



# Análisis de los sistemas Sociosanitarios

Consejería de Salud de Sevilla

ENTREGABLE

1.1.2



# ANÁLISIS DE LOS SISTEMAS SOCIOSANITARIOS

## ENTREGABLE 1.1.2

El informe que se presenta a continuación se enmarca en la Actividad 1. Especificación del modelo transfronterizo de atención a personas con enfermedades crónicas y en las siguientes dos Acciones:

- **A1.1** Análisis del estado actual de la prestación sanitaria a personas con enfermedades crónicas o en riesgo de fragilidad luso-andaluzas y las limitaciones en la frontera.
- **A1.2** Análisis de los elementos habilitadores del nuevo modelo.

ACCIONES		ENTREGABLES	
<b>A1.1</b>	Análisis del estado actual de la prestación sanitaria a personas con enfermedades crónicas o en riesgo de fragilidad luso-andaluzas y las limitaciones en la frontera.	<b>E1.1</b>	Análisis de los sistemas socio-sanitarios actuales en la zona transfronteriza.
<b>A1.2</b>	Análisis de los elementos habilitadores del nuevo modelo.	<b>E1.2</b>	Resultados de los focus groups con personas usuarias y profesionales.
<b>A1.3</b>	Definición del nuevo modelo de prestación socio-sanitaria conjunta en la zona transfronteriza.	<b>E1.3</b>	Definición del nuevo modelo de atención transfronterizo.
		<b>E1.4</b>	Hoja de ruta del proyecto

# TABLA DE CONTENIDO

1.	INTRODUCCIÓN .....	7
2.	OBJETIVOS.....	11
3.	ACTIVIDADES.....	13
4.	PARTENARIADO.....	15
5.	METODOLOGÍA.....	17
6.	RESULTADOS.....	19
7.	CONCLUSIONES.....	48



# 1. INTRODUCCIÓN

---

# 1. INTRODUCCIÓN

---

Numa es un proyecto que aporta un nuevo modelo de atención en la asistencia sanitaria, basada en la atención a la cronicidad/fragilidad transfronteriza algarve – andalucía, mejorando la colaboración entre la farmacia y el sistema sanitario público andaluz (sspa). Esta colaboración se apoya en la telemedicina a través de las tics (tecnologías de la información y de la comunicación), que permite incluir a ese nuevo interlocutor (la farmacia comunitaria) entre pacientes y los servicios sociales y sanitarios.

Numa esta circunscrito al área de andalucía-algarve, y propone innovar en los procesos asistenciales existentes, integrando a los servicios sociales y sanitarios con un nuevo agente local, las farmacias comunitarias, que coordinado con atención primaria, mejorará la relación pacientes, el seguimiento de sus condiciones y la prevención, como una manera de hacer frente a la fragilidad/cronicidad, es decir, este modelo asistencial, mejora el cuidado de las personas con enfermedades crónicas de la población, con riesgo de fragilidad, así como su adherencia al tratamiento farmacológico, dando un servicio conjunto que cubra a la población de la zona transfronteriza.

Se trata, por tanto, de una mejora de la asistencia, tanto a pacientes que padecen enfermedad crónica como ante la fragilidad. Este último concepto, ya apareció en el informe, estudio e investigación del ministerio de sanidad y política social, actual Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social, donde se indicaba que algunos autores como Ho, Williams, Hardwick, hicieron un cálculo de cómo se podría realizar prevención primaria del deterioro relacionado con la edad, en hasta el 50% de las personas ancianas, si se consiguen las herramientas diagnósticas o indicadores de riesgo. Diversos autores han agrupado en dieciséis categorías todas las variables o posibles predictores que identifican riesgo de fragilidad. Algunas de las más importantes, y que son focos de NUMA, son las siguientes: caídas, polimedicación, deterioro cognitivo y trastornos de la movilidad. Además de estas categorías, existen dos escalas relevantes que evalúan la fragilidad en el anciano:

- La escala de Fried compuesta por 5 ítems (fatigabilidad, resistencia, deambulación, comorbilidad y pérdida de peso), en la que cada respuesta afirmativa es valorada con 1 punto. Así, se considera paciente frágil aquel que tiene puntuaciones mayores o iguales a 3, y prefragilidad las puntuadas como 1 ó 2.
- La escala FTS (the frailty trait scale), basada en la anterior, midiendo las características biológicas de la fragilidad, mediante 12 ítems. Además de las cinco dimensiones propuestas por Fried, incluye otras dimensiones como son el estado cognitivo, nutricional y vascular. La FTS tiene un valor predictivo que es ligeramente mejor que el modelo de Fried, indicada para la mortalidad en personas mayores de 80 años, y para las hospitalizaciones en menores de 80 años. Aunque es de primera elección el uso de Fried por su facilidad.

Por tanto la fragilidad predice o detecta el deterioro o la limitación funcional incipiente de pacientes, y permite una intervención sobre la misma, así como la promoción de la salud en la población mayor de 70 años. Las actividades que se proponen para revertir

esta situación son principalmente: valoración multidimensional (clínica-funcional-mental-social), asociada a la resolución de problemas detectados y programas de actividad física multi-componente específicamente diseñados, de carácter eminentemente grupal.

En la asistencia a personas pluripatológicas, con cronicidad y fragilidad, se propone elegir a la oficina de farmacia, por su trato familiar y de cercanía con estas personas, como agente que ofrece un servicio esencial, de seguimiento de sus condiciones farmacosanitarias, para la prevención de la fragilidad, el empoderamiento y conciencia de enfermedad de las mismas. Se pretende una activación de pacientes, que les lleve a convertirse en personas expertas de sus problemas de salud, y en consecuencia mostrar un nivel alto de adherencia a su plan terapéutico. Para conseguir este objetivo, se implantarán sistemas de telemedicina y de prevención de la fragilidad en las oficinas de farmacia designadas en el proyecto, sirviendo como punto de conexión entre las personas y el centro sanitario. La información registrada en éstas será accesible para los centros sanitarios, donde profesionales podrán realizar el seguimiento a la persona, evaluarán las alertas producidas por descompensaciones y prescribirán recomendaciones a las mismas.

Este modelo, se verá soportado por el desarrollo de herramientas tic que coordinadas con las farmacias, van a permitir hacer el seguimiento de las personas con patologías crónicas mediante biomedidas personalizadas y el "screening" para la detección precoz de cambios en el nivel de fragilidad.

Es por tanto, un cambio organizacional, que emplea la tecnología, mediante la cual, la farmacia participará en la primera línea preventiva del sistema, compartiendo la información con el resto de agentes del ámbito sociosanitario (pacientes y atención primaria). Es un proyecto que tiene sus pilares en el empoderamiento de las personas-pacientes, además de la mejora en las comunicaciones, el uso de sistemas expertos de componente tecnológico y sobre todo, en el reconocimiento del papel que viene haciendo farmacia comunitaria. Se pretende que haya una mejor coordinación entre los distintos agentes, lo que traerá una mejora sustancial en el seguimiento de esta población diana, a la par de establecer un escenario de comunicación y feed back entre las personas que participan en la asistencia sociosanitaria, así como la incorporación en un futuro, de otros programas de atención a otras poblaciones dianas.

Desde el punto de vista del desarrollo de herramientas tic, esta nueva organización de asistencia sanitaria, se va a ver soportada por la implantación de herramientas tic, que van a permitir a las farmacias hacer el seguimiento de los pacientes crónicos mediante biomedidas personalizadas y el "screening" para la detección precoz de cambios en el nivel de fragilidad.

Gracias a estos cambios organizacionales y a la tecnología, la farmacia se va a convertir en la primera línea preventiva del sistema, compartiendo la información con el resto de actores sociosanitarios. La tecnología debe orquestar estos nuevos procesos integrados entre los distintos niveles asistenciales (atención primaria, servicios sociales, farmacia, atención especializada), así como regionales de la zona transfronteriza, salvando los problemas de interoperabilidad entre los distintos sistemas de información y las fronteras, y por tanto agilizando la provisión de los servicios.



También va a habilitar a la ciudadanía un plan terapéutico personalizado, con el objetivo de empoderar y motivar al paciente. Éste incluirá elementos para la estimulación cognitiva, funcional y social de la persona además de promover la actividad física y social fuera de casa, mediante el desarrollo de “serious gaming” y juegos de “geocaching”.

Ambos resultados confluyen en la definición e implementación de un nuevo modelo asistencial, que contribuye claramente a la consecución del indicador de resultado: mejora de las estructuras institucionales para la cooperación en funcionamiento. Dicho modelo asistencial y las herramientas tic necesarias, pretenden transformar las instituciones, y muy especialmente el papel de la atención primaria, que pasará a tener un rol principal en la gestión y la promoción de la zona, relegando en cierta manera a la atención especializada y ayudándose de la red local de farmacias para dar un servicio de proximidad que ayudará a tener más capacidad para promover la salud de las personas.

Por tanto al ser NUMA un proyecto con una nueva visión de la asistencia de pacientes con enfermedades crónicas, mayores y polimedicadas, implica una serie de acciones innovadoras, entre las que podemos mencionar:

- 1) Innovación en el modelo asistencial: en la actualidad los sistemas de salud y sociales están muy fragmentados, y eso implica un grado de dificultad para tratar la complejidad de las personas con diferentes enfermedades crónicas o con una situación de fragilidad compleja. Esta fragmentación provoca que los distintos profesionales que realizan esa asistencia tengan una visión parcial del problema. Por tanto, se hace necesario una evaluación temprana y una gestión de casos graves, que permita identificar lo antes posible los problemas, y dar una solución holística y continuada a la persona. El proyecto NUMA aporta a esa necesaria integración sociosanitaria, un nuevo actor, la farmacia comunitaria, que realiza un contacto regular con las personas usuarias del SSPA, para informar y por lo tanto, capacitar a las personas con enfermedades crónicas.
- 2) Mejor coordinación en la frontera. NUMA plantea la coordinación de servicios sociosanitarios y además por administraciones de distintos países. El nuevo modelo ha tenido en cuenta esta complejidad, y profundizará en las barreras organizacionales, formas de pago e incentivos, que permita su implantación.
- 3) Las tic como habilitadores del cambio, ya que este proyecto incluye a la telemedicina como una práctica habitual en el sistema sanitario, y también en la frontera. Tanto la utilización del kiosko digital en las farmacias, como la utilización de las apps y serious gaming para la estimulación multidimensional de pacientes (capacidad funcional, social, cognitiva), constituyen un área emergente e innovadora.
- 4) Evaluación de la telemedicina: NUMA incluirá el sistema MAST, que evaluará el resultado del proyecto. Esta metodología se ha empleado en varios estudios de investigación financiados por la comunidad europea, la cual es muy pertinente, ya que nos dará una evaluación rigurosa, que facilitará la aceptación y posible replicabilidad del modelo en otras áreas.

