



PLAN 5C

CRONICIDAD **C**OMPLEJA
CONTINUIDAD DE **C**UIDADOS
COORDINACIÓN



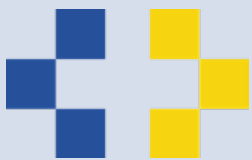
Servicio
Canario de la Salud



Gobierno
de Canarias

PLAN DE ACCIÓN PARA PACIENTES CRÓNICOS DE ALTA COMPLEJIDAD EN CANARIAS 2024

DIRECCIÓN GENERAL DEL PACIENTE Y CRONICIDAD
SERVICIO CANARIO DE LA SALUD



PLAN 5C

CRONICIDAD COMPLEJA
CONTINUIDAD DE CUIDADOS
COORDINACIÓN

ÍNDICE

01 | INTRODUCCIÓN 9

02 | MISIÓN, VISIÓN Y VALORES 17

03 | OBJETIVOS 20

04 | LÍNEAS ESTRATÉGICAS 22

05 | ACCIONES 24

Documento elaborado por la DIRECCIÓN GENERAL DEL
PACIENTE Y CRONICIDAD
Plaza Dr. Juan Bosch Millares 1. 35004 - Las Palmas de Gran
Canaria
EDITA
Servicio Canario de la Salud
Dirección General del Paciente y Cronicidad
Avda. Juan XXIII, 17 - Planta 4a – 35004

ISBN: 978-84-16878-80-2
Las Palmas de Gran Canaria, 2024.

Rita Tristancho Ajamil

DIRECTORA GENERAL DEL PACIENTE Y CRONICIDAD

Elizabeth Hernández González

JEFA DEL SERVICIO DE CRONICIDAD Y CONTINUIDAD ASISTENCIAL

COORDINACIÓN Y GRUPO TÉCNICO

Ruth Auxiliadora Díaz Melián

Enfermera Especialista en Salud Mental

Técnica de la Dirección General del Paciente y Cronicidad

Victoria Estévez Pérez

Enfermera Especialista en Enfermería Familiar y Comunitaria

Técnica de la Dirección General del Paciente y Cronicidad

Marta Guillén Toledano

Enfermera

Técnica de la Dirección General del Paciente y Cronicidad

Carmen Rosa Hernández Rodríguez

Médica Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria

Médica de Urgencias Hospitalaria

Técnica de la Dirección General del Paciente y Cronicidad

Eva M^a Hombre Aguiar

Trabajadora Social

Técnica Unidad de Atención y Coordinación Sociosanitaria

M. Paula Martín Andrade

Enfermera

Técnica del Servicio Atención Primaria

Dirección General de Programas Asistenciales

Marina Martín Torres

Farmacéutica

Técnica de la Dirección General del Paciente y Cronicidad

Irene Clara Parrilla Suárez

Enfermera Especialista en Enfermería Familiar y Comunitaria

Gerencia de Atención Primaria del Área de Tenerife

J. Maila Pérez Mendoza

Médica Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria

Técnica de la Dirección General del Paciente y Cronicidad

REVISORES

Se han incluido las aportaciones de:

Dulce M^a Fernández Nakoura

Jefa del Servicio de Atención y Coordinación Sociosanitaria
Dirección General del Paciente y Cronicidad

Javier Lobato Rodríguez

Jefe del Servicio de Atención Primaria
Dirección General de Programas Asistenciales

Víctor Naranjo Síntes

Jefe del Servicio de Atención Hospitalaria
Dirección General de Programas Asistenciales

ASOCIACIONES

Asociación de Ciudadadoras y Cuidadores de Gran Canaria
(ACUIGRANCA)

Asociación de Cuidadoras, Familiares y Amistades de Personas
con Dependencia, Alzheimer y otras Demencias (ACUFADE)

SERVICIO CANARIO DE LA SALUD

Gerencias de Atención Primaria

Gerencias de Servicios Sanitarios

Direcciones Gerencias Hospitalarias

Dirección General de Programas Asistenciales

REVISORES

SOCIEDADES CIENTÍFICAS

Asociación de Enfermería Comunitaria (AEC)

Asociación de Pediatría de Atención Primaria de Canarias (ApapCANARIAS)

Asociación Española de Trabajo Social y Salud (AETSYS)

Sociedad Canaria de Geriatria y Gerontología (SOCANGER)

Sociedad Canaria de Hospitalización a Domicilio (HADO CAN)

Sociedad Canaria de Medicina Familiar y Comunitaria (SOCAMFYC)

Sociedad Canaria de Medicina Interna (SOCAMI)

Sociedad Canaria de Pediatría Extrahospitalaria (SEPEXPAL)

Sociedad Canaria de Pediatría Las Palmas (SOCANPEDLP)

Sociedad Canaria de Pediatría de Santa Cruz de Tenerife

Sociedad Española de Farmacéuticos de Atención Primaria (SEFAP)

Sociedad Española de Farmacéuticos Comunitarios (SEFAC)

Sociedad Española de Farmacéuticos Hospitalarios (SEFH)

Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN)

Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia (SEMG)

Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias (SEMES CANARIAS)

