



Análisis de los sistemas socio-sanitarios actuales en la zona transfronteriza

ALGARVE-ANDALUCÍA

Entregable

1.1

ANÁLISIS DE LOS SISTEMAS SOCIO-SANITARIOS ACTUALES EN LA ZONA TRANSFRONTERIZA

ENTREGABLE 1.1

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 la **Acción 1.1** 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.

ACCIONES		ENTREGABLES	
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.	E1.1	Análisis de los sistemas socio-sanitarios actuales en la zona transfronteriza.
A1.2	Análisis de los elementos habilitadores del nuevo modelo.	E1.2	Resultados de los focus groups con personas
A1.3	Definición del nuevo modelo de prestación socio-sanitaria conjunta en la zona transfronteriza.	E1.3	Definición del nuevo modelo de atención transfronterizo.
		E1.4	Hoja de ruta del proyecto

TABLA DE CONTENIDO

1. INTRODUCCIÓN	7
1.1 Condiciones de Salud	8
1.1.1 Pluripatología	8
1.1.2 Fragilidad	9
1.2 Profesionales	9
1.2.1 Medicina Familiar y Comunitaria	10
1.2.2 Enfermería Familiar y Comunitaria	10
1.2.3 Farmacia Comunitaria	10
1.3 Servicios	11
1.3.1 Educación para la Salud	11
1.3.2 Promoción de Salud	11
1.3.3 Atención Farmacéutica	11
1.3.4 Seguimiento Farmacoterapéutico	11
1.3.5 Observación de Constantes Vitales	12
1.3.6 Detección de la Fragilidad	12
1.4 Tecnologías de la Información y las Comunicaciones	12
1.4.1 Telemedicina	12
1.4.2 Sensores Biomédicos	14
2. OBJETIVOS	15
3. METODOLOGÍA	17
3.1 Diseño	18
3.2 Población	18
3.3 Técnica de Recogida de Información	19
3.4 Técnica de análisis	19
4. RESULTADOS	21
4.1 Necesidades Asistenciales	22
4.1.1 Algarve	22
4.1.2 Andalucía	23
4.1 Respuesta Actual de las Administraciones Públicas	23
4.2.1 Algarve	23
4.2.2 Andalucía	24
4.3 La Organización Sanitaria	32
4.3.1 Algarve	32
4.3.2 Andalucía	33
4.4 Marco Normativo y estratégico	35
4.4.1 Andalucía	35
4.5 Sistemas de información que dan soporte al proceso asistencial	39
4.5.1 Algarve	39
4.5.2 Andalucía	39
4.6 Dificultades añadidas en la zona transfronteriza	41
5. CONCLUSIONES	45
6. BIBLIOGRAFÍA	49

1. INTRODUCCIÓN

1. INTRODUCCIÓN

El proyecto NUMA contempla intervenciones orientadas a mejorar la atención social y sanitaria que se presta a las personas mayores con enfermedades crónicas y riesgo de fragilidad. El nuevo modelo asistencial implica directamente a las personas de 65 años y más, a profesionales de los equipos de Atención Primaria de Medicina, Enfermería y Trabajo Social, y a profesionales de las Oficinas de Farmacia Comunitaria.

Para una mejor comprensión del proceso de construcción de las soluciones de NUMA, se incluyen en este apartado los principales conceptos sobre los que trabaja el proyecto a lo largo de sus distintas fases de desarrollo.

1.1. CONDICIONES DE SALUD



1.1.1. PLURIPATOLOGÍA

Según el Observatorio de Prácticas Innovadoras en el Manejo de Enfermedades Crónicas Complejas, la polipatología (también descrita como pluripatología) es un concepto complementario (no antagónico) del de comorbilidad. Este concepto ha aparecido a raíz de la necesidad de referirse de forma más holística al grupo de personas que viven con dos o más enfermedades crónicas sintomáticas. En este caso, resulta difícil establecer una enfermedad predominante, ya que todas las que coexisten son similares en cuanto a su potencial para desestabilizar a la persona, a la vez que generan importantes retos en cuanto a su gestión. En consecuencia, es un concepto más transversal que se centra en la persona en conjunto, y no en una enfermedad o en el profesional que la atiende.

En 2002 se propuso en Andalucía una serie de criterios para la polipatología y, desde entonces, esos han sido los criterios que han adoptado varias autoridades sanitarias regionales, abarcando una población de más de ocho millones de personas. Su valor pronóstico se ha validado por medio de cohortes prospectivas de personas con polipatología en entornos hospitalarios.