# 2. OBJETIVOS

---

## 2. OBJETIVOS

---

- Transformación del modelo asistencial gracias a las herramientas TIC, utilizando tecnología de gestión remota y las oficinas de Farmacia como intermediarios entre paciente y los servicios de salud públicos. Este nuevo modelo, a modo de plan de comunicación y réplica permitirá su extensión, una vez demostrado su viabilidad y el impacto positivo en salud.
- Realización de una experiencia piloto que permita la evaluación y estudio comparativo del servicio innovador en la zona transfronteriza (Andalucía-Algarve), mejorando así la cooperación entre la ciudadanía e instituciones de ambos países. Esta experiencia permitirá capacitar a profesionales y pacientes, para promover el cambio, para la mejora de la autonomía y coordinación de cada uno de los actores del proyecto.
- Mejora de la seguridad y la calidad de vida de las personas, haciendo que estas hagan un uso adecuado de sus medicamentos, en especial a pacientes con enfermedades crónicas (ej. Revisión del uso de medicamento: uso de inhaladores, seguimiento de medicamentos con estrecho intervalo).

# 3. ACTIVIDADES

---

### 3. ACTIVIDADES

---

Dentro del proyecto NUMA se encuentra la actividad 1, que incluye la especificación del modelo transfronterizo de atención al paciente crónico. Para el desarrollo de este modelo, se describen cuatro entregables, el primero de ellos es el que compone este informe denominado *Análisis del estado actual de la prestación sanitaria relacionada con atención cronicidad/fragilidad, en la zona transfronteriza*, que refleje la situación sanitaria de cada uno de los socios del proyecto, como son: Consejería de Salud, Administración Regional de Salud del Algarve y Colegio de Farmacia de Sevilla.

El objetivo general de este análisis es conocer la situación actual en ambos lados de la frontera, con el fin de encontrar tanto los puntos fuertes como las carencias informacionales y organizativas. Todos estos datos, y teniendo en cuenta el objetivo del proyecto, posibilitará la realización de una hoja de ruta que, partiendo de la optimización y de la coordinación entre las diferentes administraciones públicas luso-andaluzas, que proveen servicios sociosanitarios en la zona, permita conseguir un modelo conjunto de prestación a personas con enfermedades crónicas o en riesgo de fragilidad. En este análisis se hace necesario el estudio de los elementos habilitadores, es decir, todos aquellos que van a posibilitar el cambio al nuevo modelo, entre los que se encuentran: las oficinas de farmacia, pacientes y profesionales del SSPA, el modelo de pago y el papel de cada una de las partes integrantes del proyecto. Para ello se hace necesario un análisis de la información, de los registros sociales y sanitarios de ambas zonas. Así, se pretende estudiar los componentes básicos de los sistemas socio-sanitarios de Algarve y Andalucía, para entender cómo se podrían utilizar para crear un modelo coordinado en esta zona transfronteriza. Otro de los componentes básicos de un buen sistema de prestación de servicios, es conseguir un engranaje organizativo que cumpla con las necesidades planteadas. Por tanto, un análisis exhaustivo del modelo de Gobernanza o marco normativo entre administraciones de la zona transfronteriza, ayudará a entender, por ejemplo, qué tipos de acuerdos son indispensables para conseguir la máxima coordinación entre proveedores a cada lado de la frontera.

El mencionado entregable, posibilitará el estudio posterior del modelo de pago de los proveedores sociosanitarios en cada país y se explorará la idea de generar bolsas de presupuesto local gestionadas por equipos multidisciplinares con objetivos anuales muy claros. También se analizarán los modelos de relación internos de cada región, lo que permitirá diseñar nuevos modelos optimizados que incluirán en su desarrollo los nuevos elementos habilitadores presentes en este proyecto de Innovación.

También se tendrán en cuenta las necesidades de profesionales del sistema sanitario, así como de pacientes, involucrándolos en sesiones de "Focus Group", entregable número 2 de la actividad 1 del proyecto, que conseguirá entender cuál es la mejor manera de solucionar los problemas y como capacitar a todos estos actores del sistema. Esta acción estará liderada por las administraciones que forman parte del parternariado del proyecto, la Consejería de Salud y la Administração Regional de Saúde do Algarve.

# 4. PARTENARIADO

---

## 4. PARTENARIADO

---

El partenariado de NUMA está formado por:

- 1) Administraciones públicas: consejería de salud de la Junta de Andalucía (beneficiario principal) y Administración Regional de Saúde do Algarve, garantizando la viabilidad y sostenibilidad del proyecto.
- 2) Un centro de investigación en el área de las TICs: departamento de Ingeniería Electrónica de la Universidad de Sevilla. El cual tiene una amplia experiencia en proyectos sobre aplicación de las TICs a diferentes ámbitos, incluido el sanitario.
- 3) Representantes de la farmacia: Real e Ilustre Colegio de farmacéuticos de Sevilla, (RICOFSE), el cual se hace necesario para la implantación del piloto y evaluación del nuevo modelo, representado también por el consejo andaluz de colegios oficiales de farmacia.)

# 5. METODOLOGÍA

---



## 5. METODOLOGÍA

---

Desde un análisis cualitativo, con el entregable e.1.1, se va a realizar un estudio del estado actual de la prestación sanitaria a enfermos crónicos o en riesgo de fragilidad luso andaluces y las limitaciones transfronterizas. Para ello se han realizado una serie de cuestionarios a las distintas partes integrantes del proyecto, con una serie de cuestiones, que se adjuntan en el anexo, para conocer y analizar la situación socio sanitaria del entorno. Las preguntas a las cuales se han planteado son:

- 1) ¿Qué necesidades o problemas existen actualmente y cómo el nuevo modelo de atención daría respuesta o mejoraría?.
- 2) ¿Cómo en la actualidad, se está intentando dar respuesta a estas necesidades?
- 3) ¿Cuáles son los resultados actuales de dichas acciones?
- 4) ¿Qué papel juega actualmente los distintos actores en la atención a la población objetivo del proyecto?
- 5) ¿Cómo se relacionan/organizan para dar dicha atención?
- 6) ¿Cómo está regulada/normalizada dicha prestación?
- 7) ¿Qué sistemas de información dan soporte a dicha prestación/relación?

# 6. RESULTADOS

---

## 6. RESULTADOS

---

### 6.1 Necesidades y problemas detectados en el sistema sanitario transfronterizo que justifican y dan respuesta al nuevo modelo.

#### 6.1.1 Administración Regional de Saúde do Algarve

El Algarve, región transfronteriza que participa en el proyecto NUMA, es una zona cuyo índice de envejecimiento aumentó sobre todo después de 2008, debido a la disminución de inmigrantes, en línea con la crisis económica entonces iniciada, pero también, al igual que en el resto del país, debido a la disminución de la natalidad y el aumento de la longevidad. Esta situación viene asociada a mayores problemas de salud y a una mayor presión en los servicios sanitarios, con el consecuente crecimiento de costes.

Algunos de los problemas considerados prioritarios en el Algarve son las enfermedades cardiovasculares y los problemas relacionados con el correcto diagnóstico y la adherencia terapéutica.

La hipertensión arterial es el factor de riesgo determinante para las enfermedades cerebro-cardiovasculares, lo que justifica en el Algarve una intervención más activa de los servicios de salud.

Las tasas de mortalidad por accidente cerebrovascular y enfermedad isquémica cardíaca son claramente superiores en el Algarve; donde la hipertensión y las consecuencias de las patologías referidas anteriormente, se incluye en el Programa de Prioridad de salud del Plan Nacional de Salud de Portugal, siendo una preocupación estratégica nacional y regional.

En 2014, de las personas inscritas en los centros de salud del Algarve, el 16,4% estaban registradas como hipertensas (siendo el 14,8% en los hombres y el 17,9% en las mujeres). La prevalencia es superior en el área cubierta por la agrupación de centros de salud del Sotavento (22,9%), cerca de la frontera con Andalucía.

Según el estudio "hipertensión en Portugal 2013" (disponible de dgs en <https://www.dgs.pt/em-destaque/a-hipertensao-arterial-em-portugal-.aspx>) la proporción de pacientes con hipertensión controlados, desde el punto de vista sanitario es demasiado bajo en Portugal y en particular el Algarve. Esto significa que la hipertensión es un problema más relevante en el Algarve, habiendo también el conocimiento de que en gran parte hay pacientes, que no están diagnosticados y los que están, no están adecuadamente controlados.

Otra enfermedad prioritaria en Portugal, donde la adherencia y control terapéutico son un reto, es la diabetes mellitus.

Se hace necesario un refuerzo en programas de telemonitorización domiciliaria, dentro de algunas enfermedades crónicas (por ejemplo, diabetes, enfermedades cerebro-cardiovasculares), y que ya fue considerada una medida estratégica relevante en el Algarve (Plan Estratégico de ARS Algarve 2017-2019).

### **6.1.2 Prestación Farmacéutica Andaluza.**

A las cuestiones planteadas a farmacia en el cuestionario, ha contestado que desde el punto de vista del análisis de la asistencia sanitaria pública andaluza, a los pacientes mayores y frágiles, existe una falta de integración sociosanitaria, que lleva aparejada una fragmentación asistencial, una gran insatisfacción de los pacientes, y por tanto una ineficiencia del sistema. La evidencia muestra que la integración sociosanitaria con grupos profesionales interdisciplinarios, que trabajan de forma coordinada, con intercambio de información, con programas de gestión de caso de este tipo de pacientes, facilita la resolución de este problema.

La prestación farmacéutica española no tiene herramientas de intercomunicación directa y eficiente con el/la profesional médico, y de enfermería, ya que la vía más utilizada es el propio paciente.

Como carencia adicional según RICOFSE (Real Ilustre Colegio de Farmacia de Sevilla), se contempla la falta de acceso a la historia clínica del paciente o a parte de él desde la Farmacia, solo posible con la autorización del paciente, que se incorporaría a la consulta del historial fármaco-terapéutico de éste, beneficiario del Sistema Sanitario Público de Andalucía (SSPA). Igualmente se hacen necesarias las tecnologías TIC, que faciliten la promoción y gestión remota de la salud de las personas.

### **6.1.3 Sistema Sanitario en Andalucía.**

La evidencia científica nos revela que las condiciones crónicas complejas impondrán una situación cada vez más insostenible en los servicios públicos sociales y sanitarios. Las proyecciones de envejecimiento en los países de la OCDE muestran que el número de personas mayores de 65 años se doblarán en el 2050, lo cual incrementará la carga que suponen las enfermedades crónicas y la presión al sistema sociosanitario.

En España, los informes, estudios e investigaciones del ministerio de sanidad, consumo y bienestar social afirman que somos uno de los países con mayor esperanza de vida en el mundo, pero cuando se habla de esperanza de vida en buena salud, la situación empeora respecto a otros países de la unión europea.

Adicionalmente, los países occidentales están en plena transformación del modelo familiar alejando las personas mayores del núcleo familiar, provocando situaciones de soledad y aislamiento social.

Es por ello, que como problemas y necesidades que se plantean para personas con enfermedad crónica, mayores y pluripatológicas, son los de la fragilidad y la adherencia al medicamento, planteándose en este último caso diversos objetivos.