COLABORA

COLEGIOS PROFESIONALES

Colegio Oficial de Enfermería de Las Palmas

Colegio Oficial de Enfermería de S/C de Tenerife

Colegio Oficial de Farmacéuticos de Las Palmas

Colegio Oficial de Farmacéuticos de S/C de Tenerife

Colegio Oficial de Fisioterapeutas de Canarias

Colegio Oficial de Médicos de Las Palmas

Colegio Oficial de Médicos de S/C de Tenerife

Colegio Oficial de Psicología de Las Palmas

Colegio Oficial de Psicología de S/C de Tenerife

Colegio Oficial de Trabajo Social de Las Palmas

Colegio Oficial de Trabajo Social de S/C de Tenerife

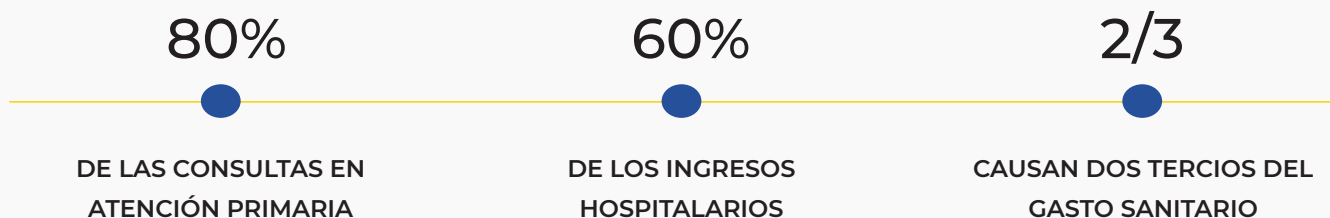


INTRODUCCIÓN

SERVICIO CANARIO DE LA SALUD

La atención a la cronicidad supone en la actualidad uno de los mayores retos a los que se deben enfrentar los sistemas de salud y la sociedad en general, tanto por el **impacto en salud y sus consecuencias, como por el impacto económico que ello supone, a nivel individual, colectivo y del propio sistema de salud**, que debe mantenerse eficiente y sostenible dentro del marco de sistema público en el que se encuadra el actual sistema sanitario español.

Las enfermedades crónicas motivan:



Son ya la principal causa de muerte y discapacidad en nuestro medio.



Distintos factores como los cambios demográficos, con una menor tasa de natalidad y una marcada tendencia hacia el envejecimiento de la población, donde **España estará entre los tres países con mayor envejecimiento del mundo**; estilos de vida poco saludables como:



una alimentación
inadecuada



la falta de actividad física



el hábito de fumar

se relacionan de manera directa en la incidencia de factores de riesgo y el desarrollo de enfermedades crónicas. Estos factores favorecen no sólo la aparición precoz de patologías sino el desarrollo de comorbilidades relacionadas, con un deterioro progresivo de la autonomía, incapacidad, y fragilidad clínica, lo que configura una mayor complejidad en el manejo de las distintas patologías crónicas y en la atención al paciente.

En Canarias, la incidencia de la multimorbilidad es elevada; en concreto, según datos de historia clínica de Atención Primaria Drago AP¹, **un 27,6% de mujeres y un 30% de hombres mayores de 14 años con enfermedades crónicas sufren dos o más patologías.**

Estas enfermedades, de duración indefinida y que con frecuencia derivan en un deterioro progresivo, **implican un mayor uso de los recursos asistenciales**, tanto en la población adulta como pediátrica, de forma continua y creciente en el tiempo.



Así, en la actualidad se estima que, por ejemplo, **una persona mayor** de alta complejidad del Servicio Canario de la Salud **puede conllevar un gasto farmacológico 20-30 veces superior al de una persona adulta sana** de media al año. Y ello, sin considerar las necesidades asociadas a ámbitos no sanitarios como: atención residencial, centro de día, etc.

Las personas **menores de 14 años** que padecen una o más enfermedades crónicas con frecuencia multisistémicas y severas, presentan importantes limitaciones funcionales y fragilidad, **requieren una elevada cantidad de recursos y precisan de una atención multidisciplinar.**



REALIDAD EMERGENTE Y PREVALENTE

Esta realidad emergente, aboga ineludiblemente a generar una transformación en la organización sanitaria, promoviendo nuevos modelos y estrategias en la atención centrada en las personas con enfermedades crónicas y su entorno.



MARCO SANITARIO Y SOCIAL

No solo debe implicar la atención a la población más vulnerable, sino que debe dar respuesta y adelantarse en aquella población sana o con menos comorbilidades.



ÁMBITO DE ATENCIÓN

Estos cambios afectan a los distintos ámbitos de atención, especialmente a la Atención Primaria y Atención Hospitalaria, generando nuevas estrategias y escenarios de atención integrada. Esto es, pasar de una asistencia reactiva, fragmentada y focalizada en el proceso agudo a un nuevo modelo de atención que permita afrontar de forma sistemática e integral el reto que supone el abordaje de la cronicidad, reorientando la atención asistencial y los recursos para lograr una atención más proactiva y eficiente, garantizando la continuidad asistencial, incidiendo en última instancia en una mejora de los resultados en salud.



