficial del Estado, nº 101, (29-04-1986).
-  Ley 12/2001, de 21 de diciembre, de Ordenación Sanitaria de la Comunidad de Madrid.
-  Ley De Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud. Ley 16/2003 de 28 de mayo. Boletín Oficial del Estado nº 128 (19-05-2003).
-  Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias.
-  Ley 6/2009, de 16 de noviembre, de Libertad de Elección en la Sanidad de la Comunidad de Madrid.
-  Decreto 51/2010 de 29 de julio por el que se regula el ejercicio de la libertad de elección de médico de familia, pediatra, y enfermero en AP y de hospital y médico en AE en el Sistema Público Sanitario de la Comunidad de Madrid.
-  Decreto 52/2010 de 29 de julio por el que se establecen las estructuras básicas sanitarias y directivas de Atención Primaria en el área única de salud de la Comunidad de Madrid.
-  Real Decreto 1093/2010, de 3 de septiembre por el que se aprueba el conjunto de datos de los informes clínicos en el Sistema Nacional de Salud. RD. 1093/2010/2006 de 16 de septiembre.
-  Resolución del Director General de Gestión Económica y Compras de Productos Sanitarios y Farmacéuticos por la que se dictan las instrucciones para la creación de las comisiones de coordinación asistencial en farmacoterapia. Resolución 15/2014.

-  Resolución de la Viceconsejería de Asistencia Sanitaria por la que se crea la Comisión Técnica de Coordinación Sociosanitaria del Servicio Madrileño de Salud y se establece su composición, funciones y régimen de funcionamiento. Resolución 36/2014

-  Real Decreto 69/2015, de 6 de febrero, por el que se regula el Registro de Actividad de Atención Sanitaria Especializada.

-  Decreto 196/2015, de 4 de agosto, del Consejo de Gobierno, por el que se establece la estructura orgánica de la Consejería de Sanidad.

-  Decreto 125/2017, de 17 de octubre, por el que se modifica la estructura orgánica de la Consejería de sanidad.

-  Ley 11/2017, de 22 de diciembre, de Buen Gobierno y Profesionalización de la Gestión de los Centros y Organizaciones Sanitarias del Servicio Madrileño de Salud.

A blurred, sepia-toned photograph of a landscape. A path or road leads from the foreground into a field of tall grass or reeds, extending towards a distant horizon. The overall tone is warm and nostalgic, with a soft, out-of-focus quality.

METODOLOGÍA

5. METODOLOGÍA

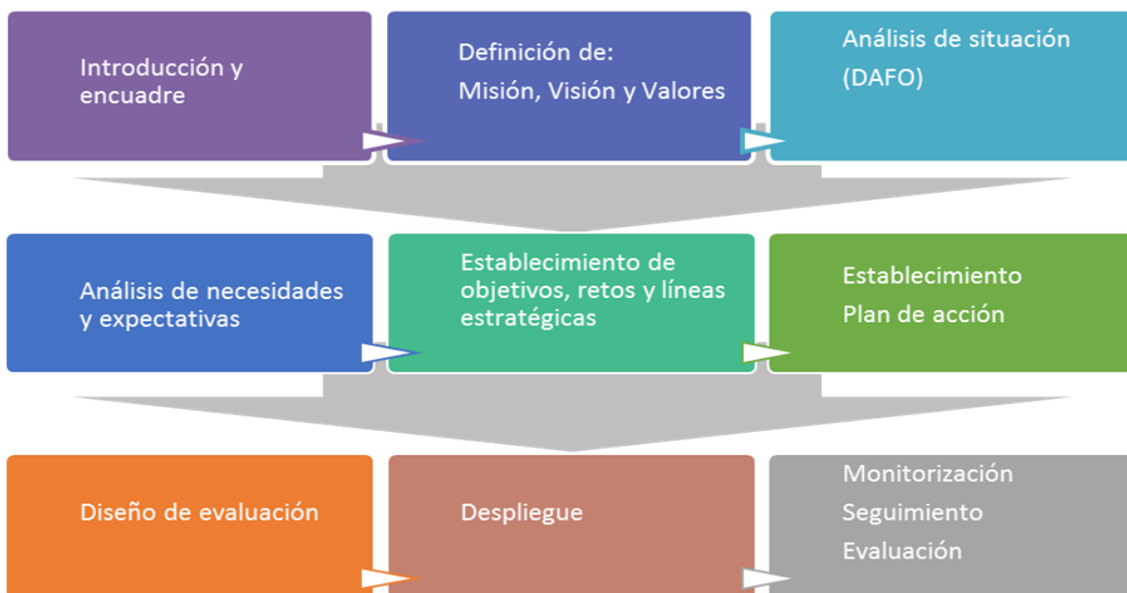
La Planificación estratégica es una herramienta de gestión que permite apoyar la toma de decisiones de las organizaciones en torno al quehacer actual y al camino que deben recorrer en el futuro, para adecuarse a los cambios y a las demandas que les impone el entorno y lograr la mayor eficiencia, eficacia, calidad en los bienes y servicios que se proveen¹². Es dinámica porque partiendo de un análisis de la situación actual, permite a las organizaciones detectar sus puntos fuertes y áreas de mejora con el fin de anticiparse a los retos y oportunidades que se puedan presentar, facilitando la definición de los objetivos y de las líneas de actuación con la finalidad de cumplir con su misión y alcanzar su visión, teniendo en cuenta sus valores.

Su desarrollo debe:

- 🧩 Contar con una estructura organizativa:



- 🧩 Ser un proceso participativo que integre varias fases.



🔗 El diseño de este plan se ha desarrollado en las siguientes etapas:

- ✔ Encuadre y contextualización.
- ✔ Definición de misión (qué somos y debemos ser), visión (qué queremos ser) y valores (con qué cualidades lo conseguiremos). Para ello se han realizado varias sesiones de trabajo en las que han participado el equipo técnico de la SGCA y todos los Directores de Continuidad Asistencial.
- ✔ Análisis de situación:

- Para este análisis el equipo de trabajo mantuvo varias reuniones. En ellas se elaboró la matriz DAFO (2º trimestre 2016) para identificar la situación de la organización, sus fortalezas y debilidades así como las amenazas y oportunidades brindadas por el entorno y la matriz de impacto.

Tras este análisis, se identificaron actuaciones (mediante la matriz CAME) para corregir debilidades y afrontar las amenazas (C-A) y en lo positivo mantener las fortalezas y explotar las oportunidades (M-E). Posteriormente cruzando los factores del análisis se elaboró una propuesta inicial de mapa estratégico.

- De forma paralela se ha realizado el análisis de las opiniones, demandas, y expectativas de los grupos de interés: pacientes, profesionales asistenciales, no asistenciales y directivos con el objetivo de identificar y priorizar líneas de trabajo a incluir en el plan, que den respuesta a estas expectativas. Para ello se ha realizado una revisión bibliográfica y se han desarrollado diferentes técnicas de investigación cualitativa: grupo nominal y grupos focales.
- ✍ Establecimiento del Marco estratégico: definición de retos y líneas estratégicas con objetivos y actuaciones a llevar a cabo. Realizada por el equipo coordinador y técnico del proyecto.
- ✍ Elaboración del plan de acción/despliegue. Realizada por el equipo coordinador y técnico del proyecto.
- ✍ Diseño de la evaluación, de cómo se va a llevar a cabo. Realizada por el equipo coordinador y técnico del proyecto.

El trabajo técnico para la elaboración del plan se inició en 2016, coordinado por la Subdirección General de Continuidad Asistencial y ha contado con la participación de numerosos profesionales, asistenciales, técnicos y directivos pertenecientes a diferentes ámbitos de atención: Atención Hospitalaria, SUMMA, Atención Primaria, Gerencia de Cuidados y Subdirección General de Farmacia y Productos Sanitarios.

The background of the slide is a blurred, purple-tinted photograph of a landscape. It shows a path or road winding through a field with trees and bushes in the distance. The overall aesthetic is soft and artistic.

CONTEXTUALIZACIÓN Y ANÁLISIS DE SITUACIÓN

6. CONTEXTUALIZACIÓN Y ANÁLISIS DE SITUACIÓN

Los cambios demográficos y epidemiológicos que se están produciendo y su intensidad en el entorno de los países desarrollados ponen de manifiesto un escenario que presenta demandas asistenciales crecientes a las que hay que dar respuesta.

Se han realizado tanto a nivel internacional como nacional numerosos esfuerzos para definir estrategias y plantear nuevas formas de abordar la situación, siendo común en todas ellas como aspecto esencial la potenciación de la continuidad asistencial como base de una buena práctica clínica, que junto con otros conceptos como la coordinación de la atención, los cuidados centrados en el paciente y la asistencia sanitaria integrada entre otros, generen mayor calidad asistencial, mejor salud, mayor equidad y menor coste¹³.

Aunque todos los modelos de abordaje persiguen evitar la fragmentación de la asistencia, mejorar la coordinación entre ámbitos, integrar servicios, integrar procesos, etc., son diferentes los enfoques y modelos de atención llevados a cabo en los distintos sistemas sanitarios, fundamentalmente condicionados por cómo se articulan los ámbitos de atención hospitalaria y de atención primaria.

Mientras países como Reino Unido, Dinamarca, Noruega y España¹⁴ entre otros plantean la atención primaria como la base y la puerta de entrada al sistema, potenciando su capacidad resolutoria y la figura del profesional de atención primaria como eje para la integración de los servicios actuando como gestor de casos y regulador de flujos, otros como Francia, Bélgica o EEUU, no limitan el acceso a los servicios especializados, pudiendo los usuarios acceder al médico que quieren cuando quieren y sitúan la continuidad entre ámbitos en múltiples programas y procesos asistenciales integrados concretos, (Programa de atención primaria Guided Care, Programa PACE sobre enfermos frágiles, programa EVERCARE de Minesota...), la mayoría de ellos centrados en los cuidados de los mayores.

A nivel nacional existen en la actualidad numerosas iniciativas, experiencias y proyectos sobre continuidad asistencial puestos en marcha en cada una de las Comunidades autónomas (CCAA) con el fin de dar respuesta fundamentalmente al reto de la cronicidad, partiendo, en la mayoría de los casos de la identificación y estratificación de la población de riesgo.

Comunidades autónomas como Andalucía, Cataluña, País Vasco, Valencia y Canarias han ido marcando el camino, iniciando experiencias de coordinación e integración de la asistencia, con sistemas de información, compartidos e integrados que abogan por la gestión por procesos, la comunicación entre profesionales, el establecimiento de nuevos roles o figuras profesionales, por el trabajo en equipo... Experiencias, que luego se han ido diversificando y consolidando de forma sostenida en el resto de CCAA.

6.1. CONTEXTUALIZACIÓN Y ENFOQUE DEL MODELO EN LA COMUNIDAD DE MADRID

Desde las primeras referencias sobre continuidad asistencial incluidas en diferentes marcos normativos (RD de 1984 sobre estructuras básicas de salud), se han sucedido distintas iniciativas y esfuerzos entre atención primaria y sus hospitales de referencia para conseguir estructuras estables de coordinación, con algunas experiencias de éxito que no se han extrapolado a toda la Comunidad de Madrid y cuya perdurabilidad ha dependido en numerosas ocasiones del interés y voluntarismo de determinados profesionales.

En 1986 La Ley General de Sanidad en su artículo 65.3 indicaba que deben fijarse las medidas adecuadas para garantizar la interrelación entre los diferentes niveles asistenciales.

En los años posteriores se emprendieron distintas iniciativas encaminadas a potenciar un modelo asistencial único estructurado en dos ámbitos complementarios entre sí, como el plan de agilización de consultas externas en 1997, el catálogo básico de pruebas diagnósticas y la creación de protocolos consensuados entre los diferentes ámbitos asistenciales.

La creación en 1997 de las Comisiones Paritarias dio cierto impulso a la coordinación con un carácter vinculante de las decisiones adoptadas sin encontrar durabilidad posterior.

Se han recogido también otras experiencias exitosas como la creación en 2005 de una figura finalista en Continuidad Asistencial ligada a una Gerencia de Atención Primaria (Área 11 de Atención Primaria con una Subdirección de continuidad asistencial) o los modelos de coordinación implantados en el Hospital Universitario Infanta Leonor (en el año 2008) y en la Fundación Jiménez Díaz (en 2009), consistentes en la creación de

una figura ubicada en el hospital y dedicada exclusivamente a la coordinación entre los profesionales de Atención Primaria y los profesionales de Atención Hospitalaria.

De esta manera y con diferentes modelos y vías entre Atención Primaria y los hospitales de referencia, se ha trabajado en los últimos 20 años de forma conjunta en diversos proyectos, protocolos o acuerdos de derivación de pacientes a diferentes especialidades, sin conseguir un modelo estable de trabajo con resultados y estructuras normalizadas y homogéneas para la continuidad.

A este histórico en iniciativas se suma además la extensión y la diversidad de la atención hospitalaria en la Comunidad de Madrid que hacen que el disponer de unas funciones de continuidad asistencial homogéneas y compartidas suponga un reto.

Los decretos de Área única y de libre elección de la Comunidad de Madrid en el 2010, plantearon un escenario en el que se hizo imprescindible impulsar el establecimiento de una cultura de trabajo conjunto y organizado entre los diferentes ámbitos asistenciales y en la que todos los servicios y categorías profesionales estuvieran implicados.