Por un lado, mejorar la seguridad y la calidad de vida de las personas, haciendo que estos hagan un uso adecuado de sus medicamentos, en especial a pacientes con enfermedades crónicas (revisión del uso de medicamento: uso de inhaladores, seguimiento de medicamentos con estrecho intervalo)

Por otro lado, reducir las reacciones adversas e interacciones en las personas polimedicadas o en aquellas detectadas como pacientes de alto riesgo de ingreso por medicación (preparación y recogida de medicamentos); también ayudar a pacientes recién dados de alta a la comprensión y uso de nuevos medicamentos, a través de la revisión uso de medicamento (asma, EPOC, diabetes tipo ii, hipertensos, anticoagulantes). También poder reducir el despilfarro o uso excesivo de medicamentos, recogiendo los medicamentos sobrantes y a través de la comunicación con la o el médico de familia para el ajuste de dosis.

En cuanto a la fragilidad, se plantean programas coordinados que contemplen las siguientes necesidades e intervenciones preventivas, como pueden ser:

- Intervención específica centrada en programas de actividad física multi-componente (que trabajen la resistencia aeróbica, flexibilidad, equilibrio y fuerza muscular), con el objetivo de revertir la situación de fragilidad y prevenir el deterioro funcional.
- En aquellos detectados como de alto riesgo de caídas, intervención multifactorial para la prevención de caídas: plan de actividad física, revisión de polimedicación, reducción de riesgos ambientales en el domicilio.
- En toda la población mayor de 70 años, intervenciones en promoción de estilos de vida saludables, similar al consejo integral en estilos de vida saludable en atención primaria, diseñado para la población adulta por el grupo de trabajo de implementación de la "Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención en el SNS" constituido para tal fin.

#### **6.1.4 Contexto Sanitario Transfronterizo Algarve- España.**

Puesto que NUMA abarca la región portuguesa del Algarve y española de Andalucía, y puesto que son países con una buena esperanza de vida, liderando la lista de países más envejecidos del mundo, que implica, por un lado necesidades complejas, y por otro al vivir en esta zona transfronteriza, sufren un déficit de atención, debido a las ineficiencias en la coordinación entre los proveedores sociosanitarios que trabajan a banda y banda de la frontera. Podemos decir que estas áreas soportan una mayor complejidad en la provisión y coordinación de servicios, debido a la intervención de diferentes administraciones. Todo esto plantea serios retos a nuestros países y requiere de una respuesta pública para afrontarlos.

Desde el punto de vista del contexto socio-sanitario de la frontera, se puede decir que existe el hecho de que la asistencia sanitaria puede ser diferente para una persona que viva en Europa dependiendo de donde se encuentre, según sean fronteras de

países o fronteras autonómicas. En Europa se plantean, según se ha expuesto antes, que uno de los principales retos a los que se enfrenta, es el del envejecimiento y las enfermedades crónicas aparejadas a él, con una importante fragmentación de la atención. Esta situación es aún más delicada en las zonas fronterizas, donde las personas, ya sea por razones laborales o no, como es el caso del turismo de cercanía, experimentan con cierta frecuencia problemas de equidad y accesibilidad a la prestación sanitaria. Situaciones aparentemente simples como el acceso a un fármaco prescrito en un área y no dispensado en otro, o la vacunación cubierta en una de ellas, pero no en la otra. Uno de los elementos imprescindibles para mejorar la cohesión de los sistemas de salud y en general de la atención sanitaria son los sistemas de información. En zonas fronterizas, se pueden encontrar situaciones, donde es fácil adquirir fármacos que en el lugar de origen o no se financian o incluso se prohíben. El seguimiento continuo de la atención a las personas, gracias a un sistema de información accesible desde cualquier punto geográfico, con la ayuda de las oficinas de farmacias como agentes locales, de proximidad, bajo un nuevo modelo de coordinación de dicha atención contribuiría a la mejora de la salud de las personas y a la eficiencia de los sistemas de salud.

Podemos concluir que tanto las personas mayores, como las que padecen enfermedades crónicas, son las más vulnerables y a las que más les afecta la fragmentación de los sistemas de salud. Esta situación supone también una limitación para los desplazamientos alrededor de la frontera, que a veces supone un condicionante importante para el turismo e incluso afecta al envejecimiento activo que se promulga por parte de la comunidad europea.

Las personas que constituyen la población diana son aquellas que tengan una o varias enfermedades crónicas, que sean independientes, pudiendo realizar actividades de la vida diaria por ellas mismas, pero en riesgo de aumentar su fragilidad si no se cuidan. El servicio conjunto en la zona transfronteriza va a incrementar los niveles de salud y bienestar, así como va a permitir optimizar los recursos y las capacidades de ambos países.

## **6.2 Intervenciones para dar respuesta a las necesidades y problemas planteados frente a la cronicidad-fragilidad de los pacientes**

### **6.2.1 Administración Regional de Saúde do Algarve**

El centro hospitalario del Algarve participó en una experiencia de telemonitorización de 15 pacientes con EPOC (enfermedad pulmonar obstructiva crónica) en el domicilio en el año 2016. Desafortunadamente la experiencia no tuvo continuidad en el Algarve, al contrario de otras regiones del país (región norte y centro).

Algunas zonas del Algarve, en particular Alcoutim tiene un servicio de visita móvil a las aldeas más distantes donde se prestan servicios de salud generalmente en el área de enfermería. No existe una estrategia regional con actividades y responsables

específicos para el envejecimiento y la enfermedad crónica. Sin embargo, está actualmente en discusión la «estrategia nacional para el envejecimiento activo y saludable 2017 - 2025». Esta estrategia traza medidas para la calidad de vida de las personas mayores, en particular trata los siguientes temas:

- 1) Una estrategia de lucha contra la polimedicación de justificación obligatoria para más de cinco medicamentos. Esta acción está alineado con NUMA.
- 2) Detección de los ancianos con necesidades especiales de acompañamiento, como personas que recurren más a las urgencias o que faltan sistemáticamente a consultas o incluso con signos de negligencia. Esta medida extravasa el área de la salud y deberá involucrar a los municipios, la policía y otras entidades.
- 3) Evaluaciones regulares teniendo en cuenta las necesidades particulares de hombres y mujeres, que en el caso de pacientes con varias patologías (comorbilidades), sugiere la adopción de un plan individual de cuidados, un instrumento de intervención integrada en los diferentes niveles de cuidados.

## **6.2.2 Prestación Farmacéutica Andaluza.**

Por su parte en las oficinas de farmacia, se está intentando dar respuesta a las necesidades que plantea el reto de las enfermedades crónicas, la fragilidad y la falta de integración sociosanitaria de las personas mayores de 65 años, provocada por una fragmentación asistencial, donde múltiples profesionales sociosanitarios participan en la atención de los mismos, que no están interconectados entre si. Para ello la farmacia actualmente, puesto que no tiene herramientas de intercomunicación directa y eficiente con el médico, su contacto único y directo es con el paciente, plantea el desarrollo conjunto de un modelo asistencial, en el que sea interlocutor entre pacientes y los servicios sociales y sanitarios, empleando las tic.

Entre los mencionados proyectos de farmacia tenemos, parhelio, es una iniciativa que promueve la colaboración de las oficinas de farmacia de Sevilla con asociaciones de pacientes, de forma que se desarrollen redes de farmacias especializadas en la atención farma-céutica, apoyo y consejo a pacientes afectados por patologías concretas. Incluye formación específica sobre farmacoterapia y fisio-patología de esas enfermedades, para que las farmacias interesadas puedan llevar a cabo una supervisión, control y educación más completa de la misma a los pacientes afectados. Se trata de desarrollar estrategias de educación e información sobre la enfermedad, y su medicación, a los pacientes afectados, teniendo como fin último la mejora en la adherencia de estos pacientes a sus tratamientos.

Parhelio ha firmado convenios con las siguientes asociaciones de pacientes:

- Asociación de síndrome de fatiga cónica y fibromialgia de Sevilla.
- Asociación de síndrome de fatiga cónica y fibromialgia de Andalucía.
- Adara. Asociación de personas afectadas por elVIH de Sevilla.

- Loveair. Asociación de personas afectadas de enfermedades respiratorias y asociación de personas con diabetes de Sevilla.

Otro proyecto que se está realizando también en Sevilla, en la barriada de Torreblanca se denomina IRIS, ( conciliación de la me-dicación y adherencia terapéutica) que promueve el establecimiento de protocolos de comunicación con los profesionales encargados de la prescripción de medicamentos del paciente, para trasladarle cualquier incidencia detectada en la farmacia que afecte a dicho tratamiento, creándose niveles de urgencia de dicha incidencia, para que de repuesta el prescriptor responsable del tratamiento, a través de un coordinador responsable de cada centro. También en Écija , el proyecto ASTIGI, junto con el mencionado anteriormente, han puesto en evidencia las mejoras de la interlocución entre profesionales para el correcto seguimiento y adherencia al tratamiento por parte de los pacientes, evitando en la mayoría de los casos desplazamientos inútiles de éstos, con la consiguiente satisfacción también de los prescriptores y de los farmacéuticos.

### 6.2.3 Sistema Sanitario en Andalucía.

Dentro de las estrategias, planes y propuestas realizadas desde el SSPA para hacer frente a los problemas de la cronicidad, fragilidad y la falta de adherencia terapéutica, existen las siguientes intervenciones:

1.-Plan andaluz de Atención Integrada a pacientes con Enfermedades Crónicas (PIEC) 2012-2016

En este plan se pone de relieve las experiencias previas y recursos existentes, que son el punto de partida de la situación actual en Andalucía, y que pueden ser útiles para la realización del nuevo modelo asistencial NUMA. Estamos hablando que para la atención del paciente con enfermedad crónica contamos con receta electrónica, escuela de pacientes y plataforma multicanal salud responde, presentes en dicho plan, y que van a mejorar la atención de la población diana que va a atender este proyecto.

1.1 La receta electrónica constituye un canal de comunicación entre el SSPA y farmacia comunitaria, contribuyendo a una mejor atención a pacientes con enfermedades crónica alrededor de la prescripción farmacológica (dispensación y seguimiento incluidos). Es uno de los sistemas de información a tener en cuenta en el análisis de los diferentes sistemas de información que se usan en la atención a estos pacientes y en coordinación y colaboración con farmacia comunitaria.

1.2 Por otro lado la escuela de pacientes dispone de 10 líneas temáticas de formación de pacientes en enfermedades crónicas: fibromialgia, diabetes 1, diabetes 2, asma, cáncer de mama, cáncer colorrectal, insuficiencia cardíaca, EPOC y cuidadoras. Por tanto, es también un soporte que se puede utilizar en este nuevo modelo, quizás incorporando elementos específicos (aulas virtuales, redes, recursos digitales...) para la atención de la fragilidad.



1.3 La plataforma multicanal Salud Responde (SR), con servicios como cita previa en atención primaria, cita previa en atención hospitalaria, salud 24 horas (este servicio ofrece información sobre los principales problemas de salud y cómo prevenirlos. Son consejos sanitarios personalizados divididos en grandes bloques temáticos), campaña de prevención de los efectos de las altas temperaturas y seguimiento de altas hospitalarias. Hay que tener en cuenta que SR, ha participado en el proyecto ATLANTIC, aportando su experiencia y sus recursos, en el seguimiento de pacientes con enfermedades crónicas en domicilio.