CANARIAS

En Canarias, la realidad no difiere de otros ámbitos y por ello, en sinergia con la Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad en el Sistema Nacional de Salud y la puesta en marcha en otras comunidades autónomas de distintas estrategias orientadas hacia la cronicidad, se desarrolló la Estrategia de Abordaje a la Cronicidad en la Comunidad Autónoma de Canarias

En Canarias, la realidad no difiere de otros ámbitos y por ello, en sinergia con la Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad en el Sistema Nacional de Salud y la puesta en marcha en otras comunidades autónomas de distintas estrategias orientadas hacia la cronicidad, **se desarrolló la Estrategia de Abordaje a la Cronicidad en la Comunidad Autónoma de Canarias**. La implementación de esta Estrategia ha generado:

nuevos modelos de trabajo

coordinación e integración

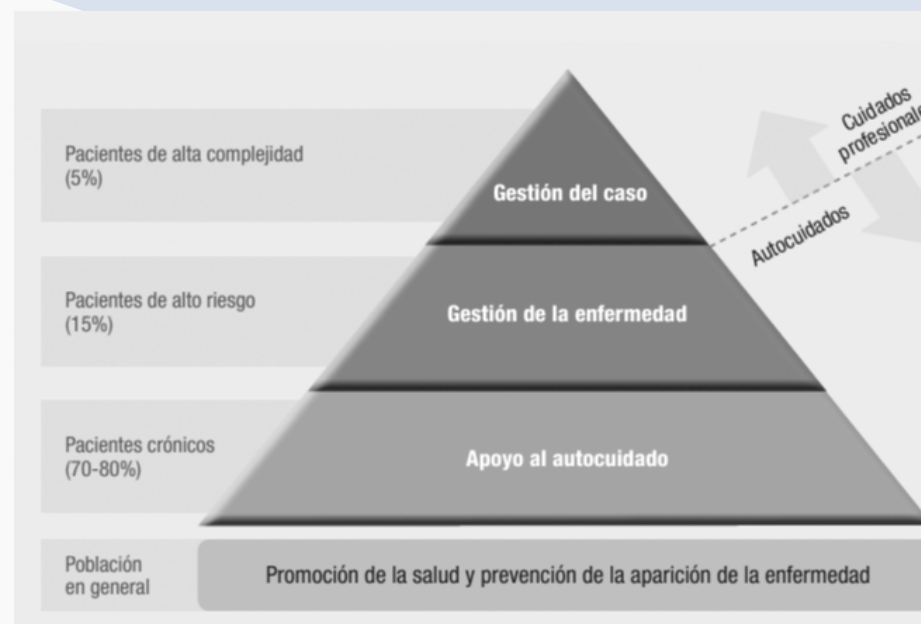
la puesta en marcha de nuevas herramientas, en especial de tecnologías de la información, que incluye tanto a la Atención Primaria como Hospitalaria



Esta Estrategia aboga por **reorientar la atención** a las personas con enfermedades crónicas hacia un modelo proactivo focalizado en la prevención, superando la reactividad en la atención en los procesos agudos. Así mismo, la atención a la cronicidad exige la adopción de un modelo que permita una **asistencia integral, continuada y sin duración definida**, sujeta a una constante evolución, por ello, la continuidad asistencial se establece como un elemento clave del modelo de atención.

En el ámbito organizativo, es necesario un modelo de atención global a la cronicidad fundamentado en la estratificación, así como en la identificación de las necesidades de la persona en cada momento, con una normalización de los procesos, que sitúe la actuación en una valoración integral con una identificación, atención y seguimiento de los distintos procesos clínicos y asistenciales.

Esta estratificación, basada en el estratificador de Grupos de Morbilidad Ajustada (GMA), **identifica a la población mayor de 14 años en cuatro niveles de acuerdo a su nivel de morbilidad y complejidad y necesidades de atención, de menor a mayor nivel.** En este marco las personas con enfermedades crónicas de alta complejidad son aquellas cuya condición actual requiere de un enfoque altamente individualizado y multidisciplinar, presentando normalmente una combinación de múltiples elementos de riesgo: comorbilidad, limitación de la capacidad funcional, polimedicación con una capacidad de autogestión frecuentemente



limitada por lo que se requiere de un cuidado continuo. Sus características hacen necesario un enfoque de la atención totalmente personalizado en el que se coordinen múltiples agentes y por tanto con una atención que requiere de un modelo de gestión de casos.

Por todo ello, para seguir avanzando en esta atención específica se presenta el:

PLAN DE ACCIÓN PARA PACIENTES CRÓNICOS DE ALTA COMPLEJIDAD EN CANARIAS

basado en la cronicidad compleja, la continuidad de cuidados y la coordinación: **PLAN 5C.**





MISIÓN, VISIÓN Y VALORES



MISIÓN

La misión del Servicio Canario de la Salud con este plan de atención a las personas con enfermedades crónicas de alta complejidad es brindar una atención integral, efectiva y centrada en la persona y su entorno, con el fin de mejorar su calidad de vida, reducir complicaciones y promover la autonomía y el bienestar a largo plazo basado en la evidencia para mejorar los resultados de salud y su satisfacción.