Desde esta perspectiva integradora, con el paciente como prioridad única, en un contexto social que de forma progresiva demanda un modelo de atención orientado a la calidad, la seguridad, la satisfacción y los resultados y que tenga en cuenta la perspectiva del ciudadano, la continuidad asistencial se entiende como un elemento esencial, que añade valor a la asistencia sanitaria prestada en la Comunidad de Madrid y como un elemento de garantía de una asistencia de calidad.

De esta forma el Servicio Madrileño de Salud apuesta por el impulso y estructuración de un marco de continuidad asistencial que se aplica como una forma de innovación sanitaria, entendida esta como la puesta en marcha de un nuevo modelo organizativo y de trabajo, que mejore la actividad cotidiana y la atención del paciente, diseñado de forma que sea fácilmente asumido por quienes participan en él.

Nació así la figura finalista del Director de Continuidad Asistencial (DCA) en todos los hospitales de la red sanitaria pública de la Comunidad de Madrid, encargado de impulsar y consolidar la coordinación en la asistencia sanitaria. El establecimiento de esta figura y su promoción como figura vertebradora y garante de la continuidad de la atención, persiguió como objetivo la puesta en marcha de una estrategia integral de

desarrollo de trabajo inter-ámbitos enfocado a la atención conjunta de los pacientes del área de referencia.

A su vez, para favorecer el desarrollo del trabajo y de los objetivos de los DCA se definió una figura de referencia en el ámbito de los Servicios Centrales de la Comunidad de Madrid - Coordinador de Direcciones de Continuidad Asistencial- que asumía entre sus funciones la coordinación y enlace entre todos los Directores de Continuidad Asistencial de los hospitales, el personal técnico de apoyo y las Direcciones Asistenciales de Atención Primaria.

Este modelo permitió ampliar las oportunidades para la planificación de experiencias en el campo de la continuidad asistencial abordando iniciativas que han favorecido la comunicación, la transferencia y utilización de la información y el conocimiento entre ámbitos asistenciales, han estrechado el vínculo entre los actores que intervienen en la atención sanitaria y han facilitado la continuidad de gestión mediante la promoción, colaboración y participación en diferentes proyectos y grupos de trabajo.

En el año 2015, mediante el decreto 196/2015 de estructura orgánica del Servicio Madrileño de Salud se crea, dentro de la Dirección General de Coordinación de la Asistencia Sanitaria, la Subdirección General de Continuidad Asistencial (SGCA), lo que supone la culminación y el impulso definitivo a este modelo de trabajo y pone de manifiesto la voluntad clara y decidida de la Consejería de apostar por este modelo, dando así un empuje decisivo para el diseño y el desarrollo de una atención integral e integrada, que sea percibida por el paciente y su entorno como continua y coherente, gestionada por procesos asistenciales que integran a todos los profesionales implicados, con el paciente en el centro del proceso y añadiendo valor al proceso de atención.

Esta subdirección integra a los Directores de Continuidad Asistencial de la red sanitaria pública de la Comunidad de Madrid y el Área de Cronicidad, encargada de impulsar y coordinar la implantación de la Estrategia de atención a pacientes con enfermedades crónicas en la Comunidad de Madrid (ECCM) y desarrolla su actividad de manera transversal y conjunta con el resto de gerencias y subdirecciones que integran la Dirección General de Coordinación de la Asistencia Sanitaria con el fin de conseguir asentar e impulsar la cultura de la continuidad asistencial en todo nuestro sistema sanitario.

La SGCA, desde su posición en la organización y con este enfoque transversal, tiene acceso a una visión del conjunto y a un profundo conocimiento del sistema, necesario para dar respuesta a aspectos clave como:

- Alinear los intereses y necesidades de los máximos responsables de la organización con los de los profesionales y ciudadanos.
- Liderar la agenda de la transformación.
- Crear el contexto que facilite a cada parte de la organización desarrollar sus capacidades.

6.2. ANÁLISIS INTERNO Y EXTERNO DE LA ORGANIZACIÓN EN EL MARCO DE LA CONTINUIDAD ASISTENCIAL

Para diseñar este plan estratégico se ha realizado un análisis interno y externo de la situación actual con respecto a la continuidad asistencial, a fin de identificar en nuestra organización los puntos fuertes y sus áreas de mejora, así como para detectar las amenazas y oportunidades que brinda el entorno institucional en el momento actual.

Como método de análisis se utilizó la **matriz DAFO**, elaborada durante el segundo trimestre de 2016.

A continuación se describe el resultado de la misma, siendo esta uno de los elementos a considerar para el establecimiento de las líneas de trabajo que persiguen cumplir con la misión y alcanzar la visión de esta subdirección.

	ANÁLISIS INTERNO	ANÁLISIS EXTERNO	
DEBILIDADES	Heterogeneidad en líneas y formas de trabajo de los Directores de Continuidad Asistencial en el contexto de la variabilidad de las características y líneas de gestión de los diferentes hospitales.	Cambios demográficos y epidemiológicos de la población con una cartera de servicios cada vez más amplia.	AMENAZAS
	Distintos Sistemas de Información Sanitaria entre Atención Primaria y Atención Hospitalaria. Diferentes aplicaciones de historia clínica electrónica (HCE) en los hospitales de la Comunidad de Madrid.	Dependencia de otras direcciones - subdirecciones en la asignación de recursos y en la toma de decisiones.	
	Insuficiente comunicación, implicación y motivación entre los profesionales asistenciales de Atención Primaria y Atención Hospitalaria en relación con la Continuidad Asistencial.	Dificultad para la normalización en la comunicación y transferencia de información entre ámbitos. Aplicativos de historia clínica electrónica y herramientas informáticas diversas en Atención Hospitalaria y única y poco flexible en Atención Primaria.	
	Insuficientes objetivos y visiones estratégicas compartidas entre el ámbito de Atención Primaria y el de Atención Hospitalaria.	No disponibilidad de una historia clínica electrónica única e integrada o de aplicaciones de HCE interoperables.	
	Falta de cultura de trabajo conjunto.	Otras prioridades institucionales por delante de la Continuidad Asistencial.	
	Disponibilidad de pocos resultados aún en Continuidad Asistencial.	Cuestionamiento de la figura de la enfermera de continuidad asistencial.	
FORTALEZAS	Presencia y consolidación de la figura del Director de Continuidad Asistencial, identificada tanto en Atención Primaria como en Atención Hospitalaria.	Innovación en gestión y desarrollo tecnológico y de sistemas.	OPORTUNIDADES
	Nueva estructura institucional. Creación de la Subdirección General de Continuidad Asistencial en la estructura de la Consejería de Sanidad. Impulso y apoyo institucional.	Demanda social de continuidad asistencial que evite la fragmentación entre ámbitos.	
	Desarrollo del rol y las competencias de la enfermera de continuidad asistencial en diferentes hospitales de la Comunidad de Madrid.	Los cambios sociodemográficos y epidemiológicos suponen un reto y una oportunidad de desarrollo (Innovación e impulso de nuevos enfoques y modelos de atención).	
	Disponibilidad de herramientas que facilitan la información clínica compartida: plataforma HORUS, SCAE, telemedicina, video-sesiones, especialista consultor, e-consulta, informes externos.	Abordaje de la continuidad asistencial en las estrategias de mejora de la seguridad de los pacientes a lo largo de su paso por el sistema sanitario.	
	Redefinición de los procesos asistenciales de forma conjunta entre Atención Primaria, Atención Hospitalaria y SUMMA 112.	Marcos nacionales e internacionales que apoyan la Continuidad Asistencial. Apoyo institucional en nuestra Comunidad.	
	Existencia de objetivos de Continuidad Asistencial en los Contratos Programa de Atención Primaria y en los Contratos de Gestión de Hospitales y disponibilidad de herramientas que permiten medirlos y detectar áreas de mejora.	Buena aceptación de la Continuidad Asistencial en centros sociosanitarios.	

Sobre la matriz DAFO, se ha elaborado la **Matriz de Impacto** en la que se ha ponderado la importancia relativa de cada uno de los factores identificados con el fin de conocer cuál es la situación de partida y de desarrollo en la que nos encontramos, así como la capacidad/disposición de la organización de mejorar la situación actual,

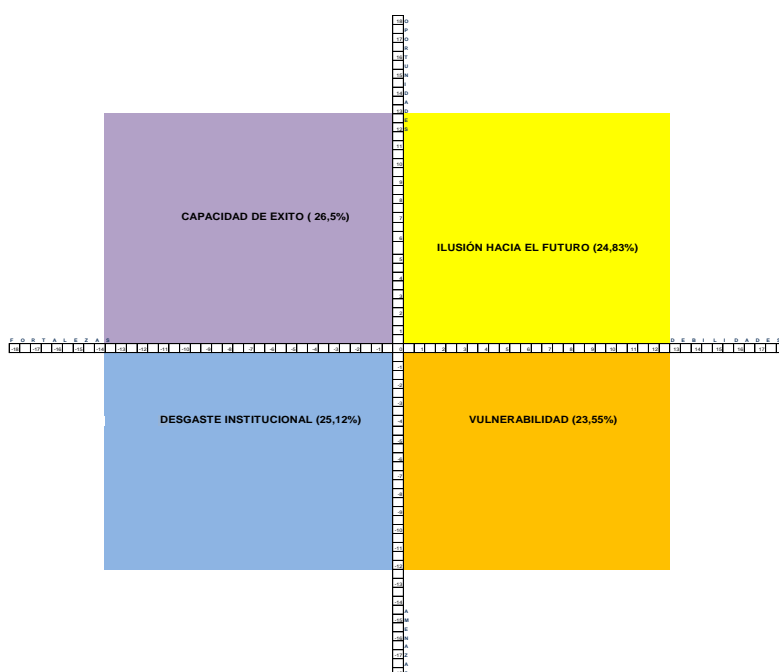
analizando sus cuatro variables: capacidad de éxito, ilusión hacia el futuro, desgaste institucional y vulnerabilidad.

El resultado de la matriz muestra un peso bastante homogéneo de las cuatro variables, aspecto a tener en cuenta a la hora de diseñar la estrategia para dar respuestas a las fuerzas influyentes del entorno.

Se hace por tanto imprescindible diseñar estrategias que respondan eficientemente a las necesidades detectadas, corrigiendo debilidades e impulsando y aprovechando las oportunidades detectadas.

		Resultado	Porcentaje
CAPACIDAD DE ÉXITO	Puntos fuertes x oportunidades	170.05	26,49%
ILUSIÓN HACIA EL FUTURO	Puntos débiles x oportunidades	159.38	24,83%
DESGASTE INSTITUCIONAL	Puntos fuertes x amenazas	161.24	25,12%
VULNERABILIDAD	Puntos débiles x amenazas	151.13	23,54%
TOTAL		641.80	100%

Representación gráfica



La identificación de estrategias y líneas de trabajo se ha realizado con la **Matriz CAME** persiguiendo corregir las debilidades, afrontar las amenazas, mantener las fortalezas y explotar las oportunidades.



6.3 ANÁLISIS DE LAS NECESIDADES Y EXPECTATIVAS DE PROFESIONALES Y PACIENTES SOBRE LA CONTINUIDAD ASISTENCIAL

En el marco de la elaboración de este Plan, la Subdirección General de Continuidad Asistencial, se planteó de forma previa al establecimiento de los retos, objetivos y líneas de actuación, explorar y recoger las opiniones, motivaciones, necesidades y expectativas de los distintos grupos de interés.

6.3.1. ANÁLISIS DE NECESIDADES Y EXPECTATIVAS DE PACIENTES Y PERSONAS CUIDADORAS

Para recoger las necesidades y expectativas de ciudadanos y/o pacientes de nuestra comunidad se han utilizado diferentes fuentes bibliográficas y de información^{15,16,17,18,19}

a. Informe de investigación cualitativa con pacientes y cuidadores desarrollado durante el diseño y elaboración de la Estrategia de atención a pacientes con enfermedades crónicas en la Comunidad de Madrid.

El estudio de investigación cualitativa (grupo de discusión) realizado con pacientes crónicos y sus cuidadores, en mayo de 2012 en el marco de la elaboración de la Estrategia de atención a pacientes con enfermedades crónicas en la Comunidad de Madrid, puso de manifiesto los problemas y necesidades experimentados por los participantes en su relación con el sistema sanitario y permitió descubrir diferentes perspectivas susceptibles de tener en cuenta a la hora de planificar y programar actividades en esta y otras estrategias.

Entre las expectativas y demandas sobre diferentes áreas de mejora se encontraron:

- ✍ Homogeneizar los servicios que se prestan en los diferentes centros de salud.
- ✍ Establecer protocolos que unifiquen criterios de actuación para las diferentes patologías.
- ✍ Disminuir la lista de espera tanto para consultas, como para la realización de pruebas y para conocer los resultados de las mismas.
- ✍ Recibir una atención más personalizada que revierta en una mejora en el trato que recibe el paciente, la valoración de los síntomas, la aplicación del tratamiento y seguimiento, y en la forma de facilitar la información.
- ✍ Aumentar las prestaciones dirigidas a mejorar la calidad de vida del paciente (sesiones de fisioterapia, atención psicológica sistematizada, podología...).