1.4 Indicadores de evaluación de los resultados, como pueden ser: número de hospitalizaciones; frecuentación en atención primaria; consumo de recursos; recursos telemáticos disponibles..., que se pueden incluir en el proceso de evaluación del proyecto y por tanto del nuevo modelo asistencial.

## 2.- Estrategia para la renovación de la atención primaria.

Dentro de las líneas de esta estrategia, se ha incorporado el agente local farmacia comunitaria, en las siguientes líneas:

2.1 línea 6: Asunción de la coordinación de toda la atención recibida por un/a ciudadano/a, para lo cual es imprescindible el desarrollo de sistemas de información y comunicación, para que el/la médico/a de familia y el/la enfermero/a de familia estén informados de todo lo que acontece al/a la paciente compleja/o o con necesidades especiales.

2.2 Línea 7: Implantar y generalizar experiencias de coordinación e integración de la atención como:

- Telemedicina
- Consultorías presenciales y/o telefónicas/ internet entre atención primaria y atención hospitalaria
- Programas de conciliación terapéutica al alta

2.3 Línea 8: para garantizar una atención integral del paciente, es necesaria la redefinición de las formas y protagonistas de la prestación de la cartera de servicios de atención primaria, así como el acceso desde cualquier punto del primer nivel asistencial, a las tecnologías diagnósticas eficientes para la misma.

Para realizar todas estas acciones se propone lo siguiente:

2.4 propuesta 1: Impulsar una atención primaria vertebradora real de toda la atención y agente de salud del paciente. Para ello se debe realizar una identificación inequívoca y nominal de los/as pacientes pluripatológicos/as-frágiles que se han de beneficiar de un servicio personalizado en función de su vulnerabilidad y especiales características y necesidades.

2.5. Propuesta 3: profundizar en los valores esenciales que han hecho de la atención primaria un referente social y en salud. Para ello se deben efectuar las siguientes actividades:

- Potenciar la diversificación de los espacios para desarrollar la atención, sacándola del centro de salud a la familia, el entorno y el Hospital bajo la coordinación del equipo básico de familia.
- Complementariedad de roles entre profesionales para la gestión compartida de la atención a la demanda de problemas de salud entre medicina y enfermería de familia, ampliándola al área y recursos sociales.
- Desarrollo de planes terapéuticos personalizados, que incluyan la distribución de responsabilidades y tareas de los diferentes roles que los proveen, independientemente del nivel asistencial y del área de intervención (social, familiar, institucional).
- Convenio entre Consejerías de Salud con Igualdad y Política Social para trabajar en la integración de los sistemas de información y de las nuevas tecnologías TIC y en los protocolos de intervención.

Las propuestas indicadas en esta estrategia, relacionadas con Diraya, Sistema de Información del SSPA, que junto con la creación e implantación de la biografía sanitaria de la ciudadanía andaluza atendida en el SSPA, y el desarrollo de CLIC SALUD, deben de estar contemplados en el plan de integración del sistema de información de NUMA. Son las siguientes:

Propuesta 10.1 “mejoras relevantes de apoyo a la gestión clínica” y “mejoras en TIC y sistemas de información”,. Con las siguientes acciones:

Acción 1. Creación Del modelo “clave de equipo” que permitirá la designación unívoca de un/a profesional médico/a y un/a enfermero/a para cada ciudadano/a.

Acción 2. Adaptación del módulo de citación a “clave de equipo” para que los/as ciudadanos/as puedan obtener cita con su médico/a o enfermera/o a través de intersas/clicsalud o salud responde.

Acción 3. Adaptaciones De los módulos de explotación actualmente existentes para que las/os enfermeras/os puedan obtener datos más precisos de su actividad, una vez esta se enmarque en el nuevo modelo de clave de equipo.

Acción 4. Creación del módulo de datos básicos de salud. Será un módulo transversal, independiente del nivel asistencial que agrupará la información sobre alergias, contraindicaciones, problemas de salud, antecedentes, etc. Mejorará la recogida de la información, siendo más estructurada y facilitando a los profesionales su

introducción. Este módulo nutrirá a otros como: base de datos poblacional, proyectos de explotación, sistemas de soporte a las decisiones.

Acción 5. Creación del módulo de datos sociales. El fin no es crear una historia social dentro de la sanitaria. La idea es tener aquí todos los datos de índole social que pueden ser de utilidad en la asistencia sanitaria. Buscaremos sinergias en los modelos de datos de la consejería de asuntos sociales de cara a facilitar futuras integraciones, cuestión también facilitada por tratarse de un módulo transversal.

Acción 6. Mejoras en el nuevo módulo de constantes e integración en todos los ámbitos asistenciales con el ecosistema DIRAYA. Con este módulo, las constantes están recogidas centralizadamente, independientemente del ámbito asistencial y disponible para todos ellos.

Acción 8. Creación de un módulo que gestionará centralizadamente las hojas de recogida de información, así como cuestionarios, escalas y ayudas a la exploración. Permitirán una gestión más ágil de los cambios en las hojas, no precisando paradas ni despliegues y soportando versionado. Se basará en el reaprovechamiento de la información, integrándose con el resto de módulos centralizados.

Acción 9. Creación de un nuevo navegador de la historia de salud que será único para todos los niveles asistenciales. Ofrecerá más opciones para facilitar la búsqueda de la información por parte de los profesionales (filtros y un buscador).

Para dar soporte a la toma de decisiones, se encuentran las siguientes acciones:

Acción 10. En el módulo de prescripciones, con la inclusión del “medicamento de primera elección” y renovación de dosis.

Acción 11. En el módulo de pruebas analíticas, con la inclusión de los protocolos diagnósticos y otros mecanismos de gestión de la demanda.

Para favorecer la colaboración interniveles, las acciones que se proponen son:

Acción 14. Inclusión de un mecanismo de aviso en tiempo real tanto para el/la médico/a como para la/el enfermera/o del equipo de referencia del/de la ciudadano/a, a través de su buzón de profesional, cuando éste ingrese o sea dado de alta en hospitalización o tenga una asistencia en urgencias.

Acción 16. Creación de una plataforma de comunicación interniveles que permitirá la incorporación de nuevos servicios de telemedicina. Facilitará el intercambio de elementos de la historia clínica con otros/as profesionales e incorporará herramientas que permitan una comunicación tanto síncrona como asíncrona.

Acción 17. Mejoras en el visor de la historia de salud digital única: se ha reorganizado la disposición de los episodios de forma que se da más importancia al proceso clínico que al ámbito geográfico en el que tuvo lugar, facilitando la localización

de la información. Así mismo, se incrementa la información que se visualiza.

Acción 18. Acceso de los equipos de atención primaria (médico/as y enfermeros/as) a las estaciones clínicas de los hospitales de su provincia. De esta forma podrán tener acceso en tiempo real a la información que no pueden ver en HSDU (historia de salud digital única) (aplicaciones departamentales).

Acción 19. Incorporar a salud responde en los programas de seguimiento de CLIC SALUD "elemento crucial incluido en el proyecto numa."

#### A.3.3 ciudadanía como parte activa del sistema.

En este proyecto el centro de la atención además de ser la ciudadanía, la persona deberá ser el pivote de su plan de atención y quien de permisos de uso de su información a los diferentes agentes participantes en su atención, así la carpeta de salud juega un papel crucial, así como todos los sistemas que se integren con la misma. Es por ello, que las siguientes acciones, dentro de esta misma propuesta contribuyen a la vertebración de la información compartida y de una atención integrada:

Acción 20. Creación de un sistema de mensajería segura entre profesionales sanitarios/as y ciudadanos/as al que se irá incorporando elementos clínicos progresivamente.

Acción 21. Gestión de programas de seguimiento de salud en clic salud. Permitirá a los/as profesionales facilitar el seguimiento de sus pacientes al incorporar elementos de evaluación clínica (formularios). Actualmente se cuenta con seguimientos para diabetes e hipertensión.

Acción 22. Mejoras en la información ofrecida a la ciudadanía en CLIC SALUD en el ámbito de las citas, prescripciones e informes clínicos.

Acción 23. Creación del portal sanitario del/de la ciudadano/a, producto de la fusión de INTERSAS Y CLIC SALUD. De esta forma se simplificará el acceso a los servicios.

Acción 24. Creación de una plataforma de interoperabilidad destinada a aplicaciones móviles (MSSPA). Permitirá el desarrollo de apps que interactúen con la información existente en nuestra historia clínica a través de una pasarela segura. En una primera fase para la consulta de información, pero posteriormente será posible también la escritura de información. Por ejemplo, que las constantes recogidas por un/a ciudadano/a en una aplicación puedan registrarse en el módulo de constantes corporativo (siempre claramente identificadas como elemento externo, para mejor criterio de los/as profesionales).

3.- Documento de consenso sobre prevención de fragilidad y caídas en la persona mayor de la Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención en el SNS.

Aquí se plantea como objetivo detectar e intervenir sobre la fragilidad y el

riesgo de caídas en la persona mayor, como medio para evitar y/o retrasar el deterioro funcional, así como promover la salud en la población mayor de 70 años.

Para alcanzar dicho objetivo se propone realizar un cribado de fragilidad a toda la población mayor de 70 años, mediante una herramienta que permita detectar la limitación funcional incipiente. Además, realizar una valoración del riesgo de caídas de esta misma población. Así, la persona detectada como frágil será subsidiaria de las intervenciones oportunas para revertir tal estado, principalmente programas de actividad física multi-componente específicamente diseñados, de carácter eminentemente grupal. Además, la población detectada como frágil será subsidiaria de una valoración multidimensional (clínica-funcional-mental-social), asociada a la resolución de problemas detectados.

4.- Plan andaluz de Promoción de la Autonomía Personal y Prevención de la Dependencia.

Dentro de su objetivo general número 1, contempla la promoción y el desarrollo de una existencia autónoma en el medio habitual de la persona, y en todos los ámbitos de la vida, en condiciones de igualdad de oportunidades, no discriminación y accesibilidad universal.

Objetivo específico 1: promover las condiciones y apoyos necesarios para hacer efectiva la autonomía personal. Para ello promueve como acciones más importantes:

1.1.2. Diseño y desarrollo de programas dirigidos al aprendizaje de técnicas de autocuidado dirigidos a personas mayores y personas con discapacidad, que permitan mantener la funcionalidad y autonomía personal.

1.1.3. Desarrollo de guías sobre autocuidados para la promoción de la autonomía personal, basadas en la mejor evidencia disponible

1.1.13. Desarrollo de actuaciones específicas desde el servicio andaluz de teleasistencia orientadas a promover la autonomía personal de las personas usuarias en situación de dependencia.