VISIÓN

La visión de este plan es ser un referente en la prestación de atención de vanguardia para pacientes crónicos de alta complejidad, utilizando enfoques innovadores, tecnología avanzada y colaboración interdisciplinar para lograr los resultados que aporten valor al paciente y a la eficiencia del sistema sanitario.



VALORES



La búsqueda continua de la excelencia en la atención sanitaria, la calidad, la investigación y la formación para mejorar los resultados de salud y la experiencia de cada paciente.



La atención integral, física, mental, social y espiritual, como abordaje de la persona y sus necesidades.



El acompañamiento longitudinal, continuado e ininterrumpido a lo largo del tiempo.



La empatía: comprender y respetar las necesidades físicas, emocionales y sociales únicas de cada persona.



El respeto hacia la dignidad, la diversidad y la autonomía de cada persona y sus familiares, en el caso de personas menores de edad, respetando sus decisiones y preferencias y acompañando en el proceso de enfermedad.



La colaboración y el trabajo en equipo con pacientes, familias, personas cuidadoras y profesionales para ofrecer una atención integral, transversal, coordinada y efectiva.



La innovación tanto tecnológica como organizativa para adaptarse a las necesidades cambiantes de las personas enfermas y avanzar para mejorar continuamente la atención.



La equidad: garantizar el acceso igualitario a una atención de calidad para las personas con enfermedades crónicas.



La formación continua de todas las personas que intervienen en el plan.



La eficiencia mejorando los resultados en salud en un marco de sostenibilidad.

OBJETIVOS



OBJETIVO GENERAL

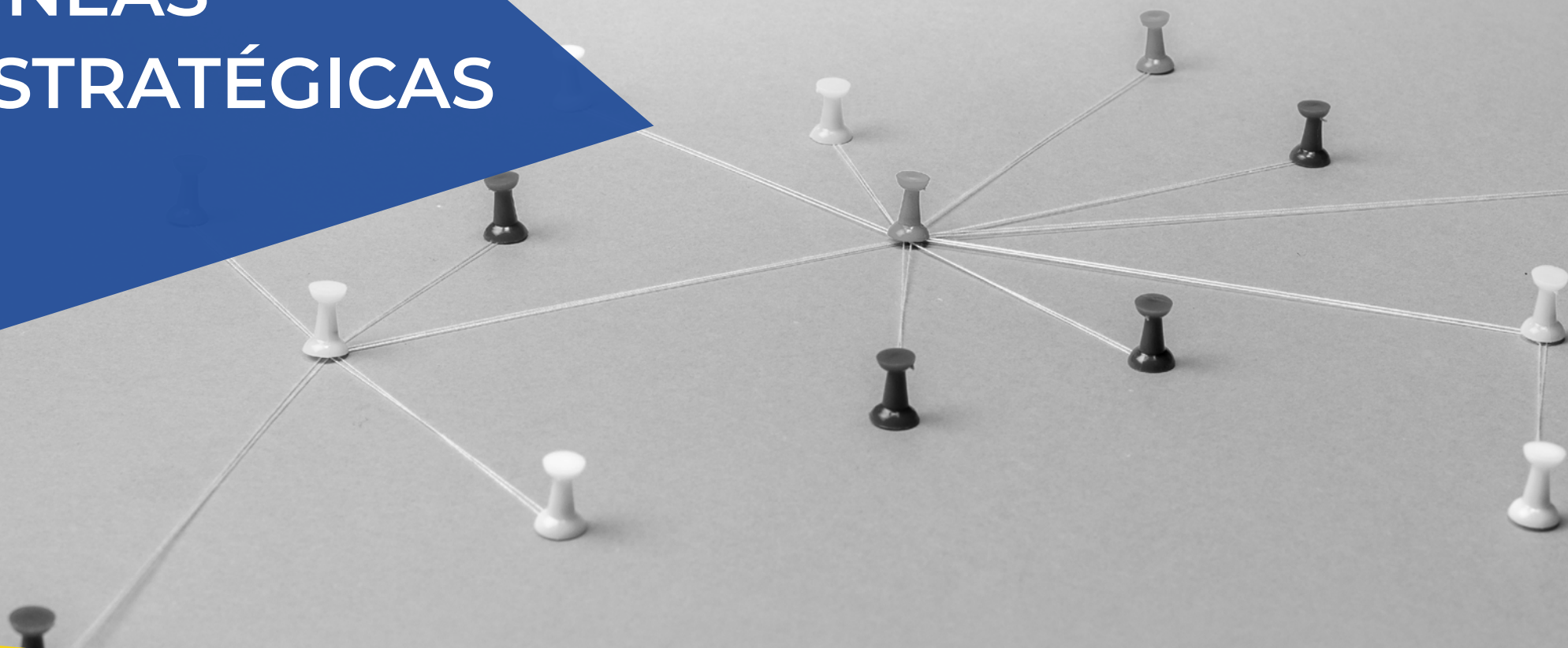
Implementar un sistema de atención integral biopsicosocial, multi e interdisciplinario, centrado en la persona con enfermedades crónicas y su entorno para mejorar la calidad de vida y los resultados de salud en pacientes crónicos de alta complejidad en la Comunidad Autónoma de Canarias.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Mejorar la coordinación entre profesionales sanitarios y no sanitarios, ámbitos asistenciales y entidades comunitarias, estandarizando procesos para satisfacer las necesidades de cada paciente, y las familias en menores de edad, y reducir la variabilidad clínica.
2. Diseño y desarrollo de estrategias que aseguren una asistencia continua, coherente y coordinada, vinculando todos los ámbitos asistenciales para facilitar la transición de cada paciente.
3. Estructurar un programa de soporte integral para pacientes y personas cuidadoras, que incluya formación en cuidados de salud, gestión del rol cuidador y acceso a recursos de apoyo.
4. Adecuar los ingresos y estancias hospitalarias, disminuyendo los reingresos, potenciando la atención integral en Atención Primaria, en especial en el domicilio como ámbito preferencial de los cuidados a PCAC.