- ✍ Mejorar la información al paciente en aspectos de la enfermedad como los efectos adversos del tratamiento, evolución de la misma y cambios que experimentará en su estilo de vida.
- ✍ Generalizar la informatización en todo el Sistema Sanitario, para permitir disminuir la burocratización, facilitar las citas, favorecer y agilizar la comunicación entre los profesionales y agilizar el diagnóstico y tratamiento.
- ✍ Informatizar la gestión de las recetas para crónicos, facilitando la tarjeta electrónica.
- ✍ Facilitar la formación continuada a los profesionales a nivel técnico.
- ✍ Mejorar la accesibilidad física eliminando barreras en los centros sanitarios.
- ✍ Escuchar al paciente.
- ✍ Aumentar aquellos recursos que puedan ayudar a descargar la carga del cuidador (programas de descanso/respiro)...
- ✍ Facilitar formación, información y apoyo a la persona cuidadora.

b. Informe del Proyecto AMPHOS (Proyecto de análisis y mejora de procesos hospitalarios) “Cómo hacer efectiva la continuidad asistencial desde la perspectiva del paciente”.

En el marco de un programa plurianual de análisis y mejora de los procesos hospitalarios comienza a ejecutarse en 2012 el proyecto AMPHOS, un proyecto que persigue entre sus objetivos la mejora de la calidad asistencial. Los líderes y coordinadores de este proyecto, en 2016 se proponen como objetivo el abordaje de la continuidad asistencial, partiendo de la percepción y perspectiva del paciente, familiares y cuidadores.

Este informe incluye:


-  Exhaustiva revisión bibliográfica de las iniciativas puestas en marcha en continuidad asistencial tanto a nivel nacional como internacional en la que se identifican bajo el prisma del paciente diferentes áreas de mejora en la práctica asistencial (ver tabla 1).

Tabla 1. Principales conclusiones y propuestas de mejora de los estudios españoles e internacionales en cuanto a las barreras que impiden garantizar la continuidad asistencial y/o de cuidados.

✎ **Coherencia del personal asistencial:** Los pacientes crónicos quieren continuidad en la atención, ser atendidos por el mismo profesional a lo largo del tiempo, manteniendo visitas regulares para controlar la progresión.

✎ **Relación continuada paciente-profesional** fortaleciendo la relación personal y generando confianza en la relación terapéutica.

- Calidad de la atención: atención, amabilidad, confianza.
- Evitar excesiva familiaridad que a veces es vista como un impedimento al considerar que el profesional sanitario no lo toma en serio.
- Asumir la coordinación de los cuidados por un único profesional.

✎ **Involucración y autorresponsabilidad del paciente** como aspecto crítico en la continuidad de los cuidados.

✎ **Transferencia de la información** en las transiciones asistenciales (intra o extrahospitalarias).

✎ **Historia clínica única** que permita que los profesionales conozcan la información relativa al paciente sin que este tenga que contarla en repetidas ocasiones.

✎ **Coherencia en los cuidados:** acompañamiento del profesional, ayuda y preparación en el proceso de alta, organización de los traslados, coordinación de los cuidados en domicilio.

✎ **Accesibilidad:** disponibilidad del profesional cuando se necesita, acceso a pruebas diagnósticas cuando se necesitan, provisión de servicios de forma regular, a tiempo y eficientes, disponer de los procesos de asistencia sanitaria en la misma localización.

Resultados del cuestionario CCAENA²⁰.

El cuestionario CCAENA (única encuesta validada sobre continuidad asistencial en lengua castellana que explora opiniones, expectativas y demandas) se ha realizado a 700 pacientes, a 400 profesionales asistenciales y a 300 directivos.

En este estudio nacional profesionales y pacientes han puesto en común su experiencia y conocimiento para analizar la coordinación de la asistencia sanitaria y para identificar qué factores hay que cambiar para cumplir con las expectativas de los pacientes. Las principales conclusiones fueron:

- ✦ La no identificación de una figura de referencia en el sistema dificulta la construcción de relaciones y el generar adherencia. La mayor parte de los pacientes identifican el especialista del hospital como figura de referencia. En el caso de los profesionales de enfermería, los pacientes no identifican ninguna figura de referencia concreta.
- ✦ En el 34% de las veces el paciente dice que no es remitido a su médico de familia o enfermera de atención primaria con la consecuente pérdida de control y seguimiento del paciente por parte de los profesionales de Atención Primaria.
- ✦ En cuanto a los procesos asistenciales integrados, (tema abordado por la encuesta de forma indirecta), uno de cada tres pacientes percibe descoordinación entre niveles asistenciales y casi la mitad de los encuestados afirma que se trabaja de forma descoordinada entre niveles asistenciales, siendo este un punto crítico que influye directamente en el grado de satisfacción de los usuarios.
- ✦ En relación al traspaso de información entre niveles asistenciales, los profesionales perciben que existe aparentemente alguna incoherencia entre la información que Atención Primaria tiene de Atención Hospitalaria y la que Atención Hospitalaria tiene de Atención Primaria y esto dificulta la práctica clínica de los especialistas de hospital y contribuye a que se repitan pruebas ya realizadas en primaria.

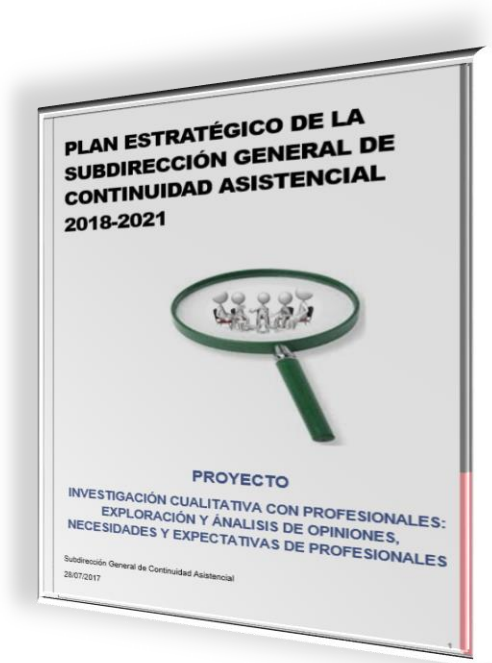
- ✎ En relación a la coherencia en los tratamientos prescritos y administrados, un 40% de los pacientes afirman que el médico de familia hizo cambios en el tratamiento prescrito por su especialista.
- ✎ Uno de cada cuatro pacientes se queda con dudas a lo largo del proceso de atención o bien porque no las pregunta o bien porque no son respondidas, siendo las dudas un factor influyente en la adherencia al tratamiento.
- ✎ Más del 40% de las altas no cuentan con planes de cuidados de enfermería, o no son conocidos por Atención Primaria.
- ✎ La historia única parece ser un factor clave para mejorar la continuidad asistencial, al facilitar la comunicación y el traspaso de información entre profesionales y entre ámbitos asistenciales.
- ✎ Más de la mitad de los pacientes afirman que un punto crítico para mejorar la asistencia sanitaria es poder mantener el mismo profesional asistencial.
- ✎ En relación a la frecuentación y al uso de los servicios sanitarios, las respuestas encontradas parecen indicar una organización de la asistencia poco clara para el paciente, que termina acudiendo allí donde le resuelven el problema.
- ✎ Se detecta la ausencia de protocolos específicos para el seguimiento de los pacientes complejos.

6.3.2. ANÁLISIS DE NECESIDADES Y EXPECTATIVAS DE PROFESIONALES

Para realizar el análisis sobre las opiniones, expectativas y necesidades que tienen los profesionales que trabajan actualmente en el Servicio Madrileño de Salud, se seleccionó la utilización de una técnica de investigación cualitativa: el grupo focal como técnica grupal de producción discursiva^{21,22,23}.

Con el desarrollo de los grupos focales se pretendía poner de manifiesto los problemas y necesidades experimentados por los participantes, en este caso en relación a la continuidad asistencial, a través de una dinámica conversacional grupal

semi-estructurada que fomentara la interacción de todos los miembros del grupo y que favoreciera por un lado la revelación de las posiciones, sentimientos, creencias y opiniones particulares de cada uno de los participantes en un contexto de influencia recíproca, así como la valoración de la existencia o no de discurso compartido.



*Como **objetivos** del estudio se identificaron*

- Poder compartir y reflexionar, desde la experiencia personal de cada participante, sobre el significado, las percepciones, las necesidades y las expectativas que se tienen en relación a diferentes aspectos de la continuidad asistencial a lo largo del proceso de salud - enfermedad.
- Seleccionar y priorizar líneas de trabajo en el plan estratégico, incorporando alguna de las iniciativas propuestas pretendiendo dar respuesta a las necesidades y expectativas planteadas.

Diseño de los grupos focales

- Se constituyeron 4 grupos focales compuestos por 8/9 participantes que tenían relación con la temática propia del objetivo del estudio. Se realizó un muestreo

intencionado en el que se incluyeron profesionales pertenecientes a diferentes ámbitos de atención y cuya zona de referencia pudiera ser tanto el ámbito urbano como rural.

- Los grupos estuvieron constituidos por profesionales asistenciales, técnicos y directivos, pertenecientes a Atención Hospitalaria de corta y media estancia (áreas médicas, áreas quirúrgicas, área de consultas, área de urgencias, servicios de admisión, servicios de atención al paciente), Atención Primaria, SUMMA 112, Gerencia de cuidados y Subdirección General de Farmacia y Productos Sanitarios.
- La coordinación y observación del desarrollo de los grupos fue realizada por profesionales de la Subdirección General de Continuidad Asistencial.
- La captación de los participantes se llevó a cabo por la Subdirección General de Continuidad Asistencial tras la propuesta de profesionales realizada por las distintas gerencias y subdirecciones implicadas.

Preguntas clave seleccionadas

Las preguntas claves fueron seleccionadas por el grupo investigador tomando como referencia los resultados y conclusiones de un grupo de discusión, realizado con los mismos objetivos en 2015 por Directores de Continuidad Asistencial. Preguntas que intentaban analizar diferentes aspectos y dimensiones de la continuidad asistencial (continuidad de la relación, continuidad de la información y continuidad de la gestión).

Resultados/ conclusiones del estudio.

Tras la transcripción literal de las grabaciones, se procedió a realizar el análisis individual y grupal de la información, relatos, actitudes y opiniones que iban apareciendo de forma reiterada.



En la siguiente tabla se describen las categorías y subcategorías identificadas tras este análisis.

Tabla 1. Categorización de la información obtenida de los grupos focales

CATEGORÍA 1. CONTINUIDAD DE LA RELACIÓN

SUBCATEGORÍAS

1.1. Comunicación entre profesionales.

- 1.1.1. Reuniones normalizadas y sistemáticas.
- 1.1.2. Mejorar el conocimiento entre ámbitos asistenciales.
- 1.1.3. Mensajes comunes desde los distintos ámbitos asistenciales.
- 1.1.4. Continuidad entre servicios.

1.2. Comunicación con el paciente.

1.3. Figuras y roles profesionales.

- 1.3.1. Consolidación de la figura del Director de Continuidad Asistencial.
- 1.3.2. Enfermera de continuidad asistencial como figura clave en la continuidad de cuidados.
- 1.3.3. Definición de las funciones de cada rol.

1.4. Formación.

- 1.4.1. Formación sistematizada.
 - 1.4.2. Manejo de las herramientas tecnológicas.
 - 1.4.3. Formación de profesionales ante cambio de puestos.
-

CATEGORÍA 2. CONTINUIDAD DE LA INFORMACIÓN

SUBCATEGORÍAS

2.1. Canales de comunicación y métodos utilizados para compartir la información.

- 2.1.1. La tecnología como elemento clave: proactiva, interoperable, bidireccional y manejable.
 - 2.1.2. Desarrollo de herramientas informáticas adaptadas a la continuidad asistencial y a la implantación de la estrategia de crónicos.
 - 2.1.3. Evaluación de resultados y del impacto de la tecnología.
 - 2.1.4. Existencia de un módulo único de prescripción.
 - 2.1.5. Elaboración de informes de cuidados de enfermería.
 - 2.1.6. Integrar el ámbito sociosanitario en la historia clínica.
-

CATEGORÍA 3. CONTINUIDAD DE LA GESTIÓN

SUBCATEGORÍAS

3.1. Modelos organizativos

- 3.1.1. Diseño de modelos asociados a la mejora de la continuidad asistencial. Procesos asistenciales integrados. Estratificación de la población.
- 3.1.2. Objetivos institucionales comunes.
- 3.1.3. Longitudinalidad de la atención sanitaria.
- 3.1.4. Mejora de la coordinación sociosanitaria.
- 3.1.5. Variabilidad en la continuidad asistencial. Normalización.
- 3.1.6. Conocimiento entre ámbitos asistenciales.
- 3.1.7. Papel activo del ciudadano y familiares.
- 3.1.8. Gestión de personas: satisfacción de pacientes y profesionales.

3.2. Liderazgo

3.2.1. Liderazgo de los equipos directivos.

3.2.2. Liderazgo del cambio cultural. Gestión del cambio.

3.3. Recursos

3.3.1. Recursos humanos.

3.3.2. Tecnología como un recurso. Normalización.

3.4. Accesibilidad

3.4.1. Accesibilidad a las figuras referentes.

3.4.2. Accesibilidad a ingresos hospitalarios programados evitando la urgencia.

3.4.3. Acceso a pruebas diagnósticas desde Atención Primaria.

3.4.4. Percepción positiva sobre los circuitos preferentes de atención.

3.4.5. Normalizar la variabilidad de acceso a las consultas.

3.5. Continuidad de cuidados

A continuación se reflejan los principales resultados del estudio: las opiniones, necesidades y expectativas de profesionales de nuestra organización en torno a la continuidad asistencial.