El concepto de polipatología engloba un amplio espectro clínico que abarca desde personas que, a consecuencia de su enfermedad, están sujetas a un alto riesgo de discapacidad, hasta personas que padecen varias enfermedades crónicas con síntomas continuados y frecuentes exacerbaciones que generan una demanda de atención que, en muchos casos, no encaja en los servicios tradicionales dentro del sistema sanitario.

En consecuencia, el grupo de personas con polipatología no se define únicamente por la presencia de dos o más enfermedades, sino más bien por una susceptibilidad y una discapacidad clínicas especiales que conllevan una demanda frecuente de atención médica a diferentes niveles que es difícil de planificar y coordinar, debido a las exacerbaciones y la aparición de enfermedades posteriores que sitúan al paciente en una trayectoria de deterioro físico y emocional progresivo, con la pérdida gradual de autonomía y de capacidad funcional. Estas personas forman un grupo que tiene una especial predisposición a sufrir los efectos perjudiciales de la fragmentación y la superespecialización de los sistemas sanitarios tradicionales. Por lo tanto, podemos considerarlos centinelas o indicadores del estado de salud general del sistema sanitario, así como de su coherencia interna entre los distintos niveles.

Recientemente se ha demostrado que las tasas de mortalidad entre pacientes polipatólogos hospitalizados son significativamente superiores durante la hospitalización que en pacientes que no están hospitalizados, independientemente de la causa de la hospitalización. Los factores relacionados independientemente con un pronóstico de vida más corto eran edad más avanzada y un peor estado funcional.

1.1.2. FRAGILIDAD

La fragilidad es “un estado de pre-discapacidad o de riesgo de desarrollar nueva discapacidad desde una situación de limitación funcional incipiente”. La importancia de este concepto es que “se centra en la funcionalidad y no se focaliza en el diagnóstico de enfermedad” y es un buen predictor de eventos adversos de salud a corto, medio y largo plazo, mejor que la comorbilidad o la multimorbilidad.

El núcleo de la fragilidad es el incremento de la vulnerabilidad a estresores de baja intensidad, producido por una alteración en múltiples e interrelacionados sistemas, que conduce a una disminución en la reserva homeostática y de la capacidad de adaptación del organismo, y lo predispone a eventos adversos de salud.

1.2. PROFESIONALES

En Andalucía, la Atención Primaria de salud es completamente pública, universal y gratuita, y se presta en los Centros de Salud. Los equipos profesionales que atienden a las personas mayores con enfermedades crónicas están conformados por especialistas en Medicina Familiar y Comunitaria, Enfermería y Trabajo Social. La es el nivel de acceso de la población al Sistema Sanitario Público de Andalucía (SSPA) y se caracteriza por prestar una 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.

En el Algarve como en el resto de Portugal, todos ciudadanos portugueses e inmigrantes tienen derecho a asistencia sanitaria gratuita, aunque existe copago en la consulta, pruebas diagnósticas, farmacia y urgencias. La provisión de servicios es regional y una mezcla pública y privada. El personal médico es funcionario y las funciones asistenciales son similares a las de los profesionales en España. La formación especializada en Medicina de Familia es también similar a la española.

1.2.1. MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA



Según la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria (semFYC), la World Organization of Family Doctors (WONCA) define a este profesional como “un profesional de medicina especializado en tratar con la población a lo largo de toda su vida; que puede tratar todo tipo de problemas de salud en el momento y en su marco comunitario; que ofrece un servicio completo, accesible, focalizado en una comunidad específica que permite continuidad a lo largo del tiempo y una asistencia centrada en la persona – no solamente en los campos específicos de una parte del cuerpo o de enfermedades concretas”.

1.2.2. ENFERMERÍA FAMILIAR Y COMUNITARIA



Según la Orden SAS/1729/2010, la especialidad de Enfermería Familiar y Comunitaria se centra en el cuidado compartido de la salud de las personas, las familias y las comunidades, en el «continuum» de su ciclo vital y en los diferentes aspectos de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, recuperación y rehabilitación, en su entorno y contexto socio-cultural.