Como objetivo general número 2, está el de contribuir a aumentar la esperanza de vida libre de enfermedades y discapacidad, abordando los determinantes de la salud entre la ciudadanía en general, las personas con discapacidad o en situación de dependencia. Dentro del mismo está:

Objetivo específico 2.1: prevención primaria: desarrollar medidas dirigidas a personas que no se encuentran en situación de dependencia, con el objetivo de evitar o retrasar la aparición de la misma. Se promueven las siguientes acciones:

2.1.1. Actuaciones con recursos del ámbito local dirigidas a grupos de población con factores de riesgo que contrarresten las consecuencias del sedentarismo, tabaquismo, alcoholismo, drogas, juego, estrés, obesidad y trastornos alimenticios y uso inadecuado

de medicamentos.

2.1.2 Fomento del desarrollo de competencias profesionales específicas orientadas hacia la motivación y cambio conductual que lleven a la adquisición de estilos de vida saludable y faciliten el autocuidado.

2.1.3. Prevención de los factores de riesgo mas frecuentes en la génesis de la situación de dependencia en personas mayores: institucionalización, hospitalización, polimedicación, deterioro cognitivo, fragilidad, vulnerabilidad y carencia de soporte familiar y/o social.

#### **6.2.4 Contexto sanitario transfronterizo Algarve- España.**

A su vez a nivel transfronterizo de los dos países, e incluida en las estrategias europeas, están las siguientes.

Este nuevo modelo, innovador de asistencia sanitaria, se encuentra alineado con las estrategias de investigación e innovación para la especialización inteligente (ris3) de Andalucía. De hecho, abarca directamente uno de los retos finales de la visión de Andalucía para 2020 y el cuadro estratégico para Algarve 2014-2020, consistente en lo siguiente: "hacer que las administraciones públicas andaluzas sean altamente innovadoras y que sus servicios y relaciones con las personas se realicen aplicando los mejores medios, técnicas y herramientas que los desarrollos tecnológicos permitan."

A nivel nacional tenemos, la estrategia de promoción de la salud y prevención en el sistema nacional de salud que se desarrolla en el marco del abordaje de la cronicidad en el sistema nacional de salud, y propone el desarrollo progresivo de intervenciones dirigidas a ganar salud y a prevenir las enfermedades, las lesiones y la discapacidad.

Esta fue aprobada por el pleno del consejo interterritorial del sistema nacional de salud del día 18 de diciembre de 2013. También está alineada con algunas de las prioridades de especialización y líneas de acción más destacadas como pueden ser:

P5. Salud y bienestar social

L52. Creación de aplicaciones y tecnologías para nuevos servicios de salud y bienestar social

L55. Investigación e innovación en vida saludable y envejecimiento activo.

P8. Tic y economía digital

L81. Nuevos desarrollos tic.

L83. Desarrollo de nuevos instrumentos para el e-gobierno .

En el documento se identifican los “retos inaplazables que plantean las tendencias demográficas y el envejecimiento de la población y que presentan, entre otras consideraciones, situaciones de cronicidad y pluripatologías. Esto obliga a la creación de nuevos paradigmas y modelos de atención sanitaria así como al desarrollo de tecnologías y servicios innovadores en el ámbito de la salud y el bienestar. NUMA introduce un nuevo servicio basado en el valor de las nuevas tecnologías tic en los sistemas sanitarios públicos del Andalucía y el Algarve. Así mismo, el proyecto contribuye a dar respuesta a una de las áreas de desarrollo TIC, establecidas en la estrategia de impulso del sector TIC Andalucía 2020: “incrementar la eficiencia y accesibilidad de la administración pública andaluza a través de las TIC aplicadas a la mejora de los servicios públicos y al gobierno abierto (participación ciudadana, transparencia, acceso y reutilización de la información)”.

NUMA quiere situar a Andalucía y el Algarve como referente respecto a la atención y gestión de la cronicidad y la detección precoz de la fragilidad, factor muy importante debido al incremento en el envejecimiento de la población. Las nuevas herramientas y modelos asistenciales serían extrapolables a otras regiones. La consecución de los objetivos del proyecto se encuentra sustentada en el desarrollo de las tecnologías de la información y comunicación (TIC) necesarias. Estas tecnologías se consideran en los objetivos territoriales como “tecnologías facilitadoras” o como “tecnologías transversales”, cuyo desarrollo favorece la competitividad y la internacionalización. Además, el proyecto presentado incide directamente en “pretensión de convertir a la administración pública de Andalucía en referente internacional por su capacidad de gestión, eficiencia y transparencia en su actividad y relación con la ciudadanía, mediante la aplicación intensiva de tecnologías de la información y la comunicación”.

Respecto a los retos territoriales del Algarve, también a nivel nacional, el proyecto está dirigido a resolver algunos de los puntos débiles detectados en “estrategia regional de investigación” como por ejemplo:

Línea 1.4. Envejecimiento activo y autogestión de la salud.”, con la acción “1.6.2. Optimización de la eficiencia y la eficacia de la prestación de asistencia sanitaria y reducción de las desigualdades a través de la toma de decisiones, basada en los datos y la divulgación de las mejores prácticas, y de tecnologías y planteamientos innovadores”

En referencia a las estrategias y políticas de la unión europea y las del territorio que afecta el programa, y teniendo en cuenta que la utilización de las TIC para mejorar el proceso asistencial, representa un nuevo uso de “tecnologías facilitadoras”, que favorecen la competitividad e internacionalización de la región NUMA se alinea con los objetivos del documento “estrategia española de ciencia y tecnología y de innovación, 2013-2020”. En dicho documento se establecen una serie de ejes prioritarios y objetivos o metas generales para alcanzar en el año 2020. En nuestro caso, avanzaremos en la consecución de los siguientes objetivos generales:

1. "Eje II: fomento de la investigación científica y técnica de excelencia"

Acción "5. Desarrollo de tecnologías emergentes"

Acción B. "6. Fortalecimiento institucional"

2. "Eje III potenciar el liderazgo empresarial en I+d+i"

Acción. "9. Tecnologías facilitadoras esenciales"

3. "Eje IV. Investigación orientada a los retos de la sociedad"

Acción "11. Salud, cambio demográfico y bienestar".

Destacaremos que, según la "estrategia española de ciencia y tecnología e innovación", el efecto del cambio demográfico en la salud está considerado como el primero de los ocho grandes retos que deberá afrontar la sociedad en los próximos años. De hecho, el nuevo modelo asistencia propuesto aborda directamente el siguiente reto: "es necesario introducir nuevas prácticas e innovaciones en la prestación de los servicios de salud que consigan maximizar el uso de los recursos, definir una estrategia de sostenibilidad financiera y potenciar aquellas actividades orientadas a la prevención y detección precoz de los procesos patológicos que, a largo plazo, permitan una extensión de la cultura de la salud y, por ende, una disminución de la carga de la enfermedad sobre el conjunto de la sociedad."

Esos mismos retos de la sociedad están recogidos en el programa marco de la unión europea Horizonte 2020. El primer reto recogido en este programa es "la salud a lo largo de la vida y el bienestar de todos, unos sistemas sanitarios y asistenciales de alta calidad y económicamente sostenibles, y oportunidades para generar nuevos puestos de trabajo y crecimiento, efectuando así una importante contribución a Europa 2020".

Dentro de este reto, el proyecto NUMA contribuye a las siguientes áreas:

Área"1.4. Envejecimiento activo y autogestión de la salud."

Área "1.6.2. Optimización de la eficiencia y la eficacia de la prestación de asistencia sanitaria y reducción de las desigualdades a través de la toma de decisiones basada en los datos y la divulgación de las mejores prácticas, y de tecnologías y planteamientos innovadores".



## 6.3 Aportación de las TICS y la telemedicina como solución a determinadas necesidades asistenciales.

En primer lugar, podemos definir la telemedicina como la prestación a distancia de servicios clínicos de salud gracias a la infraestructura de telecomunicaciones. La telemedicina, a veces recibe otros nombres, como tele-salud, e-salud o atención médica virtual. Términos que a veces no significan exactamente los mismos. De hecho, la telemedicina es estrictamente un subconjunto de la tele-salud o e-salud que, aparte de la telemedicina, incluye cosas como la educación sanitaria a distancia, un ejemplo de esto puede ser una aplicación software que permita interactuar entre médico y paciente para consultas o diagnósticos, que si puede considerarse telemedicina, y que a su vez se encuadra dentro de e-salud.

Dentro de la Telemedicina podemos considerar tres tipos fundamentales:

- Monitorización de pacientes a distancia: permite establecer un control a distancia de pacientes con enfermedades crónicas. Se consigue a través del uso de dispositivos que recopilan datos sobre niveles de azúcar en la sangre, presión arterial y otros signos vitales. Persona de medicina y de enfermería pueden monitorizar los datos en tiempo real desde el hospital, y decidir si es necesaria algún tipo de acción.
- Tecnología de almacenamiento y envío: consiste en almacenar datos clínicos para su envío a otros centros médicos. Por ejemplo, realizar radiografías en un ambulatorio y enviarlas en tiempo real a un centro especializado para su interpretación.
- Telemedicina interactiva: permite a personal de medicina y pacientes comunicarse en tiempo real. Básicamente se trata de una videoconferencia, para la cual el paciente tiene la posibilidad de quedarse en su domicilio o acudir al centro de salud más cercano.

El proyecto NUMA, nuevo modelo asistencial que aporta sistema TIC a la asistencia, e incluida en la telemedicina, tiene como uno de los principales beneficios, un mejor acceso a los servicios sanitarios, siendo posible proveer éstos en escenarios en los que no existe otra alternativa que la utilización de las tics. Esto implica una mejora en la atención especializada en zonas remotas donde hay recursos sanitarios escasos, evitando desplazamientos y mejorando la accesibilidad y la equidad.

Otra de las ventajas es evitar derivaciones innecesarias, mediante el contacto entre centros y niveles asistenciales, lo que supone una mejora en la calidad del servicio. En áreas urbanas es posible y ventajoso agilizar los procesos administrativos y de apoyo (citas o envío de informes) para una mayor rapidez y precisión en los tratamientos.

Se mejora la comunicación entre los profesionales de la salud. La información del paciente, tal como: la historia clínica, los resultados de exámenes y observaciones realizadas por personal de la medicina, es fácilmente transmitida electrónicamente, haciendo uso de diferentes protocolos y tecnologías. La comunicación digital permite que la información de la salud sea más completa, actualizada y precisa. Gracias a esto, los profesionales de la salud tendrán la posibilidad de consultar a los especialistas sin tener que desplazarse.

Se permite el intercambio inmediato de cualquier tipo de información. De manera que los usuarios, con la ayuda del sistema puedan, en forma remota, compartir facilidades de bases de datos, o de tecnologías del tipo multimedia.

Otra gran ventaja es la mejor utilización de recursos, ya que no es eficiente que se tengan los mismos recursos en todos los centros y que no se utilicen frecuentemente. Es mejor tener un grupo pequeño de recursos, pero que, con la utilización de la telemedicina, se pueda utilizar todo su potencial.

Por último, se produce una reducción de costos con el ahorro de tiempo en el transporte de los enfermos, en el transporte de personal sanitario y especialistas.