- Los profesionales destacan la necesidad de garantizar la continuidad asistencial entre los diferentes ámbitos asistenciales y entre servicios, siendo esta un elemento clave a la hora de mejorar la calidad de la atención prestada. Resaltan la importancia de impulsarla de forma continuada en el tiempo para evitar retrocesos en el desarrollo de iniciativas ya puestas en marcha.
- Es evidente el desconocimiento que los profesionales tienen de los otros ámbitos asistenciales percibiendo este desconocimiento como uno de los factores que dificulta la coordinación.
- El desarrollo de reuniones, jornadas, congresos, rotaciones por servicios diferentes u otros contactos formales, parecen ser algunas de las intervenciones clave que permiten a los profesionales, conocerse, relacionarse, compartir experiencias y opiniones y consensuar métodos de trabajo.

- Potenciar la comunicación entre profesionales pasa por el establecimiento de canales ágiles de comunicación y de transmisión de información y también porque los profesionales sientan esa necesidad de coordinación y se impliquen en su mejora.
- Los profesionales conceden un papel importante en esta relación a la elaboración de proyectos/protocolos de actuación conjuntos, destacando la necesidad de difundirlos de forma continuada para evitar que caigan en el olvido.
- El director de continuidad asistencial y la enfermera de continuidad asistencial son reconocidos como figuras clave de referencia y garantes de la continuidad asistencial a través de las cuales se vehiculiza la resolución de incidencias relacionadas con continuidad asistencial y de cuidados, retrasos de la atención, realización de pruebas, gestión de citas, coordinación entre profesionales, etc. Figuras que tienen que consolidarse a nivel institucional, dando a conocer su ubicación, funciones, etc.
- La formación entre profesionales es una de las herramientas clave de mejora que éstos identifican para garantizar la continuidad, siendo diversas, las metodologías que se plantean para llevarla a cabo.
- En cuanto a la transmisión de la información, se aboga por el desarrollo de diferentes canales que permitan compartir la información entre ámbitos asistenciales, facilitando que los profesionales que atienden al paciente la tengan cuando la necesitan.
- Los profesionales destacan la importancia del desarrollo de las nuevas tecnologías (e consulta, telemedicina, videoconferencias...), abogan por un desarrollo homogéneo dada la variabilidad existente sobre todo en el ámbito hospitalario y defienden la necesidad de formar a los profesionales en la utilización de las mismas para fomentar su uso.
- Aunque se considera que el desarrollo de la tecnología facilita la relación entre profesionales y la transmisión de la información, se reitera que tanto o más importante es generar cultura de cambio y lograr la implicación de los profesionales en el mismo.

- Parece existir un sentir general con respecto a la necesidad de seleccionar y priorizar la información a transmitir entre ámbitos y se recalca la importancia de la cumplimentación adecuada de los informes para que se pueda garantizar la continuidad de la atención, de los tratamientos y de los cuidados.
- En relación al desarrollo de modelos de atención que mejoren la continuidad asistencial, profesionales y directivos han hecho referencia al proceso asistencial integrado del paciente crónico complejo como una iniciativa en implantación que apuesta por prestar una atención coordinada e integrada, que aportará valor al modelo de atención actual aunque cuente con algunas limitaciones tecnológicas, que dificultan su implantación.
- El establecimiento de objetivos comunes y compartidos parece ser para los profesionales uno de los elementos clave para disminuir la brecha y la variabilidad existente entre ámbitos, potenciando el cambio a una velocidad media.
- Se señalan como asignaturas pendientes:
 - La coordinación sociosanitaria, identificándose lagunas de coordinación con las residencias. La percepción de profesionales y directivos es que aunque se ha avanzado todavía queda mucho por hacer.
 - La normalización de las actuaciones en continuidad asistencial, que intente evitar la variabilidad existente en relación a la gestión, al desarrollo de herramientas informáticas y a la implicación de los profesionales.
- Parecen coincidir en que “el hacer” no puede depender de actitudes voluntaristas; es fundamental un liderazgo participativo en el que los profesionales tengan sentido de pertenencia, se sientan partícipes del cambio y se comprometan a hacer de la continuidad una realidad cada vez más presente.
- Los directivos juegan un papel esencial en generar cultura de continuidad y en gestionar el cambio contando con los profesionales, motivándoles,

explicándoles, implicándoles hasta que hagan suyo ese cambio y lo interioricen.

- Se aprecia en alguno de los discursos demanda por parte de profesionales y directivos de aumento de recursos, identificando esta falta de recursos como uno de los factores que genera discontinuidad de la asistencia, derivaciones inadecuadas, sobrecarga de trabajo y variabilidad en las formas de actuar.
- La accesibilidad es uno de los aspectos destacados en este contexto de continuidad entendida esta en un sentido amplio y haciendo alusión a múltiples aspectos que se detallan a continuación:
 - Accesibilidad a las figuras referentes.
 - Accesibilidad a la información y a la historia clínica.
 - Accesibilidad al ingreso hospitalario programado.
 - Accesibilidad a las pruebas diagnósticas.
 - Accesibilidad de los profesionales a la gestión de las citas entre ámbitos.
 - Disminución de los tiempos de espera.
 - Accesibilidad a los circuitos preferentes de atención en los casos en los que sea necesario.
- Para finalizar recoger la necesidad sentida de los profesionales de impulsar y mantener activas las comisiones de continuidad asistencial y de cuidados.

An aerial photograph of a vast, snow-covered mountain range. The mountains are rugged and densely packed, with deep valleys and ridges. The foreground shows a wide, flat valley covered in snow, leading up to the base of the mountains. The sky is a clear, pale blue. The overall scene is serene and majestic.

MISIÓN, VISIÓN Y VALORES

7. MISIÓN, VISIÓN Y VALORES

7.1 MISIÓN

Lograr que los ciudadanos de la Comunidad de Madrid perciban que la atención sanitaria que reciben es coherente con sus necesidades y que se les presta una asistencia de calidad, continuada, integrada y humanizada, mediante el establecimiento de una cultura de coordinación y comunicación normalizada entre profesionales y de procesos asistenciales integrados que describan y den fluidez al paso del paciente por el sistema sociosanitario, adecuando los recursos a las necesidades de cada paciente y su entorno.

7.2 VISIÓN

Impulsar en nuestra organización la implantación de un modelo de cuidar a las personas, en el que éstas participen activamente y que las sitúe de forma efectiva en el centro del proceso asistencial, que se oriente hacia la obtención de resultados cada vez mejores en la salud de nuestra población, en la experiencia que viven los ciudadanos al recibir la atención sanitaria y en la sostenibilidad de un sistema alineado con los valores éticos de la sociedad a la que atiende.

Queremos ser el motor de la transformación hacia una organización flexible, integrada, proactiva, innovadora y basada en aumentar progresivamente su capacidad de añadir valor a los servicios que presta a las personas, al desarrollo de los profesionales que la integran y al conjunto de los ciudadanos, situando a la Comunidad de Madrid como referente nacional de una atención sanitaria integral centrada en las personas.

7.3 VALORES/PRINCIPIOS RECTORES

- ❖ **Asistencia centrada en las personas** siendo éstas el centro/ fin último de las actividades a desarrollar, tratando de satisfacer sus necesidades y expectativas.
- ❖ **Honestidad con los pacientes.** Comportamiento íntegro, honrado y justo en la prestación de atención y cuidados.
- ❖ **Equidad.** Disposición para dar a cada uno lo que precisa, de forma justa e imparcial, adecuando los recursos a las necesidades de cada persona y su entorno.

- ❖ **Comportamiento ético y responsable:** asunción de pautas de comportamiento, honestas y respetuosas hacia nuestros grupos de interés basadas en la transparencia, legalidad, profesionalidad, confidencialidad y responsabilidad corporativa.
- ❖ **Profesionalidad y compromiso con el conocimiento científico:** trabajar con un nivel científico apropiado, promoviendo la investigación y la creación de nuevos conocimientos basados en la evidencia científica y en la experiencia clínica.
- ❖ **Accesibilidad.** Proveer servicios a la población minimizando las barreras organizacionales, físicas, socioeconómicas, culturales y emocionales.
- ❖ **Atención de calidad.** Prestar una atención basada en conocimientos científicos con unos criterios de referencia establecidos y mínimo riesgo, y que persiga la mejora en la salud y la satisfacción de los usuarios.
- ❖ **Trabajo coordinado en equipo.** Promover la participación activa de todos los profesionales implicados en la atención y su compromiso en la consecución de los objetivos y metas establecidas.
- ❖ **Compromiso con la organización** identificándose como parte de la organización, compartiendo su estrategia e implicándose y corresponsabilizándose de los resultados conseguidos.



**OBJETIVOS, RETOS Y
LÍNEAS ESTRATÉGICAS**

8. OBJETIVOS, RETOS Y LÍNEAS ESTRATÉGICAS

8.1. OBJETIVOS GENERALES

8.1.1 OBJETIVO GENERAL ORIENTADO A LOS PACIENTES

Garantizar que los pacientes de la Comunidad de Madrid reciban y perciban los servicios sanitarios que precisen en el ámbito más adecuado para resolver sus necesidades asistenciales, proporcionando una atención accesible y continuada, eficiente, segura, integrada y humanizada.

8.1.2 OBJETIVO GENERAL ORIENTADO A LOS PROFESIONALES DE LA ORGANIZACIÓN

Favorecer que los profesionales de los diferentes ámbitos asistenciales trabajen de forma coordinada con una visión continua y compartida del trabajo asistencial, adecuando los recursos disponibles a las necesidades de cada paciente y su entorno, de manera que se asegure la fluidez y adecuación de las transiciones asistenciales.

8.2. RETOS ESTRATÉGICOS

- Consolidar la cultura de una visión continua y compartida del trabajo asistencial entre los profesionales de todos los ámbitos de atención.
- Mejorar la accesibilidad de los usuarios a los distintos ámbitos asistenciales.
- Prestar una atención integral a nuestros ciudadanos, dando respuesta a sus necesidades.
- Mejorar la calidad y seguridad de la atención prestada a las personas durante las transiciones asistenciales.
- Potenciar a través de las Fundaciones para la Investigación Biomédica e Institutos de Investigación Sanitaria la realización de proyectos de investigación, así como el aprendizaje y desarrollo de los profesionales orientado a la puesta en marcha de nuevos modelos de atención que den respuesta a las necesidades de cada paciente y su entorno.

- ▣ Adecuar las infraestructuras y modelos organizativos existentes para la consecución de los resultados deseados, gestionando eficientemente los recursos disponibles.

8.3. LÍNEAS ESTRATÉGICAS

8.3.1. Consolidación de la estructura organizativa y funcional de la Subdirección General de Continuidad Asistencial.

8.3.2. Liderazgo del desarrollo y afianzamiento de una cultura de continuidad en la asistencia entre ámbitos.

8.3.3. Consolidación del modelo asistencial de la Comunidad de Madrid como un modelo de atención integral, integrado y centrado en la persona.

8.3.4. Impulso de la coordinación y comunicación entre profesionales de los distintos ámbitos asistenciales.

8.3.5. Potenciación de una gestión adecuada de los recursos implicados en las transiciones asistenciales.

8.3.6. Evaluación y seguimiento de resultados.




**DESPLIEGUE ESTRATÉGICO,
PLAN DE ACCIÓN**

9. DESPLIEGUE ESTRATÉGICO/ PLAN DE ACCIÓN



9.1. CONSOLIDACIÓN DE LA ESTRUCTURA ORGANIZATIVA Y FUNCIONAL DE LA SUBDIRECCIÓN GENERAL DE CONTINUIDAD ASISTENCIAL.

Son elementos clave en el desarrollo de la continuidad asistencial la definición e implantación de la estructura y modelo organizativo de la Subdirección General de Continuidad Asistencial, así como la definición de las funciones a desarrollar.


OBJETIVO 1

-  Definir la estructura organizativa y funcional de la Subdirección General de Continuidad Asistencial.


Líneas de actuación:

-  Elaboración de un documento que recoja:
 - La estructura y modelo organizativo de la SGCA.
 - Funciones de la SGCA.
-  Consolidación y potenciación de la figura del Director de Continuidad Asistencial:
 - Definición del puesto y funciones.
 - Establecimiento del perfil competencial.
 - Establecimiento del mapa de relaciones.
 - Descripción de los circuitos de comunicación con estos profesionales desde los diferentes puestos de la organización.

OBJETIVO 2


-  Establecer estructuras organizativas multidisciplinares, estables y finalistas lideradas por el Director de Continuidad Asistencial que impulsen y fomenten la cultura de continuidad asistencial e implanten la filosofía de trabajo coordinado en todos los ámbitos asistenciales.

Líneas de actuación:



-  Creación, consolidación y normalización de órganos de participación estructurados y/o comisiones encargadas de adaptar las líneas globales de acción a los ámbitos de trabajo correspondientes.

9.2. LIDERAZGO DEL DESARROLLO Y AFIANZAMIENTO DE UNA CULTURA DE CONTINUIDAD EN LA ASISTENCIA ENTRE ÁMBITOS.


OBJETIVO 1

-  Potenciar el papel y la implicación de los directivos de la organización en la implantación de la cultura de continuidad asistencial.