La acción profesional en Enfermería Familiar y Comunitaria está orientada por principios y fundamentos científicos, humanísticos y éticos de respeto a la vida y a la dignidad humana. En la práctica, la Enfermería Familiar

y Comunitaria requiere de otras disciplinas para lograr sus objetivos asistenciales, por lo que se actuación se lleva a cabo en equipos multi-profesionales y con la participación activa de las personas a las que atiende. La visión de las personas desde la práctica enfermera es holística del ser humano en su relación con el contexto familiar, social y ambiental.

1.2.3. FARMACIA COMUNITARIA



Según la Sociedad Española de Farmacia Comunitaria (SEFAC), la farmacia comunitaria define al tipo de farmacia que tiene vocación de servicio hacia la comunidad, hacia las personas que necesitan los medicamentos y hacia el entorno social.

Farmacéutico Comunitario es un o una profesional experto en medicamentos, cuya labor es ofrecer una atención sanitaria integral al paciente, en todo lo relacionado con los fármacos, desde la dispensación de la receta médica hasta el seguimiento y control de tratamiento farmacológico.

1.3. SERVICIOS

1.3.1. EDUCACIÓN PARA LA SALUD



De acuerdo con la Organización Panamericana de la Salud, la educación para la salud es un proceso de generación de aprendizajes, no solo para el autocuidado individual, sino para el ejercicio de la ciudadanía, la movilización y la construcción colectiva de la salud. La educación para la salud es también una estrategia de salud pública que utiliza diversos métodos educativos, políticos y de acción social, basados en la teoría, la investigación y la práctica, para trabajar con individuos, grupos, poblaciones, comunidades e instituciones con el fin de fomentar la toma de decisiones favorables a la salud, el análisis crítico de la información, la comprensión sobre los determinantes de la salud y el compromiso con la acción social y colectiva.

1.3.2. PROMOCIÓN DE SALUD



Según la Organización Mundial de la Salud, la promoción de la salud abarca una amplia gama de intervenciones sociales y ambientales destinadas a beneficiar y proteger la salud y la calidad de vida individuales mediante la prevención y solución de las causas primordiales de los problemas de salud.

La promoción de la salud tiene tres componentes esenciales :

- Buena gobernanza sanitaria: priorización de las políticas que evitan que las personas enfermen o se lesionen.
- Educación sanitaria: que permita a las personas elegir opciones saludables.
- Ciudades saludables: a través del compromiso y el liderazgo en el ámbito municipal.

1.3.3. ATENCIÓN FARMACÉUTICA



Los servicios de dispensación, indicación y seguimiento farmacoterapéutico constituyen la atención farmacéutica. A través de este servicio, el personal farmacéutico contribuye a la mejora de la salud y la calidad de vida de las personas que acuden a la Farmacia Comunitaria. Para realizar este servicio de forma eficiente, se requiere la cooperación con el personal sanitario de los centros asistenciales¹⁰.

1.3.4. SEGUIMIENTO FARMACOTERAPÉUTICO



Este es el servicio profesional consiste en el seguimiento del tratamiento farmacológico prescrito. Para un buen seguimiento, es necesaria la coordinación con el personal médico del centro asistencial que ha atendido a la persona usuaria. Este servicio se presta mediante entrevistas personalizadas, documentadas y confidenciales para garantizar los resultados esperados a través de la terapia farmacológica y evitar problemas relacionados, tales como los efectos secundarios, las reacciones adversas y el abandono de los tratamientos, entre otros¹⁰.

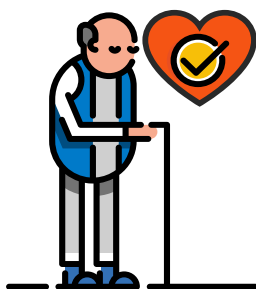
1.3.5 OBSERVACIÓN DE CONSTANTES VITALES



El término “constantes vitales” sugiere la medición de funciones fisiológicas vitales o críticas, entre las que se encuentran la presión sanguínea, la temperatura, el pulso y la frecuencia respiratoria.

La observación de estas constantes permite garantizar una temprana detección de sucesos adversos o monitorizar la evolución de un tratamiento. A las cuatro constantes vitales clásicas se han añadido otras mediciones útiles como el estado nutricional, el ser fumador o no, espirometría, signos vitales ortostáticos y pulsioximetría.

1.3.6 DETECCIÓN DE LA FRAGILIDAD



Según establece el Programa Examen de Salud para Mayores de 65 años, para detectar la fragilidad es necesaria una valoración integral que incluye una valoración clínica, funcional, mental y socio-familiar. Tras esta valoración se delimitan los problemas y se establece un plan de actuación. Su detección permite identificar a las personas mayores que conservan su independencia de manera inestable y que se encuentran en situación de riesgo de pérdida funcional.