En resumen, las principales ventajas de la telemedicina, empleada en numa, y que se han comentado anteriormente son:

- Mejor acceso a los servicios sanitarios.
- Mejor comunicación entre los profesionales de la salud.
- Mejor acceso a la información.
- Mejor utilización de recursos.
- Reducción de costos.

Como inconvenientes a la telemedicina, que se plantean en este proyecto, es que la población receptora de NUMA, va a ser pluripatológica, crónica y mayor de setenta años, reticentes al manejo de la tecnología para fines médicos. Esta incidencia es más común en personas de edad avanzada, sobretodo porque no dominan los dispositivos con soltura, pero con una cuidadosa preparación se pueden disminuir estas dificultades.

La educación y la formación son piezas clave para una aplicación exitosa de telemedicina. Ambas son requerimientos que deben ser considerados continuamente a medida que se va desarrollando el sistema y se va contratando personal. Esta capacitación incluye la utilización del equipo, el proceso de teleconsulta y la elaboración de los documentos apropiados para estas tareas. El desarrollo del protocolo a seguir es uno de los más importantes aspectos al inicio de una aplicación telemédica, pero también el que lleva más tiempo de realizar.

La sanidad española ha realizado en los últimos años una mejora en el acceso a la tecnología con proyectos como la receta electrónica, la tarjeta sanitaria única y la historia digital.

Como antecedentes al proyecto NUMA está el proyecto de iniciativa tecnológica ATLANTIS, o telemonitorización de pacientes con enfermedad crónica en Andalucía. Este modelo asistencial aún en fase de pilotaje, ha reclutado a una serie de pacientes con enfermedad crónica, con el objetivo de comprobar, de una forma científicamente rigurosa, la eficacia, seguridad y viabilidad económica de la telemedicina en dicha población. El objetivo de este proyecto ha sido medir el impacto del control remoto de bioconstantes en términos de mejoras en salud, para que pacientes bajo telemonitorización (personas adultas con enfermedades cardíacas, pulmonares, hepáticas y renales avanzadas) ganen autonomía y control de su patología, evitando descompensaciones y complicaciones de la misma, y reduciendo el número de ingresos hospitalarios y visitas a urgencias.

ATLANTIC es un modelo de tele asistencia, aprovechando todas las ventajas que ofrecen las nuevas tecnologías. Es un demostrador tecnológico, con un componente importante de innovación organizativa, utilizando para ello un ensayo clínico, que puede contribuir a la estrategia de la renovación de atención primaria.

Resulta innovador, puesto que incluye nuevos agentes (salud responde y agencia de servicios sociales y de la dependencia en Andalucía) y nuevos roles. Aprovechando la iniciativa creada en ATLANTIC, en enero de 2016 se presentó a la convocatoria europea Interreg- Poctec el proyecto NUMA, el cual tenía entre sus objetivos, democratizar el uso de las TIC (telemonitorización-biosensores) a través de las oficinas de farmacia, e incorporar la farmacia comunitaria en la atención coordinada e integrada de los sistemas de salud del Algarve y Andalucía (pilotar, evaluar y validar el modelo).

Otros ejemplos de proyectos de telemedicina en España, antecesores de NUMA, los encontramos en el año 2012, donde se pone en marcha el proyecto demora cero en el Hospital de Baza en Granada. Este proyecto pretende ser un espacio de colaboración entre personal especialista del servicio de medicina interna del Hospital de Baza (Granada), que incluye las unidades de medicina interna, digestivo, neumología y cardiología, y especialistas de medicina de familia y comunitaria de los centros de salud del área de influencia del hospital. A través de la e-interconsulta, y mediante correos electrónicos se pone a disposición de las personas de medicina en atención primaria, una serie de consultas y peticiones de pruebas diagnósticas, a las que tendrán respuesta en un plazo inferior a 72 horas. El objetivo principal de esta medida es reducir al máximo los tiempos de espera en consultas externas para la toma de decisiones diagnósticas y terapéuticas.

Otro proyecto asociado a la telemedicina es el proyecto PALANTE (patients leading and managing their healthcare through ehealth) que se centra en la aplicación, la ampliación y optimización de 7 pilotos basados en el concepto de acceso seguro y fácil de la ciudadanía a sus datos médicos.

El objetivo principal de esta propuesta es capacitar a pacientes para que sean capaces de tomar decisiones sobre su salud, de forma que tome un papel activo en su cuidado y colabore eficazmente con el equipo sanitario gracias al uso de tecnologías de la información y la comunicación.

El proyecto PALANTE incluye 7 nuevos pilotos en 6 países (7 regiones) con 21 socios de 10 países diferentes, y 69.550 usuarios finales implicados en el pilotaje. Se incluyen tanto las administraciones públicas como las privadas para garantizar todos los actores clave involucrados en la prestación de la sanidad electrónica. El primer piloto de este proyecto se sitúa en Andalucía y pretende mejorar el servicio de acceso a la historia de salud a través de las plataformas clic salud/inters@s. L.

Otro ejemplo, también desarrollado en el Hospital Universitario Virgen Macarena de Sevilla, es el Proyecto Equilink . El sistema de salud de Andalucía está concebido teóricamente para que la ciudadanía cuente con medicina de familia en atención primaria que vele por su salud integral. A su vez, ésta, cuenta con un equipo de profesionales y dispositivos a su disposición para abordar, de manera especializada, aquellos problemas para los que el responsable de la salud integral del ciudadano (medicina de primaria) no cuente con los conocimientos, la experiencia, competencia y recursos necesarios. Sin embargo, la coordinación, los canales de comunicación y el feedback entre unos y otros, es muy deficiente, e incluso generalmente es inexistente; produciéndose multitud de derivaciones innecesarias que a su vez generan múltiples interconsultas y pruebas con los consecuentes desplazamientos, costes y dilaciones vinculadas al proceso asistencial.

Con Equilink y aplicando las nuevas tics, se tiende un verdadero puente entre atención primaria y atención hospitalaria de forma que, a través de la telemedicina, se gestionan derivaciones. Equilink se establece como el requisito básico para realizar derivaciones.

## 6.4 Papel de los distintos actores en la atención objetivo del proyecto y organización de la prestación

### 6.4.1 Administración regional de Saúde do Algarve

Los servicios públicos de salud en el Algarve son el centro hospitalario del Algarve (principalmente con 2 polos: faro y Por-timão) y 16 centros de salud agrupados en los llamados aces (agrupamientos de centros de salud). Existen 3 aces: sotavento, cerca de la frontera con Andalucía, central y barlovento. Los aces tienen varias unidades de salud con objetivos diferentes siendo los más importantes en la atención de usuarios las unidades de salud familiar (usf) y las unidades de atención de salud personalizadas (ucsp). En este caso, se discriminan sólo las unidades en la agrupación del so-tavento: los aces tienen fundamentalmente un sistema de registro de información clínica - el sclinico - que es mantenido por los propios servicios del ministerio de salud, tal como sucede en el resto del país.

También hay 2 hospitales y varias clínicas privadas.

Finalmente existen 116 farmacias comunitarias en el Algarve siendo los 3 municipios fronterizos (Alcoutim, Castro Marim y Vila Real de Sto António).

Hay un Colegio de farmacéuticos Nacional con sede en Lisboa.

Las diversas entidades tienen una débil articulación informal. La articulación es casi exclusivamente formal y burocrática: los usuarios solicitan apoyo a través de marcaje de consulta a los centros de salud y los centros de salud solicitan apoyo al hospital (marcando consultas hospitalarias a través de plataforma informática propia).

El personal de medicina de familia, así como los hospitales, prescriben la medicación a través de plataforma informática propia y los usuarios se desplazan a las farmacias para obtenerla. Raramente existe más que estos contactos burocráticos entre las diversas entidades.

#### **6.4.2 Prestación farmacéutica andaluza.**

La ley 16-2003 de cohesión y calidad del sistema nacional de salud, determina en el artículo 16, lo que comprende la prestación farmacéutica, es decir, engloba los medicamentos y productos sanitarios y el conjunto de actuaciones encaminadas a que los pacientes los reciban de forma adecuada a sus necesidades clínicas, en las dosis precisas según sus requerimientos individuales, durante el período de tiempo adecuado y al menor coste posible para ellos y la comunidad. A su vez esta prestación se regirá por lo dispuesto en la ley 25/1990, de 20 de diciembre, del medicamento, y por la normativa en materia de productos sanitarios y demás disposiciones aplicables.

En el artículo 33, menciona la colaboración de las oficinas de farmacia con el sistema nacional de salud en el desempeño de la prestación farmacéutica a fin de garantizar el uso racional del medicamento. Para ello los farmacéuticos actuarán coordinadamente con medicina y otros profesionales sanitarios.

Se tenderá a la dispensación individualizada de medicamentos y a la implantación de la receta electrónica, en cuyo desarrollo participarán las organizaciones colegiales médica y farmacéutica.

Se deben definir los datos básicos de farmacia, para la gestión por medios informáticos de la información necesaria y para la colaboración con las estructuras asistenciales del sistema nacional de salud, todo ello ajustados a lo dispuesto en la ley orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de protección de datos de carácter personal, y a las especificaciones establecidas por los servicios de salud de las comunidades autónomas.

Según el artículo 1 de la ley 16/1997 de regulación de los servicios de las oficinas de farmacia y en los términos recogidos en la ley 14/1986, general de sanidad, de 25 de abril, y la ley 25/1990, de 20 de diciembre, del medicamento, las oficinas de farmacia

son establecimientos sanitarios privados de interés público, sujetos a la planificación sanitaria que establezcan las comunidades autónomas, en las que el farmacéutico titular-propietario de las mismas, asistido, en su caso, de ayudantes o auxiliares, deberá prestar los siguientes servicios básicos a la población:

- 1) La adquisición, custodia, conservación y dispensación de los medicamentos y productos sanitarios.
- 2) La vigilancia, control y custodia de las recetas médicas dispensadas.
- 3) La garantía de la atención farmacéutica, en su zona farmacéutica, a los núcleos de población en los que no existan oficinas de farmacia.
- 4) La elaboración de fórmulas magistrales y preparados oficiales, en los casos y según los procedimientos y controles establecidos.
- 5) La información y el seguimiento de los tratamientos farmacológicos a los pacientes
- 6) La colaboración en el control del uso individualizado de los medicamentos, a fin de detectar las reacciones adversas que puedan producirse y notificarlas a los organismos responsables de la farmacovigilancia.
- 7) La colaboración en los programas que promuevan las administraciones sanitarias sobre garantía de calidad de la asistencia farmacéutica y de la atención sanitaria en general, promoción y protección de la salud, prevención de la enfermedad y educación sanitaria.
- 8) La colaboración con la administración sanitaria en la formación e información dirigidas al resto de profesionales sanitarios y usuarios sobre el uso racional de los medicamentos y productos sanitarios.
- 9) La actuación coordinada con las estructuras asistenciales de los servicios de salud de las comunidades autónomas.

La incorporación de nuevos servicios profesionales que además de la dispensación de medicamentos y productos sanitarios, se realizan desde la farmacia en el ámbito de la vigilancia y promoción de la salud completan el escenario actual del entorno farmacéutico.