Líneas de actuación:

-  Difusión del Plan estratégico a directivos de la organización.
-  Inclusión de la visión de los directivos de la organización en la definición y desarrollo de los distintos proyectos elaborados por la SGCA.


OBJETIVO 2

-  Impulsar la visión de continuidad asistencial en las estrategias y/o líneas de trabajo de la organización.


Líneas de actuación:



-  Añadir valor al modelo mediante la integración de objetivos de continuidad asistencial en los contratos de gestión.
-  Definición de objetivos compartidos para los diferentes ámbitos relacionados con la continuidad asistencial.
-  Colaboración en el diseño de los diferentes planes estratégicos, programas y proyectos marco de la Consejería de Sanidad, introduciendo la visión de continuidad asistencial y de atención integrada centrada en la persona.

OBJETIVO 3


-  Impulsar la formación continuada y el aprendizaje de los profesionales del Servicio Madrileño de Salud en el abordaje integrado de la atención a las personas y en la coordinación entre ámbitos, mediante el desarrollo de buenas prácticas.

Líneas de actuación:


-  Impulso de la inclusión de actividades formativas relacionadas con la continuidad asistencial y el abordaje a la cronicidad en los diferentes planes formativos de nuestra organización.

-  Elaboración y difusión de buenas prácticas en continuidad asistencial mediante el desarrollo de jornadas, encuentros, sesiones y otros foros que faciliten la adquisición de conocimientos y el compartir experiencias.
-  Promoción de la utilización del banco de proyectos ContinúAS como herramienta de difusión de las iniciativas puestas en marcha en nuestra organización en relación con la continuidad asistencial, poniéndolas a disposición de todos los profesionales.

OBJETIVO 4


-  Promover la investigación relacionada con la atención continuada e integral de los pacientes.

Líneas de actuación:




-  Impulso de la realización y difusión de proyectos/estudios de investigación orientados al abordaje de la cronicidad y de la continuidad asistencial.

9. 3. CONSOLIDACION DEL MODELO ASISTENCIAL DE LA COMUNIDAD DE MADRID COMO UN MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL, INTEGRADO Y CENTRADO EN LA PERSONA.


OBJETIVO 1

-  Identificar las necesidades de atención de cada persona a lo largo de todo su proceso salud/enfermedad.




Líneas de actuación:

-  Sistematización y automatización del proceso de estratificación y clasificación de la población según su nivel de riesgo.
-  Fomento de la valoración de necesidades y asignación del nivel de intervención por parte de los profesionales de Atención Primaria.
-  Potenciar la integración de la información clínica de la estratificación del riesgo y de las necesidades de los pacientes en su historia clínica.


OBJETIVO 2

-  Identificar la necesidad de nuevos roles profesionales y definir las funciones y competencias a desarrollar por las figuras clínicas de referencia en la atención al paciente.






Líneas de actuación:

-  Normalización de los referentes asistenciales de los diferentes ámbitos, como figuras clave y puntos de unión en la gestión de casos, especialmente en escenarios de complejidad.
-  Elaboración de documentos que definan las funciones y/o competencias de los nuevos roles profesionales identificados.
-  Desarrollo de intervenciones educativas orientadas a mejorar la capacitación de los profesionales en el desempeño de estos roles.


OBJETIVO 3

-  Establecer modelos de atención a las personas, acordes a su situación clínica y necesidades, asegurando un recorrido integrado del paciente sin fragmentación entre ámbitos de atención.



Líneas de actuación:

-  Priorización y selección de los procesos asistenciales integrados siguiendo los criterios establecidos en el documento marco de desarrollo de procesos asistenciales integrados.
-  Impulso y coordinación de la elaboración de procesos asistenciales integrados facilitando la participación de profesionales pertenecientes a las distintas estructuras del Servicio Madrileño de Salud.
-  Liderazgo en la difusión de los procesos asistenciales integrados elaborados.
-  Liderazgo, coordinación y seguimiento de la implantación de los procesos asistenciales integrados elaborados.
-  Liderazgo y coordinación de su evaluación, revisión y mejora.

OBJETIVO 4

-  Desarrollar elementos que mejoren la capacitación del paciente y personas cuidadoras para llevar a cabo el cuidado de su salud y la gestión de su enfermedad.


Líneas de actuación:


-  Participación en la planificación y desarrollo de jornadas, encuentros, cursos, talleres, etc. dirigidos a pacientes que potencien el papel activo y protagonista del mismo en el cuidado de su salud y gestión de su enfermedad.
-  Coordinación en la elaboración, difusión, implantación y evaluación de proyectos de educación estructurada para mejorar la capacidad de autocuidado.

OBJETIVO 5

-  Aumentar la seguridad de los pacientes durante las transiciones asistenciales.


Líneas de actuación:

-  Abordaje específico de la seguridad de los pacientes, como un elemento transversal, en todos los procesos, circuitos, procedimientos, talleres, etc. elaborados por la Subdirección General de Continuidad Asistencial.




 Potenciar la participación de los Directores y Enfermeras de Continuidad Asistencial en el análisis y gestión de incidentes de seguridad identificados en las Unidades de Atención al Paciente y /o en las Unidades Funcionales de Gestión de Riesgos Sanitarios relacionados con continuidad asistencial.

9.4. IMPULSO DE LA COORDINACIÓN Y COMUNICACIÓN ENTRE PROFESIONALES DE LOS DISTINTOS ÁMBITOS ASISTENCIALES.


OBJETIVO 1

-  Facilitar la normalización de la información asistencial y la accesibilidad de los profesionales de los diferentes ámbitos a la misma.




Líneas de actuación:

-  Fomento, apoyo y participación en el desarrollo de herramientas informáticas que promuevan la comunicación, coordinación y continuidad asistencial y transformen el registro de datos en información útil para la toma de decisiones tanto para profesionales como para gestores.
-  Potenciación del acceso de los profesionales sanitarios a los contenidos de la historia clínica electrónica.
-  Colaboración y participación en la normalización de la información clínica compartida entre los sistemas de información de distintos ámbitos asistenciales.


OBJETIVO 2

-  Impulsar la coordinación y continuidad asistencial con el ámbito social mediante el establecimiento de mecanismos de coordinación y de redes de trabajo entre los profesionales asistenciales de los ámbitos sanitario y social.




Líneas de actuación:

-  Participación en la elaboración de planes conjuntos de actuación socio-sanitarios, que incluyan la valoración integral y multidisciplinar de las necesidades de cada persona.
-  Fomento del desarrollo de iniciativas de coordinación entre profesionales del sistema sanitario y los profesionales de los centros sociosanitarios, en el caso de personas institucionalizadas.
-  Colaboración en el diseño y establecimiento de canales estables de comunicación entre profesionales del ámbito sanitario y social.

OBJETIVO 3


-  Potenciar junto con la Gerencia de Cuidados el papel de la enfermera como garante de la continuidad de cuidados de los pacientes a lo largo de su tránsito por los diferentes ámbitos asistenciales, especialmente en aquellos que se encuentran en situación de fragilidad y vulnerabilidad.

Líneas de actuación:



-  Establecimiento de los canales de comunicación entre los profesionales de enfermería de diferentes ámbitos que intervienen en el cuidado de los pacientes, dando continuidad al mismo.
-  Consolidación de la figura de la enfermera de continuidad asistencial como garante de la continuidad de los cuidados en los procesos de alta hospitalaria.
-  Impulso y colaboración en la normalización de la transmisión de los informes de cuidados de enfermería.

9. 5. POTENCIACIÓN DE UNA ADECUADA GESTIÓN DE LOS RECURSOS IMPLICADOS EN LAS TRANSICIONES ASISTENCIALES


OBJETIVO1

-  Favorecer una gestión normalizada de las pruebas diagnósticas que garantice la adecuación y accesibilidad y mejore la capacidad de resolución de los procesos asistenciales en el ámbito más indicado.




Líneas de actuación:

-  Normalización de los criterios de solicitud de las pruebas diagnósticas de acuerdo a la mejor evidencia disponible y a criterios sustentados de seguridad, efectividad y eficiencia.
-  Definición del procedimiento de gestión para la indicación, realización de pruebas diagnósticas y devolución de resultados, así como de un sistema de evaluación y mejora de la gestión.

OBJETIVO 2


-  Optimizar los flujos de atención a las personas en las transiciones entre ámbitos asistenciales racionalizando los tiempos de atención y contribuyendo a la mejora de la calidad en la atención sanitaria.

Líneas de actuación:



-  Impulso de una oferta asistencial orientada a la mejora de la accesibilidad, la adecuación en la atención y la resolución efectiva, eficiente y segura de los procesos.
-  Establecimiento de criterios y definición de los flujos de trabajo que garanticen el acceso a la asistencia en el ámbito más adecuado (hospitalización convencional, media estancia, hospital de día, etc.) especialmente para los pacientes con mayor complejidad y fragilidad.
-  Gestión adecuada de las derivaciones preferentes/urgentes en función de las necesidades del paciente: sospecha de malignidad (SM) y valoración previa por el especialista (VPE).

9. 6. EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO DE RESULTADOS


OBJETIVO 1

 Evaluar la difusión y el grado de implantación de este plan estratégico.



Líneas de actuación:

-  Constitución de la Comisión operativa de seguimiento y evaluación.
-  Elaboración de un informe anual de seguimiento que incluya el nivel de ejecución de las actividades programadas y el grado de cumplimiento del plan.


OBJETIVO 2

 Monitorizar la satisfacción y percepción de los ciudadanos con respecto a la cronicidad y la continuidad asistencial.


Líneas de actuación:

-  Inclusión en la encuesta de satisfacción anual de los ciudadanos, de indicadores que midan el grado de satisfacción de los pacientes con el abordaje a la cronicidad, con la coordinación entre profesionales y con otros aspectos de la continuidad asistencial. Seguimiento de estos indicadores incluidos en la encuesta de satisfacción.
-  Diseño de un sistema de evaluación de la percepción de los usuarios con respecto a la continuidad asistencial.

OBJETIVO 3

 Monitorizar la percepción de los profesionales con respecto a la continuidad asistencial.

Líneas de actuación:

-  Diseño de un sistema de evaluación de la percepción de los profesionales con respecto a la continuidad asistencial.

An aerial photograph of a tropical coastline. The top half of the image shows a dense line of green trees and vegetation along the shore. Below the trees is a wide, white sandy beach that curves along the coast. The bottom half of the image shows the clear, turquoise water of the ocean, which meets the beach at a gentle slope. The overall scene is bright and serene, with a clear blue sky visible at the very top.

CRONOGRAMA DE IMPLANTACIÓN

10. CRONOGRAMA DE IMPLANTACIÓN

LÍNEA ESTRATÉGICA	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	LÍNEAS DE ACTUACIÓN	2018		2019		2020		2021	
			1er. Sem	2do. Sem	1er. Sem	2do. Sem	1er. Sem	2do. Sem	1er. Sem	2do. Sem
1. Consolidación de la estructura organizativa y funcional de la Subdirección General de Continuidad Asistencial (SGCA).	1. Definir la estructura organizativa y funcional de la Subdirección General de Continuidad Asistencial.	1. Elaboración de un documento que recoja la estructura, modelo organizativo y funciones de la SGCA.								
		2. Consolidación y potenciación de la figura del Director de Continuidad Asistencial (DCA).								
	2. Establecer estructuras organizativas multidisciplinares, estables y finalistas lideradas por el Director de Continuidad Asistencial que impulsen y fomenten la cultura de continuidad asistencial e implanten la filosofía de trabajo coordinado en todos los ámbitos asistenciales.	1. Creación, consolidación y normalización de órganos de participación estructurados y/o comisiones encargadas de adaptar las líneas globales de acción a los ámbitos de trabajo correspondientes.								

LÍNEA ESTRATÉGICA	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	LÍNEAS DE ACTUACIÓN	2018		2019		2020		2021	
			1er. Sem	2do. Sem	1er. Sem	2do. Sem	1er. Sem	2do. Sem	1er. Sem	2do. Sem
2. Liderazgo del desarrollo y afianzamiento de una cultura de continuidad en la asistencia entre ámbitos.	1. Potenciar el papel y la implicación de los directivos de la organización en la implantación de la cultura de continuidad asistencial.	1. Difusión del plan estratégico a directivos de la organización.								
		2. Inclusión de la visión de los directivos de la organización en la definición y desarrollo de los distintos proyectos elaborados por la SGCA.								
	2. Impulsar la visión de continuidad asistencial en las estrategias y/o líneas de trabajo de la organización.	1. Añadir valor al modelo mediante la integración de objetivos de continuidad asistencial en los contratos de gestión.								
		2. Definición de objetivos compartidos para los diferentes ámbitos relacionados con la continuidad asistencial.								
		3. Colaboración en el diseño de los diferentes planes estratégicos, programas y proyectos marco de la Consejería de Sanidad, introduciendo la visión de continuidad asistencial y de atención integrada centrada en la persona.								