LÍNEAS ESTRATÉGICAS



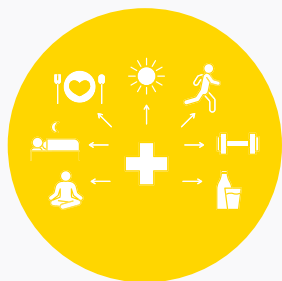
- 1. **Trabajar** hacia la **atención integral y personalizada**, contemplando la dimensión de la dignidad y la humanidad de la persona, basado en la toma de decisiones compartidas y centradas en ella o las familias de personas menores de edad.
- 2. **Asegurar la accesibilidad a la atención sanitaria** garantizando a las personas con enfermedades crónicas un acceso continuo a los servicios de salud.
- 3. **Potenciar la coordinación en la atención asistencial sanitaria y social** intra e interinstitucional longitudinal, integrada y coordinada.
- 4. **Facilitar la continuidad asistencial** sanitaria y social.
- 5. **Mejorar la adecuación farmacoterapéutica** con especial atención a la polimedicación.
- 6. **Acompañar y dar soporte** a las **personas cuidadoras** y su entorno.
- 7. **Valorar la atención domiciliaria** como ámbito preferencial de actuación.
- 8. **Promover el autocuidado.**
- 9. **Impulsar el uso de tecnologías de la información.**
- 10. **Fomentar la formación** en cronicidad dirigida a profesionales.



ACCIONES



En el actual contexto de salud, enfrentamos desafíos crecientes al abordar las necesidades de pacientes con condiciones complejas que **requieren un enfoque multi e interdisciplinario y coordinado para su manejo efectivo**. Reconociendo la diversidad de factores que influyen en la salud, tales como múltiples condiciones clínicas, sociales, psicológicas y funcionales, y con el objetivo propuesto de mejorar la calidad de vida de las personas con enfermedades crónicas a través de un modelo de atención colaborativa y personalizada, se han establecido un conjunto de acciones estratégicas que guiarán las intervenciones.



Reconociendo la diversidad de factores que influyen en la salud, tales como: múltiples condiciones clínicas, sociales, psicológicas y funcionales



El objetivo propuesto de mejorar la calidad de vida de las personas con enfermedades crónicas a través de un modelo de atención colaborativa y personalizada



Se han establecido un conjunto de acciones estratégicas que guiarán las intervenciones.



Estas acciones, dentro del marco denominado **5C: coordinación, continuidad de cuidados y cronicidad compleja**, están orientadas a fortalecer la comunicación entre diferentes profesionales de la salud, incrementar la participación de las personas con enfermedades crónicas y sus personas cuidadoras en el proceso de atención y utilizar la tecnología y la formación de manera efectiva para facilitar el acceso a la información necesaria y la toma de decisiones clínicas informadas, con el fin de proporcionar una atención segura, eficaz y de alta calidad a las personas con condiciones más complejas.

El seguimiento y la evaluación continua serán imprescindibles para medir el impacto de las intervenciones y el progreso de la atención a pacientes crónicos complejos, utilizando estos datos para la mejora continua del sistema de atención, dentro de un marco que busca garantizar la disponibilidad de los recursos adecuados para la implementación y sostenibilidad del plan de atención a pacientes crónicos de alta complejidad.



1. TRABAJAR HACIA LA ATENCIÓN INTEGRAL Y PERSONALIZADA, CONTEMPLANDO LA DIMENSIÓN DE LA DIGNIDAD Y LA HUMANIDAD DE LA PERSONA, BASADO EN LA TOMA DE DECISIONES COMPARTIDAS Y CENTRADAS EN SUS NECESIDADES



ACCIÓN 1

Determinar en la historia clínica electrónica la identificación de la persona con enfermedad crónica compleja, de manera homogénea y visible para cualquier ámbito asistencial, especialmente en Atención Primaria (AP) y Atención Hospitalaria (AH). Esta identificación se realizará a través de la estratificación automática según el estratificador GMA (en mayores de 14 años) pero también con la posibilidad de la identificación activa y oportunista por profesionales sanitarios así como por profesionales no sanitarios dependientes de la organización, informando al paciente y/o la persona cuidadora principal y comunicación del caso al equipo multidisciplinar hospitalario.

ACCIÓN 2

Establecer un modelo de identificación para pacientes pediátricos crónicos complejos:

- a. Establecer circuitos de atención específica para la edad pediátrica, y sus familias, atendiendo a sus singularidades por edad (orientación, necesidades de atención psicológica, escolar, etc.).
- b. Facilitar la transición y el acompañamiento de la persona en edad pediátrica a adulta con patologías crónicas garantizando la continuidad asistencial.