1.4. TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES

1.4.1 TELEMEDICINA



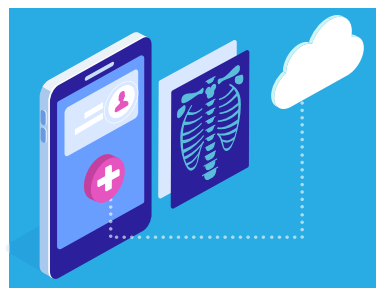
La telemedicina se define como la prestación a distancia de servicios clínicos de salud gracias a la infraestructura de telecomunicaciones. La telemedicina, a veces recibe otros nombres como tele-salud, e-salud o atención médica virtual. Sin embargo, estos términos no significan exactamente lo mismo. 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.

Dentro de la Telemedicina se pueden considerar tres ámbitos fundamentales:



Monitorización a distancia:

Permite establecer un control a distancia de personas con enfermedades crónicas. Se consigue a través del uso de dispositivos que recopilan datos sobre constantes vitales como la presión arterial. Profesionales de medicina y enfermería pueden monitorizar los datos en tiempo real y decidir si es necesaria algún tipo de acción.



Tecnología de almacenamiento y envío:

Consiste en almacenar datos clínicos para su envío a distintos centros médicos. Por ejemplo, realizar radiografías en centro 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 propone el uso de la telemedicina que puede contribuir a mejorar el acceso a los servicios sanitarios, incluida una mejora en la atención especializada en zonas remotas donde hay recursos sanitarios escasos.

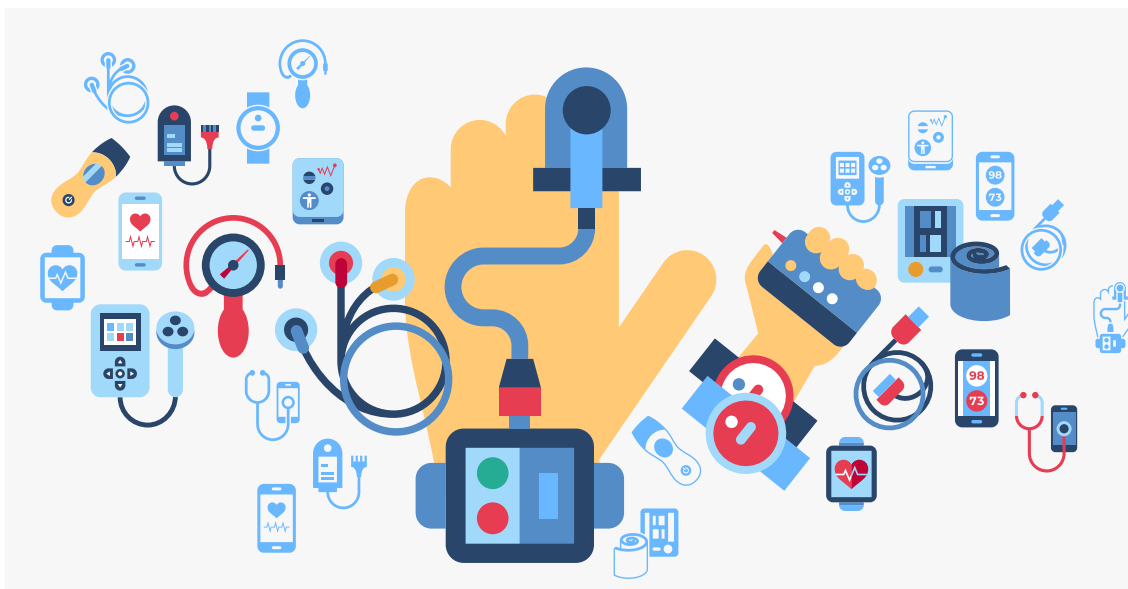
Otra de las ventajas de la telemedicina es que puede evitar derivaciones innecesarias, mediante el contacto entre centros y niveles asistenciales, lo que supone una mejora en la calidad del servicio. En áreas urbanas es posible y ventajoso agilizar los procesos administrativos y de apoyo (citas o envío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

La telemedicina mejora la comunicación entre profesionales. La información de los pacientes, historia clínica, resultados de pruebas diagnósticas, control de constantes vitales, etc., 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.