LÍNEA ESTRATÉGICA	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	LÍNEAS DE ACTUACIÓN	2018		2019		2020		2021	
			1er. Sem	2do. Sem	1er. Sem	2do. Sem	1er. Sem	2do. Sem	1er. Sem	2do. Sem
2. Liderazgo del desarrollo y afianzamiento de una cultura de continuidad en la asistencia entre ámbitos.	3. Impulsar la formación continuada y el aprendizaje de los profesionales del Servicio Madrileño de Salud en el abordaje integrado de la atención a las personas y en la coordinación entre ámbitos, mediante el desarrollo de buenas prácticas .	1. Impulso de la inclusión de actividades formativas relacionadas con la continuidad asistencial y el abordaje a la cronicidad en los diferentes planes formativos de nuestra organización.								
		2. Elaboración y difusión de buenas prácticas en continuidad asistencial mediante el desarrollo de jornadas, encuentros, sesiones y otros foros que faciliten la adquisición de conocimientos y el compartir experiencias.								
		3. Promoción de la utilización del banco de proyectos ContinúAS como herramienta de difusión de las iniciativas puestas en marcha en nuestra organización en relación con la continuidad asistencial, poniéndolas a disposición de todos los profesionales.								
	4. Promover la investigación relacionada con la atención continuada e integral de los pacientes.	1. Impulso de la realización y difusión de proyectos / estudios de investigación orientados al abordaje de la cronicidad y de la continuidad asistencial.								

LÍNEA ESTRATÉGICA	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	LÍNEAS DE ACTUACIÓN	2018		2019		2020		2021	
			1er. Sem	2do. Sem	1er. Sem	2do. Sem	1er. Sem	2do. Sem	1er. Sem	2do. Sem
3. Consolidación del modelo asistencial de la Comunidad de Madrid como un modelo de atención integral, integrado y centrado en la persona.	1. Identificar las necesidades de atención de cada persona a lo largo de todo su proceso salud/enfermedad.	1. Sistematización y automatización del proceso de estratificación y clasificación de la población según su nivel de riesgo.								
		2. Fomento de la valoración de necesidades y asignación del nivel de intervención por parte de los profesionales de Atención Primaria.								
		3. Potenciar la integración de la información clínica de la estratificación del riesgo y de las necesidades de los pacientes en su historia clínica.								
	2. Identificar la necesidad de nuevos roles profesionales y definir las funciones y competencias a desarrollar por las figuras clínicas de referencia en la atención al paciente.	1. Normalización de los referentes asistenciales de los diferentes ámbitos, como figuras clave y puntos de unión en la gestión de casos, especialmente en escenarios de complejidad.								
		2. Elaboración de documentos que definen las funciones y/o competencias de los nuevos roles profesionales identificados.								
		3. Desarrollo de intervenciones educativas orientadas a mejorar la capacitación de los profesionales en el desempeño de estos roles.								

LÍNEA ESTRATÉGICA	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	LÍNEAS DE ACTUACIÓN	2018		2019		2020		2021	
			1er. Sem	2do. Sem	1er. Sem	2do. Sem	1er. Sem	2do. Sem	1er. Sem	2do. Sem
3. Consolidación del modelo asistencial de la Comunidad de Madrid como un modelo de atención integral, integrado y centrado en la persona.	3. Establecer modelos de atención a las personas acordes a su situación clínica y necesidades, asegurando un recorrido integrado del paciente sin fragmentación entre ámbitos de atención.	1. Priorización y selección de los procesos asistenciales integrados siguiendo los criterios establecidos en el documento marco de desarrollo de procesos asistenciales integrados.								
		2. Impulso y coordinación de la elaboración de procesos asistenciales integrados facilitando la participación de profesionales pertenecientes a las distintas estructuras del Servicio Madrileño de Salud.								
		3. Liderazgo en la difusión de los procesos asistenciales integrados elaborados.								
		4. Liderazgo, coordinación y seguimiento de la implantación de los procesos asistenciales integrados elaborados.								
		5. Liderazgo y coordinación de su evaluación, revisión y mejora.								
	4. Desarrollar elementos que mejoren la capacitación del paciente y personas cuidadoras para llevar a cabo el cuidado de su salud y la gestión de su enfermedad.	1. Participación en la planificación y desarrollo de jornadas, encuentros, cursos, talleres, etc. dirigidos a pacientes que potencien el papel activo y protagonista del mismo en el cuidado de su salud y gestión de su enfermedad.								
		2. Coordinación en la elaboración, difusión, implantación y evaluación de proyectos de educación estructurada para mejorar la capacidad de autocuidado.								
	5. Aumentar la seguridad de los pacientes durante las transiciones asistenciales.	1. Abordaje específico de la seguridad de los pacientes, como un elemento transversal, en todos los procesos, circuitos, procedimientos, etc. elaborados por la Subdirección General de Continuidad Asistencial.								
		2. Potenciar la participación de los Directores y Enfermeras de Continuidad Asistencial en el análisis y gestión de incidentes de seguridad identificados en las Unidades de Atención al Paciente y /o en las Unidades Funcionales de Gestión de Riesgos Sanitarios relacionados con continuidad asistencial.								

LÍNEA ESTRATÉGICA	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	LÍNEAS DE ACTUACIÓN	2018		2019		2020		2021	
			1er. Sem	2do. Sem	1er. Sem	2do. Sem	1er. Sem	2do. Sem	1er. Sem	2do. Sem
4. Impulso de la coordinación y comunicación entre profesionales de los distintos ámbitos asistenciales.	1. Facilitar la normalización de la información asistencial y la accesibilidad de los profesionales de los diferentes ámbitos a la misma.	1. Fomento, apoyo y participación en el desarrollo de herramientas informáticas que promuevan la comunicación, coordinación y continuidad asistencial y transformen el registro de datos en información útil para la toma de decisiones tanto para profesionales como para gestores.								
		2. Potenciación del acceso de los profesionales sanitarios a los contenidos de la historia clínica electrónica.								
		3. Colaboración y participación en la normalización de la información clínica compartida entre los sistemas de información de distintos ámbitos asistenciales.								
	2. Impulsar la coordinación y continuidad asistencial con el ámbito social mediante el establecimiento de mecanismos de coordinación y de redes de trabajo entre los profesionales asistenciales de los ámbitos sanitario y social.	1. Participación en la elaboración de planes conjuntos de actuación socio-sanitarios, que incluyan la valoración integral y multidisciplinar de las necesidades de cada persona.								
		2. Fomento del desarrollo de iniciativas de coordinación entre profesionales del sistema sanitario y los profesionales de los centros sociosanitarios, en el caso de personas institucionalizadas.								
		3. Colaboración en el diseño y establecimiento de canales estables de comunicación entre profesionales del ámbito sanitario y social.								

LÍNEA ESTRATÉGICA	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	LÍNEAS DE ACTUACIÓN	2018		2019		2020		2021	
			1er. Sem	2do. Sem	1er. Sem	2do. Sem	1er. Sem	2do. Sem	1er. Sem	2do. Sem
4. Impulso de la coordinación y comunicación entre profesionales de los distintos ámbitos asistenciales.	3. Potenciar junto con la Gerencia de cuidados el papel de la enfermera como garante de la continuidad de cuidados de los pacientes a lo largo de su tránsito por los diferentes ámbitos asistenciales, especialmente en aquellos que se encuentran en situación de fragilidad y vulnerabilidad.	1. Establecimiento de los canales de comunicación entre los profesionales de enfermería de diferentes ámbitos que intervienen en el cuidado de los pacientes, dando continuidad al mismo.								
		2. Consolidación de la figura de la enfermera de continuidad asistencial como garante de la continuidad de los cuidados en los procesos de alta hospitalaria.								
		3. Impulso y colaboración en la normalización de la transmisión de los informes de cuidados de enfermería.								

LÍNEA ESTRATÉGICA	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	LÍNEAS DE ACTUACIÓN	2018		2019		2020		2021	
			1er. Sem	2do. Sem	1er. Sem	2do. Sem	1er. Sem	2do. Sem	1er. Sem	2do. Sem
5. Potenciación de una adecuada gestión de los recursos implicados en las transiciones asistenciales.	1. Favorecer una gestión normalizada de las pruebas diagnósticas que garantice la adecuación y accesibilidad y mejore la capacidad de resolución de los procesos asistenciales en el ámbito más indicado.	1. Normalización de los criterios de solicitud de las pruebas diagnósticas de acuerdo a la mejor evidencia disponible y a criterios sustentados de seguridad, efectividad y eficiencia.								
		2. Definición del procedimiento de gestión para la indicación, realización de pruebas diagnósticas y devolución de resultados, así como de un sistema de evaluación y mejora de la gestión.								
	2. Optimizar los flujos de atención a las personas en las transiciones entre ámbitos asistenciales racionalizando los tiempos de atención y contribuyendo a la mejora de la calidad en la atención sanitaria.	1. Impulso de una oferta asistencial orientada a la mejora de la accesibilidad, la adecuación en la atención y la resolución efectiva, eficiente y segura de los procesos.								
		2. Establecimiento de criterios y definición de los flujos de trabajo que garanticen el acceso a la asistencia en el ámbito más adecuado (hospitalización convencional, media estancia, hospital de día, etc.) especialmente para los pacientes con mayor complejidad y fragilidad.								
		3. Gestión adecuada de las derivaciones preferentes/urgentes en función de las necesidades del paciente: sospecha de malignidad (SM) y valoración previa por el especialista (VPE).								

LÍNEA ESTRATÉGICA	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	LÍNEAS DE ACTUACIÓN	2018		2019		2020		2021	
			1er. Sem	2do. Sem	1er. Sem	2do. Sem	1er. Sem	2do. Sem	1er. Sem	2do. Sem
6. Evaluación y seguimiento de resultados.	1. Evaluar la difusión y el grado de implantación de este plan estratégico.	1. Constitución de la Comisión operativa de seguimiento y evaluación.								
		2. Elaboración de un informe anual de seguimiento que incluya el nivel de ejecución de las actividades programadas y el grado de cumplimiento del plan.								
	2. Monitorizar la satisfacción y percepción de los ciudadanos con respecto a la cronicidad y a la continuidad asistencial.	1. Inclusión en la encuesta de satisfacción anual de los ciudadanos de indicadores que midan el grado de satisfacción de los pacientes con el abordaje a la cronicidad, con la coordinación entre profesionales y con otros aspectos de la continuidad asistencial.								
		2. Seguimiento de estos indicadores incluidos en la encuesta de satisfacción.								
		3. Diseño de un sistema de evaluación de la percepción de los usuarios con respecto a la continuidad asistencial.								
	3. Monitorizar la percepción de los profesionales con respecto a la continuidad asistencial.	1. Diseño de un sistema de evaluación de la percepción de los profesionales con respecto a la continuidad asistencial.								



EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

11. EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

El seguimiento del plan se llevará a cabo de forma sistemática y continuada, con el objetivo de monitorizar el desarrollo e implantación del mismo. La periodicidad de la evaluación será anual y será realizada por una comisión de seguimiento liderada por la Subdirección General de Continuidad Asistencial constituida para tal fin. Dicha comisión centralizará la información derivada del plan y elaborará un informe de seguimiento que recoja los avances del mismo.

Para evaluar cada una de las líneas de trabajo se monitorizarán los indicadores recogidos en las siguientes tablas. Indicadores acordes con los objetivos y las acciones definidas en el plan y los resultados esperados, centrados por tanto no solo en medir el grado de ejecución de las acciones (por línea estratégica y total) sino también en evaluar los resultados conseguidos con las mismas.

Para evaluar el grado de cumplimiento del plan se valorarán:

1. El nivel de ejecución de las actividades:

- El porcentaje de actividades ejecutadas (realizada según lo programado; cumple con el estándar establecido para el indicador) en relación al total de actividades definidas en su totalidad y por línea estratégica.
- El porcentaje de actividades puestas en marcha (se ha iniciado ejecución pero no se ha alcanzado estándar establecido para el indicador) en relación al total de actividades definidas en su totalidad y por línea estratégica.
- El porcentaje de actividades reprogramadas (No se ha iniciado el desarrollo de la actividad y se pospone para el siguiente año) en relación al total de actividades definidas en su totalidad y por línea estratégica.
- Porcentaje de actividades suprimidas (se ha desestimado su ejecución) en relación al total de actividades definidas en su totalidad y por línea estratégica.

2. El grado de avance del Plan, que vendrá determinado por el nivel de consecución de las actividades de cada línea estratégica en el periodo analizado.

Cada uno de los indicadores contará con una ficha de seguimiento en la que se incluirá la definición del indicador, la fórmula de medición, la fuente utilizada para la obtención de los datos, la meta a conseguir así como las aclaraciones necesarias.

El Plan de acción será revisado de forma anual, a partir de los resultados del seguimiento, con objeto de poder identificar logros, avances y dificultades encontradas y readaptar la planificación estratégica ante los nuevos escenarios surgidos, reprogramando el desarrollo de actividades y/o modificando objetivos si procede.

A continuación se incluyen las tablas que incluyen los diferentes indicadores de evaluación de la puesta en marcha de las diferentes actuaciones.