ACCIÓN 3

Garantizar la valoración integral de la persona identificada como crónica compleja, y de la persona cuidadora principal informal, incluyendo la perspectiva social a través de los protocolos establecidos.



ACCIÓN 4

Diseñar e implementar un plan de atención personalizado y colaborativo que integre aspectos

sanitarios, psicosociales y de estilo de vida, enfocado en empoderar a la persona y su entorno, mediante la toma de decisiones compartidas con el equipo de salud. Este plan debe ser elaborado no sólo en consenso con la persona y/o persona cuidadora, sino también entre profesionales de diferentes ámbitos, garantizando la coherencia y la coordinación en la atención.

El **Plan de Atención Personalizado (PAP)** será compartido y consensuado entre paciente y/o persona cuidadora principal, AP y AH:

a. El PAP establecerá entre otros aspectos:

- la periodicidad de los seguimientos proactivos y estructurados
- la atención en los distintos estados clínicos, estable e inestable, y los cuidados al final de la vida
- la identificación de profesionales de referencia en los distintos ámbitos de actuación, informando a la persona con enfermedades crónicas y persona cuidadora de los mismos

b. El PAP estará disponible para profesionales que atienden al PCAC en los distintos ámbitos asistenciales vinculados al PCAC.



2. ASEGURAR LA ACCESIBILIDAD A LA ATENCIÓN SANITARIA GARANTIZANDO A LAS PERSONAS CON ENFERMEDADES CRÓNICAS UN ACCESO CONTINUO A LOS SERVICIOS DE SALUD



ACCIÓN 5

Definir en el ámbito de AP la atención específica para los PCAC identificados en las agendas de consulta, impulsando las citas vinculadas para un abordaje multidisciplinar proactivo, en especial la Unidad de Gestión Familiar/Unidad de Gestión Pediátrica (UAP)/Trabajo Social /Enfermería de Enlace-Enfermería Gestora de Casos.

ACCIÓN 6

Definir un **sistema de atención no urgente** para el PCAC de al menos 12 horas x 7 días incluyendo el fin de semana y los días festivos.

ACCIÓN 7

Establecer circuitos de acceso del PCAC en fases de inestabilidad que requieran de ingreso entre los ámbitos de AP y AH que garanticen que, siempre que sea posible, la persona permanezca en su ámbito domiciliario, y si no es posible, su regreso al entorno habitual en el menor tiempo posible para evitar iatrogenia y complicaciones, favoreciendo el restablecer la autonomía y el autocuidado.

- Potenciar la atención de las Unidades de Hospitalización a Domicilio (HADO) para PCAC.
- Reforzar la coordinación y continuidad de cuidados con HADO y Unidades de Cuidados Paliativos.
- Acordar ingresos hospitalarios programados entre AP y AH originados desde el ámbito de AP, por procesos agudos o reagudizaciones de procesos basales, en la forma, tiempo y unidad o servicio más idóneo
- Adecuar un circuito diferenciado para su atención en los servicios de urgencias en AP y AH.



3. POTENCIAR LA COORDINACIÓN EN LA ATENCIÓN ASISTENCIAL SANITARIA Y SOCIAL INTRA E INTERINSTITUCIONAL LONGITUDINAL, INTEGRADA Y COORDINADA



ACCIÓN 8

Definir un COMITÉ IMPULSOR para la sensibilización, difusión e implantación del Plan de Acción para Pacientes Crónicos de Alta Complejidad.

ACCIÓN 9

Creación e implantación de la Unidad Multidisciplinar de atención al PCAC en el ámbito de AH, con participación de AP, que trabajen en conjunto para brindar una atención integrada, global y continua garantizando una comunicación eficiente y una toma de decisiones coordinada.

a) Definir los distintos perfiles profesionales para desarrollar el enfoque multi e interdisciplinar para abordar de manera coordinada tanto la valoración

como la planificación y ejecución de las necesidades clínicas de la persona.

b) Valorar los casos derivados desde AP y desde AH, y establecer las intervenciones a realizar entre ambos ámbitos asistenciales que más valor aportan a la persona con condiciones crónicas y complejas y a la familia, siempre en seguimiento conjunto con AP.

c) Definir los circuitos que permitan compartir la información, la definición de los perfiles de coordinación y la participación específica en las fases de diagnóstico, atención y seguimiento a pacientes crónicos complejos entre ámbitos.

ACCIÓN 10

Desarrollar circuitos de consulta síncronos o asíncronos entre profesionales de distintos ámbitos asistenciales para mejorar la coordinación y comunicación.

a) Implantación de la interconsulta bidireccional entre AP y AH, Farmacia AH y AP, Enfermería de Enlace/ Enfermería Gestora de Casos, trabajo social y resto de perfiles clínicos relacionados con el abordaje del PCAC.