En este sentido, la preparación, experiencia y el conocimiento clínico del farmacéutico comunitario, como responsables de las farmacias comunitarias, establecimientos sanitarios privados, de interés público puede y debe ser utilizado para mejorar la calidad de vida de los pacientes crónicos y polimedicados para conseguir lo mejor de su tratamiento farmacoterapéutico.

La ley 22/2007, de 18 de diciembre, de farmacia de Andalucía, ya regulaba en su título II, denominado “atención farmacéutica en las oficinas y servicios de farmacia”, las funciones y servicios de éstas que incluyen entre otras, la del seguimiento del tratamiento farmacoterapéutico con el objeto de detectar, prevenir y resolver PRM (problemas de reacciones medicamentosas) y fomentar el uso adecuado de los mismos, así como el correcto cumplimiento del tratamiento indicado.

Para ello la ley indica que la consejería competente en materia de salud podría establecer los criterios y condiciones para un seguimiento eficaz por parte del personal de farmacia, de las terapias medicamentosas del paciente o grupo de pacientes. La Consejería competente en materia de salud, conforme a lo previsto en esta misma ley, autorizará y evaluará estas actividades, que en todo caso deberán contar con el consentimiento del paciente. La relación que tienen las oficinas de farmacia con el SSPA, y teniendo en cuenta que los colegios de farmacia, son una corporación de derecho público reconocida y amparada por el artículo 36 de la constitución, y regulado por la ley estatal sobre colegios profesionales 2/1974, de 13 de febrero, y ley 10/2003, de 6 de noviembre, que gozan de personalidad jurídica propia y plena capacidad para el cumplimiento de sus fines, con independencia de las distintas administraciones públicas, de las que no forma parte, sin perjuicio de las relaciones que con las mismas legalmente les corresponda.

Entre los fines del colegio se encuentran, el de cooperar con las administraciones públicas en la promoción del derecho a la salud y colaborar en la realización de las actividades sanitarias.

La herramienta fundamental para cumplir el fin fundamental de la farmacia como es la dispensación de medicamentos, es la receta médica electrónica, que conforme a lo previsto en la normativa vigente, es la extendida en soporte informático por el profesional sanitario facultado para ello. En esta receta dicho profesional podrá prescribir los medicamentos y productos sanitarios, incluidos en la prestación farmacéutica del sistema sanitario público de Andalucía, a los pacientes con derecho a esta prestación, para su dispensación por las farmacias.

Para realizar este proceso todas las farmacias se encuentran interconectadas, a través del colegio, con el sistema sanitario mediante de una red privada de comunicaciones.

### **6.4.3 Sistema Sanitario en Andalucía.**

El artículo 43 de la constitución española, reconoce el derecho a la protección de la salud, así como en su apartado 2 determina que compete a los poderes públicos organizar y tutelar la salud pública a través de medidas preventivas y de las prestaciones.

El artículo 22 del estatuto de autonomía de Andalucía, garantiza el cumplimiento del anterior artículo constitucional, mediante un sistema sanitario público de carácter

universal. En su apartado 3, indica que las personas con enfermedad mental, las que padezcan enfermedades crónicas e invalidantes y las que pertenezcan a grupos específicos reconocidos sanitariamente como de riesgo, tendrán derecho a actuaciones y programas sanitarios especiales y preferentes.

A través de la Ley 14/86 general de sanidad, se insta al Sistema Nacional de Salud y a los de los servicios sanitarios de las comunidades autónomas, en su artículo 18, al desarrollo de determinadas actuaciones, referidas a programas de atención a grupos de población de mayor riesgo y específicos para la protección frente a factores de riesgo; a la adopción sistemática de acciones para la educación sanitaria como elemento primordial para la mejora de la salud individual y comunitaria, comprendiendo la educación diferenciada sobre los riesgos, características y necesidades de mujeres y hombres. Por su parte en el apartado 2 de este artículo, se habla de la atención primaria integral de la salud, incluyendo, además de las acciones curativas y rehabilitadoras, las que tiendan a la promoción de la salud y a la prevención de la enfermedad del paciente y de la comunidad

El IV Plan Andaluz de Salud determina que “la atención sanitaria y socio-sanitaria de los problemas de salud que generan la mayor parte de la carga de enfermedad en Andalucía exige una planificación de servicios y recursos” que garantice “la equidad para el conjunto del territorio de Andalucía en el acceso a prestaciones preventivas, (...) de los procesos asistenciales (...) y a personas cuidadoras de las personas con discapacidad, contemplados en distintos planes integrales.

Así mismo, “pone de relieve la importancia de cuestiones como la intervención sobre los determinantes de la salud que se evidencien como las causas e las enfermedades crónicas, que originan la mayor parte de la carga de enfermedad, mediante acciones coordinadas con sectores no sanitarios, así como la profundización en la perspectiva de los cuidados de larga duración y de atención a la dependencia”. Sobre el reto del envejecimiento y su impacto en el crecimiento del gasto sanitario, establece que “los factores no demográficos son un elemento clave en su crecimiento”, y que entre estos factores destacan los precios más elevados de los inputs, el cambio tecnológico incesante, las nuevas prestaciones, una mayor utilización de los servicios o el aumento de la intensidad de recursos por acto médico. Todo ello refuerza la necesidad de que el incremento que se observa en esperanza de vida, se acompañe de un aumento progresivo de la esperanza de vida libre de enfermedades crónicas y de incapacidad”. De acuerdo con el plan, “los elementos relevantes que se identifican como principales determinantes de qué servicios sanitarios serán necesarios en un futuro próximo, están ya presentes en esta última década: el envejecimiento de la población, la cronicidad de las patologías y la irrupción tecnológica”.

En La actualidad, le corresponden a la consejería de salud las competencias en materia de “ejecución de las directrices y los criterios generales de la política de salud, planificación y asistencia sanitaria, asignación de recursos a los diferentes programas y demarcaciones territoriales, alta dirección, inspección y evaluación de las actividades, centros y servicios sanitarios”, de acuerdo con lo previsto en el decreto 208/2015, de 14



de julio, por el que se establece la estructura orgánica de la consejería de salud y del servicio andaluz de salud. Estas competencias están refrendadas en el artículo 7 del decreto de la presidenta 12/2017, de 8 de junio, de la vicepresidencia y sobre reestructuración de consejerías.

La ley 2/1998 de 15 junio de salud de Andalucía, establece que la atención primaria de salud es el primer nivel de acceso ordinario de la población al sistema sanitario público de Andalucía y se caracteriza por prestar atención integral a la salud. Comprende la asistencia preventiva, curativa y rehabilitadora así como la promoción de la salud, la educación sanitaria y la vigilancia sanitaria del medio ambiente.

La actuación de atención primaria en Andalucía, está regulada por el decreto 197/2007, de 3 de julio, de estructura, organización y funcionamiento de estos servicios en el ámbito del servicio andaluz de salud, entre cuyas funciones dentro de las unidades de gestión clínica (artículo 24), se encuentran, las de realizar el seguimiento continuado del nivel de salud de la población de su zona de actuación, llevando a cabo la implantación de los procesos asistenciales, planes integrales y programas de salud, en función de la planificación establecida por la dirección gerencia del distrito de atención primaria, así como realizar las actuaciones necesarias para el desarrollo de los planes y programas de promoción del uso racional del medicamento y gestión eficaz y eficiente de la prestación farmacéutica.

Los servicios de atención primaria de salud están organizados en Andalucía en distritos de atención primaria, que integran demarcaciones territoriales denominadas zonas básicas de salud. En cada zona básica de salud se ubican centros de atención primaria, en donde se presta la asistencia sanitaria de atención primaria a la ciudadanía. En los casos de las áreas de gestión sanitaria la organización de la atención primaria quedará definida en la norma de creación del área, sin menoscabo de que las zonas básicas de salud y los centros de atención primaria se organicen de acuerdo al decreto 197/2007, de 3 de julio, por el que se regula la estructura organización y funcionamiento de los servicios de atención primaria de salud en Andalucía. Esta norma refleja los siguientes aspectos relativos a la atención primaria.

Por un lado, que los distritos de atención primaria constituyen las estructuras organizativas para la planificación operativa, dirección, gestión y administración en el ámbito de la atención primaria, con funciones de organización de las actividades de asistencia sanitaria, promoción de la salud, prevención de la enfermedad, cuidados para la recuperación de la salud, gestión de los riesgos ambientales y alimentarios para la salud, así como la formación la docencia e investigación. En cada distrito de atención primaria existen las unidades de gestión clínica correspondientes y un dispositivo de apoyo.

Las unidades de gestión clínica de atención primaria están formadas por profesionales, adscritos funcionalmente a las zonas básicas de salud. Es la estructura organizativa responsable de la atención primaria de salud a la población.

Sus fines son el desarrollo de la actividad asistencial, preventiva, de promoción de salud, de cuidados de enfermería y rehabilitación, actuando con criterios de autonomía organizativa, de corresponsabilidad en la gestión de los recursos y de buena práctica clínica. Características y composición de la unidad de gestión clínica son las siguientes:

En el artículo 23, define que la unidad de gestión clínica desarrolla sus actividades de acuerdo con un modelo de práctica clínica integrado, orientado a la obtención de resultados para la mejora de la eficacia, la efectividad y la eficiencia de la asistencia sanitaria, con criterios de buena práctica clínica, desarrollando la participación de los profesionales a través de una mayor autonomía y responsabilidad en la gestión.

Así mismo desarrolla sus actuaciones con criterios definidos en las guías de procesos asistenciales y guías de práctica clínica de demostrada calidad científica, y criterios de máxima eficiencia en la utilización de los recursos diagnósticos y terapéuticos.

En el artículo 24, indica las funciones de estas unidades de gestión clínica, entre las que destacamos:

- coordinar con los demás centros y unidades del sistema sanitario público de Andalucía con los que esté relacionada, a fin de lograr una atención sanitaria integrada, con criterios de continuidad en la asistencia y cohesión de las diferentes actividades.
- desarrollar actuaciones de promoción de la salud, la educación para la salud, la prevención de la enfermedad, los cuidados y la participación en las tareas de rehabilitación.
- seguimiento continuado del nivel de salud de la población de su zona de actuación, llevando a cabo la implantación de los procesos asistenciales, planes integrales y programas de salud, en función de la planificación establecida por la dirección gerencia del distrito de atención primaria.
- realizar las actuaciones necesarias para el desarrollo de los planes y programas de promoción del uso racional del medicamento y gestión eficaz y eficiente de la prestación farmacéutica.

El dispositivo de apoyo está integrado por los profesionales que realizan funciones administrativas, de gestión, técnicas o asistenciales, necesarias para asegurar la atención primaria de salud a la población y el funcionamiento de las unidades de gestión clínica. La zona básica de salud es el marco territorial para la prestación de la atención primaria de salud, de acceso directo de la población, en la que se proporciona una asistencia sanitaria básica e integral. Están constituidas por los municipios que determina el mapa de atención primaria de salud de Andalucía.