Tablas de indicadores de evaluación

*r/c= relacionado con

LÍNEA ESTRATÉGICA	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	LÍNEAS DE ACTUACIÓN	INDICADORES
1. Consolidación de la estructura organizativa y funcional de la Subdirección General de Continuidad Asistencial (SGCA).	1. Definir la estructura organizativa y funcional de la Subdirección General de Continuidad Asistencial.	1. Elaboración de un documento que recoja la estructura, modelo organizativo y funciones de la SGCA.	1. Existencia de un documento que recoja la estructura, funciones y modelo organizativo de la SGCA.
		2. Consolidación y potenciación de la figura del Director de Continuidad Asistencial (DCA).	1. Existencia de un documento que recoja: puesto, funciones, perfil competencial del DCA, mapa de relaciones y circuitos de comunicación.
	2. Establecer estructuras organizativas multidisciplinares, estables y finalistas lideradas por el Director de Continuidad Asistencial que impulsen y fomenten la cultura de continuidad asistencial e implanten la filosofía de trabajo coordinado en todos los ámbitos asistenciales.	1. Creación, consolidación y normalización de órganos de participación estructurados y/o comisiones encargadas de adaptar las líneas globales de acción a los ámbitos de trabajo correspondientes.	1. Porcentaje de comisiones para la continuidad asistencial constituidas y en funcionamiento en cada ámbito asistencial.
			2. Porcentaje de hospitales que han elaborado un documento en el que se recojan los objetivos anuales de cada comisión junto con su evaluación.
		3. Porcentaje de hospitales que han realizado las reuniones establecidas en cada una de las comisiones.	

LÍNEA ESTRATÉGICA	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	LÍNEAS DE ACTUACIÓN	INDICADORES	
2. Liderazgo del desarrollo y afianzamiento de una cultura de continuidad en la asistencia entre ámbitos.	1. Potenciar el papel y la implicación de los directivos de la organización en la implantación de la cultura de continuidad asistencial.	1. Difusión del plan estratégico a directivos de la organización.	1. Presentación del plan a los directivos de la organización.	
			2. Plan estratégico ubicado en la intranet.	
	2. Impulsar la visión de continuidad asistencial en las estrategias y/o líneas de trabajo de la organización.	2. Inclusión de la visión de los directivos de la organización en la definición y desarrollo de los distintos proyectos elaborados por la SGCA.		1. Porcentaje de proyectos elaborados por la SGCA en los que participan directivos de la organización.
		1. Añadir valor al modelo mediante la integración de objetivos de continuidad asistencial en los contratos de gestión.		1. Porcentaje de ponderación correspondiente a continuidad asistencial en los contratos de gestión.
		2. Definición de objetivos compartidos para los diferentes ámbitos relacionados con la continuidad asistencial.		1. Nº de objetivos compartidos r/c continuidad asistencial incluidos en los contratos de gestión.
		3. Colaboración en el diseño de los diferentes planes estratégicos, programas y proyectos marco de la Consejería de Sanidad, introduciendo la visión de continuidad asistencial y de atención integrada centrada en la persona.		1. Número de planes estratégicos, programas y proyectos marco de la Consejería de Sanidad en los que participa la SGCA.

LÍNEA ESTRATÉGICA	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	LÍNEAS DE ACTUACIÓN	INDICADORES
2. Liderazgo del desarrollo y afianzamiento de una cultura de continuidad en la asistencia entre ámbitos.	3. Impulsar la formación continuada y el aprendizaje de los profesionales del Servicio Madrileño de Salud en el abordaje integrado de la atención a las personas y en la coordinación entre ámbitos, mediante el desarrollo de buenas prácticas.	1. Impulso de la inclusión de actividades formativas relacionadas con la continuidad asistencial y el abordaje a la cronicidad en los diferentes planes formativos de nuestra organización.	1. Nº de actividades formativas r/c continuidad asistencial y cronicidad incluidas en los planes formativos de AP, de los hospitales y del SUMMA 112.
		2. Elaboración y difusión de buenas prácticas en continuidad asistencial mediante el desarrollo de jornadas, encuentros, sesiones y otros foros que faciliten la adquisición de conocimientos y el compartir experiencias.	2. Nº de actividades (jornadas, encuentros, sesiones, foros) de difusión realizadas en las que se abordan proyectos r/c Continuidad Asistencial no incluidas en los planes formativos.
		3. Promoción de la utilización del banco de proyectos ContinúAS como herramienta de difusión de las iniciativas puestas en marcha en nuestra organización en relación con la continuidad asistencial, poniéndolas a disposición de todos los profesionales.	1. Nº de experiencias r/c continuidad asistencial incluidas en el Banco de proyectos ContinúAS. 2. Nº de accesos anuales de los profesionales del Servicio Madrileño de Salud a este banco.
	4. Promover la investigación relacionada con la atención continuada e integral de los pacientes.	1. Impulso de la realización y difusión de proyectos/estudios de investigación orientados al abordaje de la cronicidad y de la continuidad asistencial.	1. Nº de proyectos de investigación r/c la continuidad asistencial / cronicidad realizados y difundidos.

LÍNEA ESTRATÉGICA	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	LÍNEAS DE ACTUACIÓN	INDICADORES	
3. Consolidación del modelo asistencial de la Comunidad de Madrid como un modelo de atención integral, integrado y centrado en la persona.	1. Identificar las necesidades de atención de cada persona a lo largo de todo su proceso salud/enfermedad.	1. Sistematización y automatización del proceso de estratificación y clasificación de la población según su nivel de riesgo.	1. Proceso de estratificación de la población sistematizado y automatizado.	
		2. Fomento de la valoración de necesidades y asignación del nivel de intervención por parte de los profesionales de Atención Primaria.	1. Porcentaje de personas con TSI con nivel de intervención asignado.	
		3. Potenciar la integración de la información clínica de la estratificación del riesgo y de las necesidades de los pacientes en su historia clínica.	1. Porcentaje de hospitales en los que se puede visualizar el NI en la historia clínica electrónica del paciente.	
	2. Identificar la necesidad de nuevos roles profesionales y definir las funciones y competencias a desarrollar por las figuras clínicas de referencia en la atención al paciente.	1. Normalización de los referentes asistenciales de los diferentes ámbitos, como figuras clave y puntos de unión en la gestión de casos, especialmente en escenarios de complejidad.		1. Porcentaje de pacientes con nivel de intervención alto a los que se les asigna especialista de referencia.
				2. Porcentaje de hospitales con enfermera de continuidad asistencial.
				3. Porcentaje de hospitales con al menos el 90% de las especialidades obligatorias para derivación desde atención primaria con especialista consultor.
2. Elaboración de documentos que definan las funciones y/o competencias de los nuevos roles profesionales identificados.		1. Existencia de un documento que defina las funciones y/o competencias de los nuevos roles profesionales identificados.		
3. Desarrollo de intervenciones educativas orientadas a mejorar la capacitación de los profesionales en el desempeño de estos roles.	1. Nº de intervenciones educativas realizadas orientadas a mejorar la capacitación de los profesionales en la ejecución de los roles asignados.			

LÍNEA ESTRATÉGICA	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	LÍNEAS DE ACTUACIÓN	INDICADORES
3. Consolidación del modelo asistencial de la Comunidad de Madrid como un modelo de atención integral, integrado y centrado en la persona.	3. Establecer modelos de atención a las personas acordes a su situación clínica y necesidades, asegurando un recorrido integrado del paciente sin fragmentación entre ámbitos de atención.	1. Priorización y selección de los procesos asistenciales integrados siguiendo los criterios establecidos en el documento marco de desarrollo de procesos asistenciales integrados.	1. Porcentaje de procesos asistenciales integrados diseñados que responden a los criterios de priorización establecidos en el documento marco.
		2. Impulso y coordinación de la elaboración de procesos asistenciales integrados facilitando la participación de profesionales pertenecientes a las distintas estructuras del Servicio Madrileño de Salud.	1. Nº de procesos asistenciales integrados elaborados y difundidos.
		3. Liderazgo en la difusión de los procesos asistenciales integrados elaborados.	
		4. Liderazgo, coordinación y seguimiento de la implantación de los procesos asistenciales integrados elaborados.	1. Porcentaje de procesos asistenciales integrados en proceso de implantación.
		5. Liderazgo y coordinación de su evaluación, revisión y mejora.	1. Porcentaje de procesos asistenciales integrados evaluados.
	4. Desarrollar elementos que mejoren la capacitación del paciente y personas cuidadoras para llevar a cabo el cuidado de su salud y la gestión de su enfermedad.	1. Participación en la planificación y desarrollo de jornadas, encuentros, cursos, talleres, etc. dirigidos a pacientes que potencien el papel activo y protagonista del mismo en el cuidado de su salud y gestión de su enfermedad.	1. Nº de intervenciones informativas, formativas y de difusión de la Escuela Madrileña de Salud que son lideradas y planificadas por la SGCA
		2. Coordinación en la elaboración, difusión, implantación y evaluación de proyectos de educación estructurada para mejorar la capacidad de autocuidado.	1. Nº de proyectos de educación estructurada elaborados y difundidos. 2. Porcentaje de implantación en los centros asistenciales de cada proyecto de educación estructurada dirigido a mejorar la capacidad de autocuidado.
	5. Aumentar la seguridad de los pacientes durante las transiciones asistenciales.	1. Abordaje específico de la seguridad de los pacientes, como un elemento transversal, en todos los procesos, circuitos, procedimientos, etc. elaborados por la Subdirección General de Continuidad Asistencial.	1. Porcentaje de procesos / procedimientos / circuitos r/c la continuidad asistencial en los que se aborda específicamente algún aspecto de la seguridad de los pacientes.
		2. Potenciar la participación de los Directores y Enfermeras de Continuidad Asistencial en el análisis y gestión de incidentes de seguridad identificados en las Unidades de Atención al Paciente y/o en las Unidades Funcionales de Gestión de Riesgos Sanitarios relacionados con continuidad asistencial.	1. Porcentaje de DCA que participan en el análisis y gestión de incidentes de seguridad y errores de medicación.
			2. Porcentaje de ECA que participan en el análisis y gestión de incidentes de seguridad y errores de medicación.

LÍNEA ESTRATÉGICA	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	LÍNEAS DE ACTUACIÓN	INDICADORES
4. Impulso de la coordinación y comunicación entre profesionales de los distintos ámbitos asistenciales.	1. Facilitar la normalización de la información asistencial y la accesibilidad de los profesionales de los diferentes ámbitos a la misma.	1. Fomento, apoyo y participación en el desarrollo de herramientas informáticas que promuevan la comunicación, coordinación y continuidad asistencial y transformen el registro de datos en información útil para la toma de decisiones tanto para profesionales como para gestores.	1. Nº de proyectos de desarrollo de herramientas informáticas de comunicación entre profesionales de distintos ámbitos y de continuidad asistencial en los que participa la SGCA.
		2. Potenciación del acceso de los profesionales sanitarios a los contenidos de la historia clínica electrónica.	1. Porcentaje de centros de salud cuyos profesionales tienen acceso a la información clínica de los pacientes atendidos en sus hospitales de referencia. 2. Porcentaje de hospitales cuyos profesionales tienen acceso a la información clínica contenida en AP Madrid de su población atendida. 3. Nº de proyectos de ampliación de la información clínica compartida a través del desarrollo de las funcionalidades de HORUS en los que participa la SGCA.
		3. Colaboración y participación en la normalización de la información clínica compartida entre los sistemas de información de distintos ámbitos asistenciales.	1. Nº de proyectos dirigidos a normalizar la información clínica compartida en los que participan profesionales de la SGCA..
	2. Impulsar la coordinación y continuidad asistencial con el ámbito social mediante el establecimiento de mecanismos de coordinación y de redes de trabajo entre los profesionales asistenciales de los ámbitos sanitario y social.	1. Participación en la elaboración de planes conjuntos de actuación socio-sanitarios, que incluyan la valoración integral y multidisciplinar de las necesidades de cada persona.	1. Nº de planes de actuación sociosanitaria elaborados en los que participa la SGCA.
		2. Fomento del desarrollo de iniciativas de coordinación entre profesionales del sistema sanitario y los profesionales de los centros sociosanitarios, en el caso de personas institucionalizadas.	1. Porcentaje de centros de salud con iniciativas de coordinación entre profesionales sanitarios y profesionales de los centros sociosanitarios, en el caso de personas institucionalizadas. 2. Porcentaje de hospitales con iniciativas de coordinación entre profesionales sanitarios y profesionales de centros sociosanitarios en el caso de personas institucionalizadas.
		3. Colaboración en el diseño y establecimiento de canales estables de comunicación entre profesionales del ámbito sanitario y social.	1. Nº de proyectos r/c el diseño y establecimiento de canales de comunicación estables interprofesionales del ámbito sanitario y social en los que participa la SGCA.

LÍNEA ESTRATÉGICA	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	LÍNEAS DE ACTUACIÓN	INDICADORES
4. Impulso de la coordinación y comunicación entre profesionales de los distintos ámbitos asistenciales.	3. Potenciar junto con la Gerencia de cuidados el papel de la enfermera como garante de la continuidad de cuidados de los pacientes a lo largo de su tránsito por los diferentes ámbitos asistenciales, especialmente en aquellos que se encuentran en situación de fragilidad y vulnerabilidad.	1. Establecimiento de los canales de comunicación entre los profesionales de enfermería de diferentes ámbitos que intervienen en el cuidado de los pacientes, dando continuidad al mismo.	1. Porcentaje de hospitales con canales de comunicación entre profesionales de enfermería de atención primaria y atención hospitalaria establecidos.
		2. Consolidación de la figura de la enfermera de continuidad asistencial como garante de la continuidad de los cuidados en los procesos de alta hospitalaria.	1. Indicador 3.2.1.2
		3. Impulso y colaboración en la normalización de la transmisión de los informes de cuidados de enfermería.	1. Porcentaje de pacientes crónicos complejos con informe de cuidados de enfermería al alta de hospitalización disponible en HORUS.