ACCIÓN 11

Restablecer las Sesiones de Casos con la finalidad de trabajar según el modelo de gestión de casos para establecer un plan de actuación conjunto, asegurando la valoración multidisciplinar, la toma de decisiones y la resolución de problemas, a través de un modelo normalizado:

- a) Entre AP y AH.
- b) Entre servicios sanitarios y sistemas de protección social (trabajadas desde ambos ámbitos para que sean reconocidas por ambos) favoreciendo la equidad.

ACCIÓN 12

Impulsar la figura de Enfermería de Enlace/Enfermería Gestora de Casos. Este perfil de enfermería implica unas competencias avanzadas para la coordinación y gestión proactiva de los servicios de enfermería y de cuidados clínicos personalizados para pacientes crónicos complejos. Este perfil, tiene como principal objetivo el coordinar la actuación de diferentes profesionales de AP y AH para la atención y seguimiento de las necesidades y cuidados.



4. FACILITAR LA CONTINUIDAD ASISTENCIAL SANITARIA Y SOCIAL ENTRE ÁMBITOS ASISTENCIALES



ACCIÓN 13

Implantar el modelo del AP_Cuida2 como modelo de continuidad de cuidados entre ámbitos asistenciales, AP_AH.

ACCIÓN 14

Establecer vías de coordinación y continuidad de cuidados normalizadas con los centros hospitalarios concertados de media estancia para los PCAC, en especial en el proceso de alta de hospitalización.

ACCIÓN 15

Establecer vías de coordinación y continuidad de cuidados sociosanitarios normalizadas entre el ámbito sanitario y los sistemas de protección social para los PCAC a través de la figura de trabajo social sanitario.



5. MEJORAR LA ADECUACIÓN FARMACOTERAPÉUTICA CON ESPECIAL ATENCIÓN A LA POLIMEDICACIÓN



ACCIÓN 16

Establecer al menos una revisión semestral por el personal farmacéutico de AP en coordinación con las GAF/UAF/UAP para optimizar la terapia farmacológica en los PCAC, adaptando los planes de tratamiento a las características únicas de cada paciente, considerando factores como la edad, sexo, y condiciones específicas de salud.

ACCIÓN 17

Abordar de manera efectiva el desafío de la polimedicación, asegurando que las personas tomen los fármacos de manera segura y coordinada favoreciendo la adherencia mediante el pilotaje del Sistema Personalizado de Dosificación (SPD).

ACCIÓN 18

Desarrollar y potenciar canales de comunicación entre profesionales favoreciendo la continuidad asistencial interniveles relacionado con conciliación terapéutica en las transiciones asistenciales, facilitando que la información farmacoterapéutica sea fluida, accesible y eficaz entre profesionales independientemente del ámbito asistencial en donde se sitúen. En diseño la comunicación farmacia comunitaria - medicina de AP a través de RECC y posteriormente se incluirán distintos profesionales en la comunicación así como con el procedimiento de interconsulta con los servicios de farmacia hospitalaria.

ACCIÓN 19

Establecer un circuito de resolución de incidencias de prescripción de origen hospitalario para que se puedan resolver directamente desde el mismo hospital, de una forma ágil, sin necesidad de que lleguen a la consulta de medicina de familia y pediatría.



6. ACOMPAÑAR Y DAR SOPORTE A LAS PERSONAS CUIDADORAS Y SU ENTORNO RECONOCIENDO EL PAPEL FUNDAMENTAL QUE DESEMPEÑAN



ACCIÓN 20

Identificar a las personas cuidadoras relacionados con los PCAC y que esta identificación se traslade a la historia de salud, lo que permitirá no sólo el abordaje de las necesidades de las mismas, clínicas y/o sociales, sino también para la comunicación con las mismas por distintos canales. Impulsar que en la historia clínica esté identificado también los progenitores/familia acogente etc.

ACCIÓN 21

Potenciar la participación en Escuela de Pacientes de Canarias de las personas cuidadoras: Incorporar a las escuelas de pacientes la figura de la “cuidadora experta”.



7. VALORAR LA ATENCIÓN DOMICILIARIA COMO ÁMBITO PREFERENCIAL DE ACTUACIÓN



ACCIÓN 22

Realizar la Valoración Integral de los PCAC en su entorno domiciliario respetando sus preferencias

ACCIÓN 23

Garantizar la inclusión de los PCAC susceptibles en el programa de atención domiciliaria.

ACCIÓN 24

Facilitar la **Atención Domiciliaria Pediátrica** para Pacientes Crónicos de alta complejidad y con necesidades paliativas.



8. PROMOVER EL AUTOCUIDADO



ACCIÓN 25

Promover el conocimiento y autogestión sobre la propia enfermedad y la promoción de la salud, contemplando la importancia de mantener una adecuada salud mental, mediante recursos de capacitación, uso de plataformas de formación, y consulta de recursos en línea sustentados en la evidencia científica para pacientes y personas de referencia.

ACCIÓN 26

Creación de un Portal Centralizado de Información y Registro para Talleres de Autocuidado, que se nutra de las propuestas ofertadas en educación para la salud por las distintas áreas de salud.

ACCIÓN 27

Informar a pacientes y personas de referencia de la red de recursos comunitarios a su disposición: asociación vecinal, grupos de apoyo, centros cívicos, asociaciones de pacientes, etc.