## 4. ¿Cómo está regulada/normalizada dicha prestación?

### 4.1 Administración regional de Saúde do Algarve

Como ya se describió en la cuestión anterior, según la Administración de Salud del Algarve, las prestaciones de las distintas entidades públicas se normalizan a través de plataformas informáticas que se gestionan a nivel nacional.

### 4.2 Prestación farmacéutica andaluza.

El concierto, entre colegios profesionales y el SAS, establecen las condiciones para la ejecución de la prestación farmacéutica a través de las oficinas de farmacia de Andalucía.

Este concierto tiene por objeto la fijación de las condiciones en que las oficinas de farmacia dispensarán las recetas médicas y ordenes de dispensación del sistema nacional de salud (SNS), a los beneficiarios del mismo, de los medicamentos, fórmulas magistrales, preparado farmacéuticos, vacunas individualizadas y efectos y accesorios que estén incluidas en la prestación farmacéutica del sistema sanitario público de Andalucía, así como los productos dietéticos, de acuerdo con la legislación vigente y las especificaciones señaladas en este concierto.

### 4.3 Sistema Sanitario en Andalucía.

Hay que tener en cuenta que la atención primaria en Andalucía junto con la especializada es básica, y está regulada por el real decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, que establece las prestaciones sanitarias del sistema nacional de salud, garantizando la igualdad del contenido para toda la ciudadanía y la equidad en el acceso.

Es por tanto, el ministerio de sanidad quien tiene las competencias para la ordenación básica de las prestaciones sanitarias. Los servicios de salud de las comunidades autónomas, a través de su representante en la comisión de ordenación de prestaciones del consejo interterritorial del sistema nacional de salud, pueden realizar propuestas de incorporar nuevas prestaciones y tecnologías.

El contrato programa de la consejería de salud con el servicio andaluz de salud y con las agencias públicas empresariales y entidades de derecho público adscritas, tiene como misión hacer efectivos los compromisos que, en materia de atención sanitaria, ha establecido el gobierno de la junta de Andalucía con la ciudadanía.

En el caso del servicio andaluz de salud, la firma del contrato programa representa no sólo el compromiso del servicio andaluz de salud para alcanzar los objetivos fijados en los plazos establecidos, sino también el compromiso de la totalidad de sus profesionales con la ciudadanía andaluza, con su salud, y su desarrollo individual y colectivo. Su estructura y composición reflejan los objetivos prioritarios identificados

por la consejería de salud, los recursos disponibles, los plazos para alcanzar los objetivos y los indicadores que habrán de utilizarse para su evaluación.

Como eje de prioridades en el contrato programa 2010-2013, contempla los siguientes aspectos, muy relacionado con el proyecto NUMA, están los siguientes:

Desarrollo de las prioridades de los centros sanitarios tenemos:

Punto 3: potenciar la atención primaria

Punto 5: implantar más y mejor desarrollos tecnológicos en los centros al servicio de la salud. Extensión de la prescripción electrónica a toda Andalucía. Impulso de la telemedicina entre centros de salud y hospitales de referencia, apoyo a cuidadoras/es a través de salud responde.

Por otro lado, dentro del SSPA científico-técnicas que se realizan en el primer nivel asistencial, estableciendo y unificando criterios que garantizan la calidad de las prestaciones. La actual versión, se presenta como un instrumento de trabajo útil y práctico para facilitar a los y las profesionales el abordaje de los problemas de salud prioritarios para los ciudadanos y ciudadanas.

Se trata de un instrumento dinámico, donde se incluirán las actualizaciones disponibles en cada momento para la mejora continua de los servicios dispensados en atención primaria. En el área de atención específica, tenemos la atención a problemas crónicos, dentro del que están los procesos a personas pluripatológicas, con el objetivo de incluir todas aquellas actividades que estén encaminadas a garantizar a que éstas, tengan una asistencia sanitaria integral, coordinando a profesionales, servicios o centros, a lo largo del tiempo y en el marco del actual sistema sanitario público de Andalucía.

## 5. ¿Cuáles son los sistemas de información que dan soporte a dicha prestación/relación?

### 5.1 Administración regional de Saúde do Algarve

En la Administración de Salud del Algarve, tenemos la plataforma consulta a tiempo y horas: para la indicación y contabilización de consultas marcadas y realizadas.

Esta también la plataforma de prescripción electrónica médica: para prescripción médica, siendo los ingresos electrónicos accedidos por el farmacéutico mediante la identificación del usuario.

### 5.2 Prestación farmacéutica Andaluza

Por parte de farmacias, se encuentra, como sistemas de información, la red corporativa farmacéutica, el programa de gestión de oficinas de farmacia y el repositorio información colegial

### 5.3 Sistema Sanitario en Andalucía

Tenemos como sistemas de información para la atención sociosanitaria en el SSPA pertinente para el proyecto NUMA, por una parte DIRAYA como historia única de salud digital del paciente que incluye atención primaria y especializada.

También CLICSALUD, se define como una herramienta que permite a las personas, acceder a la información básica de su historia clínica desde internet, a través de INTERSAS la oficina virtual del Sistema Sanitario Público de Andalucía.

Está enfocada a fomentar un mejor cuidado de la salud, dando protagonismo a la comunicación entre pacientes y personal sanitario promoviendo el intercambio de información y los programas de salud. El acceso a esta información permite ser más conscientes del estado de salud y tener un papel más proactivo y participativo en los procesos que tienen que ver con la salud y la enfermedad. La información disponible, actualizada en el momento en que se producen cambios en su historia de salud, puede consultarse desde cualquier dispositivo y para facilitar la descarga e impresión está disponible en formato pdf.

La información disponible es:

- datos administrativos y de contacto.
- citas pendientes, además del histórico de los últimos 12 meses.
- problemas de salud activos.
- alergias y contraindicaciones.
- medicación actual, pudiendo consultar también el estado de la dispensación, es decir, si puede pasar por una farmacia a recoger los medicamentos o si la prescripción ya ha terminado.
- informes clínicos: informes de alta hospitalarios y de urgencias.

A nivel de la dispensación farmacéutica, tenemos la receta XXI, que se puso en marcha en 2003, que es el sistema de receta electrónica incluido en DIRAYA (receta XXI, primer sistema en funcionamiento en Europa de este tipo. Su papel como referente ha sido reconocido públicamente por representantes de las administraciones sanitarias de países con gran desarrollo tecnológico de manera que Andalucía, junto al ministerio de sanidad y consumo, lideró el proyecto europeo de interoperabilidad para la receta electrónica.

Receta XXI facilita la prescripción y el control de los medicamentos, ya que los profesionales de los diferentes dispositivos que atienden al paciente pueden consultar en la historia clínica DIRAYA la información sobre medicaciones pasadas y actuales. A su vez, los farmacéuticos pueden acceder a los datos sobre prescripción, comprobar la

medicación que han de dispensar, anotar los medicamentos entregados e incluso informar al médico de cualquier incidente. Para ello, las farmacias utilizan el módulo web de dispensaciones desarrollado en el proyecto. Para cualquier paciente, es el sistema de información, de conexión entre farmacia y atención primaria, y primordial en NUMA.

Por otro lado, INTERSAS, es la oficina virtual del SSPA del interacción con la ciudadanía, a través de internet. Permite hacer gestiones personales, como solicitar cita, cambiar datos personales, solicitar segunda opinión en medicina especializada, solicitar la consulta de inscripción en el registro de demanda quirúrgica a quienes están a la espera de intervención, sujeta a cumplimiento del plazo de garantía.

Otro sistema de información ofrecidos a los pacientes es el de salud responde, que se define como, un acceso multicanal al sistema sanitario público de Andalucía (SSPA), dirigido por el servicio andaluz de salud y gestionado por epes, esta diseñado para satisfacer las necesidades de información y gestión sanitaria y administrativa a ciudadanos y profesionales sanitarios, las 24 horas del día, todos los días del año, desde cualquier lugar de Andalucía.

Se puede acceder a través, de teléfono, fax, e-mail y aplicación móvil , de forma directa al sistema sanitario público de andalucía, desde los que a cualquier hora y desde cualquier sitio de andalucía, se podrá solicitar los servicios descritos en su cartera.

#### Objetivos de Salud Responde

- Garantizar el acceso a la información sobre los servicios que presta la consejería de salud.
- Dar una mejor respuesta en la solicitud de la cita previa.
- Mejorar los tiempos de respuesta del SSPA.
- Aumentar la satisfacción del ciudadano y ofrecerle en todo momento un trato amable, profesional y eficiente.
- Facilitar la gestión de citas a los centros de salud.
- Evitar desplazamientos innecesarios.
- Lograr una mejor captación y gestión de la información sobre expectativas del ciudadano respecto a su sistema sanitario público y por tanto facilitar su satisfacción.

# 7. CONCLUSIONES

---

## 7. CONCLUSIONES

---

Este entregable, que aporta un análisis de los sistemas sociosanitarios en la actualidad, en la zona transfronteriza, y plantea unos objetivos territoriales y necesidades en la asistencia sociosanitaria, está en conexión directa con NUMA, puesto que ésta da respuesta a los siguientes aspectos, planteados en el entregable:

1.- Necesidades planteadas según la opinión de las oficinas de farmacia, que junto con el reto que plantean las enfermedades crónicas, la fragilidad y la falta de integración sociosanitaria de las personas mayores de 65 años, provocada según ellos, por una fragmentación asistencial, en el que múltiples profesionales sociosanitarios participan en la atención de los mismos, sin estar interconectados entre sí. Por su parte NUMA ofrece un nuevo paradigma asistencial, que pone en comunicación pacientes, los servicios sociales y sanitarios, a través de la farmacia comunitaria

2.- Dentro de la estrategia para la renovación de la atención primaria, NUMA se alinea con el objetivo de la colaboración interniveles, y concretamente con las siguientes acciones que se proponen, como son:

Acción 14. Inclusión de un mecanismo de aviso en tiempo real tanto para el/la médico/a como para la/el enfermera/o del equipo de referencia del/de la ciudadano/a, a través de su buzón de profesional, cuando éste ingrese o sea dado de alta en hospitalización o tenga una asistencia en urgencias, pueda estar informado.

Acción 16. Creación de una plataforma de comunicación interniveles que permitirá la incorporación de nuevos servicios de telemedicina. Facilitará el intercambio de elementos de la historia clínica con otros/as profesionales e incorporará herramientas que permitan una comunicación tanto síncrona como asíncrona.

3.- Aprovechando la iniciativa creada desde ATLANTIC, la Consejería de Salud, en enero de 2016 se presentó a la convocatoria europea INTERREG- POCTEC a través del proyecto NUMA, el cual tenía entre sus objetivos, democratizar el uso de las TIC (telemonitorización-biosensores) a través de las oficinas de farmacia, e incorporar la farmacia comunitaria en la atención coordinada e integrada de los sistemas de salud del Algarve y Andalucía (pilotar, evaluar y validar el modelo).

4.- NUMA va a posibilitar la incorporación de nuevos servicios profesionales que además de la dispensación de medicamentos y productos sanitarios, se realizan ya desde la farmacia, incluyan aspectos del ámbito de la vigilancia y de la promoción de la salud, completando el escenario actual del entorno farmacéutico.