LÍNEA ESTRATÉGICA	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	LÍNEAS DE ACTUACIÓN	INDICADORES	
5. Potenciación de una adecuada gestión de los recursos implicados en las transiciones asistenciales.	1. Favorecer una gestión normalizada de las pruebas diagnósticas que garantice la adecuación y accesibilidad y mejore la capacidad de resolución de los procesos asistenciales en el ámbito más indicado.	1. Normalización de los criterios de solicitud de las pruebas diagnósticas de acuerdo a la mejor evidencia disponible y a criterios sustentados de seguridad, efectividad y eficiencia.	1. Existencia de un documento de definición de las indicaciones de las pruebas diagnósticas basado en la evidencia científico-técnica, efectividad y coste-efectividad.	
		2. Definición del procedimiento de gestión para la indicación, realización de pruebas diagnósticas y devolución de resultados, así como de un sistema de evaluación y mejora de la gestión.	1. Existencia del Procedimiento de gestión de la petición, realización e información de las pruebas diagnósticas y de su circuito de evaluación y mejora.	
	2. Optimizar los flujos de atención a las personas en las transiciones entre ámbitos asistenciales racionalizando los tiempos de atención y contribuyendo a la mejora de la calidad en la atención sanitaria.	1. Impulso de una oferta asistencial orientada a la mejora de la accesibilidad, la adecuación en la atención y la resolución efectiva, eficiente y segura de los procesos.		1. Existencia de una Comisión liderada por la SGCA que se encargue de la valoración de la oferta asistencial de los diferentes servicios hospitalarios y de su revisión, evaluación y actualización.
				2. Porcentaje de modificaciones de la oferta asistencial solicitadas, evaluadas por la Comisión de evaluación de la oferta asistencial.
				3. Porcentaje de modificaciones de la oferta asistencial solicitadas aprobadas por la Comisión de evaluación de la oferta asistencial.
				4. Elaboración de un informe anual de evaluación de la oferta asistencial realizado por la Comisión de evaluación de la oferta asistencial.
		2. Establecimiento de criterios y definición de los flujos de trabajo que garanticen el acceso a la asistencia en el ámbito más adecuado (hospitalización convencional, media estancia, hospital de día, etc.) especialmente para los pacientes con mayor complejidad y fragilidad.	1. Existencia de circuitos actualizados entre cada hospital y los centros de salud de referencia que garanticen el acceso a la asistencia en el ámbito más adecuado especialmente para los pacientes con mayor fragilidad y complejidad.	
		3. Gestión adecuada de las derivaciones preferentes/urgentes en función de las necesidades del paciente: sospecha de malignidad (SM) y valoración previa por el especialista (VPE).		
	2. Porcentaje de derivaciones con SM citadas en menos de 15 días.			
	3. porcentaje de derivaciones con VPE valoradas en menos de 10 días.			

LÍNEA ESTRATÉGICA	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	LÍNEAS DE ACTUACIÓN	INDICADORES
6. Evaluación y seguimiento de resultados.	1. Evaluar la difusión y el grado de implantación de este plan estratégico.	1. Constitución de la Comisión operativa de seguimiento y evaluación.	1. Comisión operativa de seguimiento constituida.
		2. Elaboración de un informe anual de seguimiento que incluya el nivel de ejecución de las actividades programadas y el grado de cumplimiento del plan.	1. Existencia de un informe anual de seguimiento y evaluación de implantación del plan.
	2. Monitorizar la satisfacción y percepción de los ciudadanos con respecto a la cronicidad y a la continuidad asistencial.	1. Inclusión en la encuesta de satisfacción anual de los ciudadanos de indicadores que midan el grado de satisfacción de los pacientes con el abordaje a la cronicidad, con la coordinación entre profesionales y con otros aspectos de la continuidad asistencial.	1. Nº de indicadores relacionados con la continuidad asistencial (cronicidad, coordinación entre profesionales y otros aspectos) incluidos en la encuesta de satisfacción.
		2. Seguimiento de estos indicadores incluidos en la encuesta de satisfacción.	1. Existencia de informe que recoja la evolución de los indicadores r/c con cronicidad y continuidad asistencial incluidos en la encuesta de satisfacción.
		3. Diseño de un sistema de evaluación de la percepción de los usuarios con respecto a la continuidad asistencial.	1. Existencia de un informe que recoja la percepción de los usuarios sobre la continuidad asistencial.
	3. Monitorizar la percepción de los profesionales con respecto a la continuidad asistencial.	1. Diseño de un sistema de evaluación de la percepción de los profesionales con respecto a la continuidad asistencial.	1. Existencia de un informe que recoja la percepción de los profesionales sobre la continuidad asistencial.

BIBLIOGRAFÍA

12. BIBLIOGRAFÍA

¹ Aller MB, Vázquez ML, Vargas H, Coderch J, Calero S, Llopart JR, Colomes LI, Farré J, Cots F, Vargas I. Indicadores de coordinación asistencial entre niveles de atención. Documento de trabajo. Versión 2012. Barcelona. Consorci de Salut i Social de Catalunya; 2012. Disponible en:

http://www.consorci.org/media/upload/pdf/documentro-trabajo_indicadores-coordinacion-entre-niveles-de-atencion_1443707458.pdf

² Haggerty JL, Burge F, Pineault R, et al. Management Continuity from the Patient Perspective: Comparison of Primary Healthcare Evaluation Instruments. *Healthcare Policy*. 2011; 7(Spec Issue):139-153.

³ Peiró M. Integración de proveedores de servicios asistenciales. *Cuadernos de Gestión*. 2001; 7:59-64.

⁴ Fernández Moyano Antonio, Ollero Baturone Manuel. Percepción de la continuidad asistencial: Conocer para actuar. *Rev. Esp. Salud Pública [Internet]*. 2010 Ago [citado 2017 Sep 20]; 84(4): 349-351.

⁵ Van Houdt S, Sermeus W, Vanhaecht K, De Lepeleire J. Focus groups to explore healthcare professionals' experiences of care coordination: towards a theoretical framework for the study of care coordination. *BMC Family Practice*. 2014; 15:177. doi: 10.1186/s12875-014-0177-6.

⁶ Terraza Núñez Rebeca, Vargas Lorenzo Ingrid, Vázquez Navarrete María Luisa. La coordinación entre niveles asistenciales: una sistematización de sus instrumentos y medidas. *Gac Sanit [Internet]*. 2006 Dic [citado 2017 Sep 20]; 20(6): 485-495.

⁷ Terraza R. Coordinación y continuidad: un marco para el análisis. Tesina del Máster de Salud Pública. Universidad Pompeu Fabra. Tesis de doctorado. Barcelona: 2004.

⁸ Haggerty J, Reid R, Freeman GK, Starfield BH, Adair CE, Mc-Kendry R. Continuity of care: a multidisciplinary review. *BMJ*. 2002; 327:1219-21.

⁹ Reid R, Haggerty J, McKendry R. Defusing the confusion: concepts and measures of continuity of healthcare. Ottawa: Canadian Health Services Research Foundation; 2002.

¹⁰ Starfield B. Coordinación de la atención en salud. En: Starfield B, editor. Atención primaria. Barcelona: Masson; 2002. p. 233-65.

¹¹ Belling R, Whittock M, McLaren S, Burns T, Catty J, Jones RI. Achieving continuity of care: facilitators and barriers in community mental health teams. *Implementation Science*. 2011;6(23):1–7. [cited 2012 20 Oct]. Available from:

<http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1748-5908-6-23.pdf>. [PMC free article][PubMed] Reid R, Haggerty J, McKendry R. Defusing the confusion: concepts and measures of continuity of healthcare. Ottawa: Canadian Health Services Research Foundation; 2002.

¹² Basurto- Zambrano X. Un acercamiento de la planificación estratégica y las organizaciones sanitarias. *Dom. Cien.*, ISSN: 2477-8818 Vol. 2, núm. 3, 2016, p. 3-14.

¹³ Consejería de Sanidad. Estrategia de seguridad del paciente del servicio Madrileño de Salud 2015- 2020. Madrid: Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid; 2015.

¹⁴ Ortún V. La articulación entre niveles asistenciales. En: Del Llano J, Ortún V, Martín JM, Millán J, Gené J, editores. *Gestión sanitaria. Innovaciones y desafíos*. Barcelona: Masson; 1998. p. 349-57.

¹⁵ Aller Hernández Marta Beatriz, Vargas Lorenzo Ingrid, Sánchez Pérez Inma, Henao Martínez Diana, Coderch de Lassaletta Jordi, Llopart López Josep Ramón et al. La continuidad asistencial entre niveles percibida por usuarios del Sistema de Salud en Cataluña. *Rev. Esp. Salud Pública* [Internet]. 2010 Ago [citado 2017 Dic 08]; 84(4): 371-387. Disponible en:

http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272010000400003&lng=es

¹⁶ Elorriaga E, Esnaola S, de Diego M, Aldasoro E, Martín U. Continuidad asistencial. La percepción de las personas usuarias del sistema sanitario de la C.A.P.V. Vitoria-Gasteiz: Departamento de Salud, Servicio de Estudios e Investigación Sanitaria 2016. Edición: 1ª Septiembre 2016. Disponible en: http://www.euskadi.eus/contenidos/informacion/enc_salud_2013_publicaciones/es_def/adjuntos/contin_asist.pdf

¹⁷ La perspectiva de los ciudadanos por la seguridad del paciente. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad; 2011.

¹⁸ Letelier MJ, Aller M, Henao D, Sánchez-Pérez I, Vargas Lorenzo I, Coderch de Lassaletta J, Llopart JR, Ferran M, Lluís Colomé LI^e y María Luisa Vázquez ML. Diseño y validación de un cuestionario para medir la continuidad asistencial entre niveles desde la perspectiva del usuario: CCAENA. Gac Sanit, 2010, vol. 24 (pg. 339-46)

¹⁹ Fernández Moyano A, J L. García Garmendia JL, C. Palmero Palmero C et al. Continuidad asistencial. Evaluación de un programa de colaboración entre Atención Hospitalaria y Atención Primaria. Rev Clin Esp 2007; 207:510-20 - Vol. 207 Núm.10 DOI: 10.1157/13111551

²⁰ Aller MB, Coderch J, Sánchez Pérez I, Ferranz M, Llopart JR, Colomé L, Vargas I, Vázquez ML. Manual de uso del cuestionario CCAENA©. Barcelona. Consorci de Salut i Social de Catalunya; 2013. Disponible en: <http://www.consorci.org/publicacions/cataleg-de-publicacions/instruments>

²¹ JC. DURO “Fases y diseño en la Investigación Cualitativa” Jano 2008, 1709, 47-50.

²² Prieto Rodríguez MA, March Cerdá JC. Paso a paso en el diseño de un estudio mediante grupos focales. Aten Primaria 2002. 15 de abril. 29(6): 366-373.

²³ González Barberá M, Uris J. Los grupos focales y su utilidad en el diseño de la calidad. In: Saturno Hernández PJ, Gascón Cánovas JJ, Parra Hidalgo P, editores. Tratado de calidad asistencial en atención primaria. Madrid: Du Pont Pharma; 1997.

Otra Bibliografía consultada

²⁴ WHO. Integration of health care delivery. 861 ed. Genève: WHO; 1996.

²⁵ Consejería de Sanidad. Documento Marco para el desarrollo de la continuidad asistencial en la Comunidad de Madrid. Madrid. Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid; 2015.

²⁶ Consejería de Sanidad. Estrategia de atención a pacientes con enfermedades crónicas en la Comunidad de Madrid. Madrid: Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid; 2014.

²⁷ Edwards N. Clinical Networks. N Eng J Med 2002; 324:63.

²⁸ Vargas Lorenzo, Ingrid y Vazquez Navarrete, M. Luisa. Barreras y facilitadores de la coordinación asistencial en dos organizaciones sanitarias integradas en Cataluña. Gac Sanit [online]. 2007, vol.21, n.2 [citado 2014-04-22], pp. 114-123. Disponible en:<http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S021391112007000200005&lng=es&nrm=iso>. ISSN 0213-9111.

²⁹ Toro-Polanco N, Sauto-Arce R, Nuño-Solinis R, Berraondo-Zabalegui I, Pérez-Irazusta I. Integrated care as a priority of the Basque Strategy for Chronic Diseases: the Bidasoa Integrated Healthcare Organisation. Int J Integr Care. 2011 Jul-Sep; 11(Suppl): 120.

³⁰ Nuño R Capítulo 3. Exploración conceptual de la atención integrada. En Bengoa R, Nuño R, Curar y cuidar. Innovación en gestión de enfermedades crónicas: una guía para avanzar. Barcelona: Masson. 2008. Págs. 31-57.

³¹ WHO Collaborating Centre for Patient Safety Solutions. Preámbulo a las soluciones para la seguridad del paciente. Comunicación durante el traspaso de pacientes. Soluciones para la seguridad del paciente. Volumen1, Solución 3. Mayo 2007. Disponible en: World Health Organization. World Alliance for Patient Safety. Patient Safety Solutions. consultado 15/9/2008. Disponible en: <http://www.icipatientsafety.org/14685/>