ACCIÓN 28

Impulsar la figura “paciente activo/experto” en la Escuela de Pacientes, fomentando la autogestión de pacientes crónicos a través de la formación en ámbitos.

ACCIÓN 29

Diseñar un plan de trabajo coordinado con Asociaciones de Pacientes con el fin de establecer sinergias y optimizar recursos de apoyo al PCAC y su entorno.



9. IMPULSAR EL USO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN



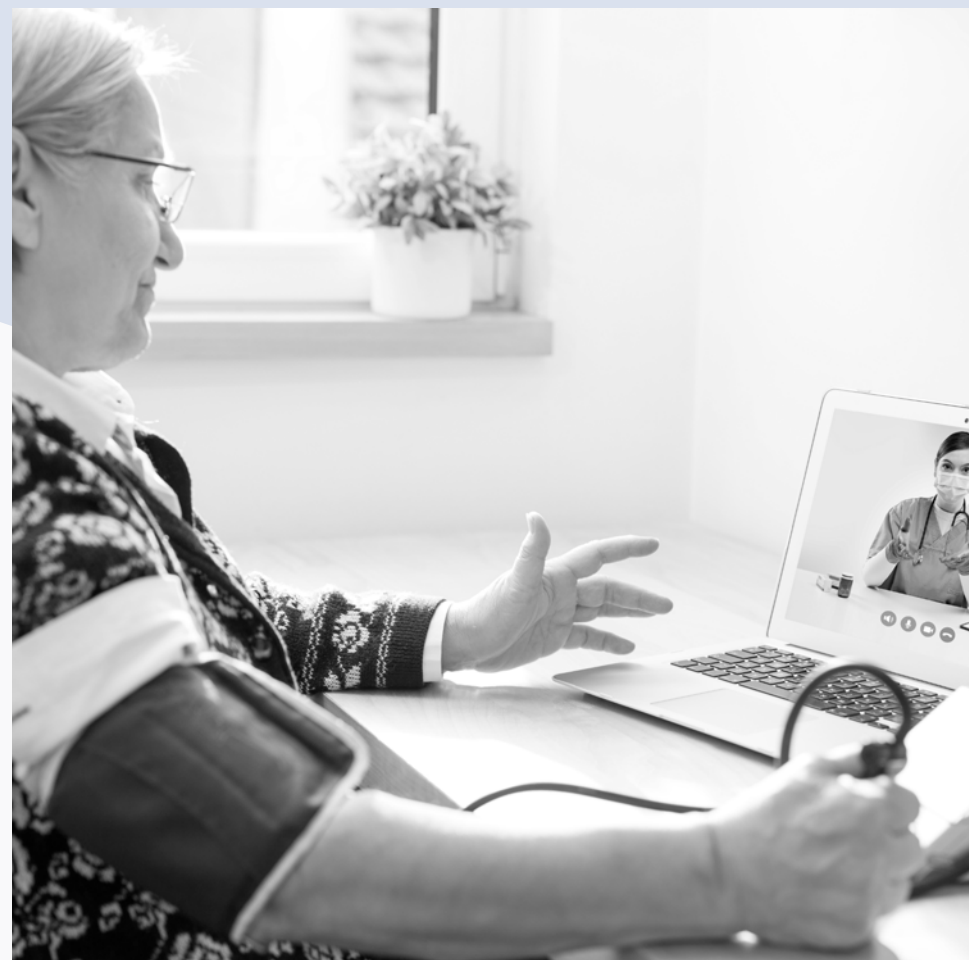
Aplicar el Uso Eficiente de Tecnologías implementando herramientas digitales, como registros electrónicos de salud y telemedicina, para facilitar el acceso a los servicios de salud, la comunicación, la educación para la salud, la participación activa y el seguimiento de las personas con enfermedades crónicas complejas.

ACCIÓN 30

Implementar el uso de sistemas de telemonitorización y teleasistencia domiciliaria para los PCAC.

ACCIÓN 31

Establecer el canal de comunicación con las personas cuidadoras de forma específica para la difusión de información relacionada, formación, etc., a través de la APP MiSCS



10. FOMENTAR LA FORMACIÓN EN CRONICIDAD



ACCIÓN 32

Diseñar un plan de formación continua dirigido a profesionales sobre aspectos claves relacionados con la cronicidad, el PCAC y el Plan de Acción, incluyendo la formación posgrado, en materia de cronicidad enfocándose en el manejo avanzado de las enfermedades crónicas, habilidades de comunicación efectiva y técnicas de intervención temprana, con visión multidisciplinar y apoyado el uso de nuevas tecnologías.

ACCIÓN 33

Identificar habilidades claves y básicas en cronicidad dirigidas a profesionales.

ACCIÓN 34

Priorizar recomendaciones de “NO HACER” en la capacitación a profesionales, minimizando la variabilidad de la práctica asistencial relacionada con la cronicidad.

ACCIÓN 35

Diseñar un plan de trabajo coordinado con Asociaciones de Pacientes con el fin de establecer sinergias y optimizar recursos de apoyo en la formación a profesionales y pacientes.





Servicio
Canario de la Salud



Gobierno
de Canarias

PLAN 5C

DIRECCIÓN GENERAL DEL
PACIENTE Y CRONICIDAD

<https://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/>