Las tecnologías actualmente permiten el intercambio inmediato de cualquier tipo de información. De manera que las personas y los equipos profesionales que les atienden puedan compartir la información necesaria para mejorar el proceso asistencial y los resultados sobre la salud y la calidad de vida de las personas con enfermedades crónicas.

Otra gran ventaja del uso de las tecnologías es la mejor utilización de recursos, haciendo una distribución eficiente de los recursos más especializados, pero garantizando el acceso equitativo a toda la población. El uso de las tecnologías reduce costes sanitarios ya que ahorra tiempo en el desplazamiento de personas que requieren atención sanitaria y personal sanitario especializado.

1.4.2 SENSORES BIOMÉDICOS



Para llevar a cabo el diagnóstico y el tratamiento de pacientes de forma remota, son necesarios los sensores biomédicos que permitan habilitar el mayor número de prestaciones médicas y personalizar los tratamientos al poder disponer de información en tiempo real.

Los requisitos que debe cumplir un sensor biomédico son:

- Ser capaz de medir alguno de los parámetros relevantes, como por ejemplo la presión arterial, de manera precisa, sin influencia de otros parámetros.
- Ser capaz de medir pequeñas variaciones en dicho parámetro.
- Mostrar la medida lo más próxima posible al valor real.

Son deseables también aspectos como el tiempo de respuesta del sensor, la biocompatibilidad, su robustez, caracterización frente al envejecimiento de la electrónica y el bajo coste. Los sensores biomédicos se pueden agrupar, atendiendo a su finalidad, en las siguientes categorías: Tensiómetros, Básculas, Podómetros, Glucómetros, Espirómetros, Pulsioxímetros y Termómetros.

2. OBJETIVOS

2. OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

El objetivo general de este análisis es conocer la situación actual de la atención a las personas mayores con enfermedades crónicas y riesgo de fragilidad en ambos lados de la frontera Algarve-Andalucía, desde el punto de vista de los principales actores involucrados en los procesos asistenciales.

El análisis realizado servirá de base para la elaboración de una hoja de ruta que, partiendo de la optimización y coordinación entre las diferentes administraciones públicas luso-andaluzas, que proveen servicios socio-sanitarios en la zona, permita conseguir un modelo conjunto de prestación a personas con enfermedades crónicas o en riesgo de fragilidad.

Se analizan también todos aquellos elementos que pueden posibilitar el cambio al nuevo modelo asistencial, en el que interactuarán las personas mayores con profesionales de Atención Primaria de los Sistemas Sanitarios Públicos y el personal de las Oficinas de Farmacia Comunitaria, en los dos lados de la frontera.

Para que el nuevo modelo asistencial pueda garantizar la prestación de los servicios, será necesario conseguir un engranaje organizativo que cumpla con las necesidades planteadas. Para ello, es imprescindible un análisis exhaustivo del marco normativo y estratégico de las dos Administraciones representadas en la zona transfronteriza.

Este análisis ayudará a entender qué tipo de acuerdos son indispensables para conseguir la máxima coordinación entre proveedores a cada lado de la frontera. Este análisis posibilitará además el estudio posterior del modelo de pago de los proveedores socio-sanitarios en cada uno de los dos países, y la exploración de la idea de generar bolsas de presupuesto local gestionadas por equipos multidisciplinares con objetivos anuales muy claros.

También se analizan 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.

3. METODOLOGÍA

3. METODOLOGÍA

3.1 DISEÑO

Estudio cualitativo de investigación-acción.

3.2 POBLACIÓN

Profesionales representantes de las cuatro instituciones integrantes del proyecto:

- Consejería de Salud de la Junta de Andalucía.
- Administración Regional de Saúde do Algarve.
- Real e Ilustre Colegio de Farmacéuticos de Sevilla.
- Universidad de Sevilla.

3.3 TÉCNICA DE RECOGIDA DE INFORMACIÓN

Se utilizó la encuesta virtual con preguntas abiertas. El cuestionario se envió a través de correo electrónico. Las preguntas planteadas fueron:



- ¿Qué necesidades o problemas existen actualmente y que el nuevo modelo de atención daría respuesta o mejoraría?
- ¿Cómo, en la actualidad, se está intentando dar respuesta a estas necesidades? ¿Cuáles son los resultados de dichas acciones?
- ¿Qué papel juega actualmente los distintos actores en la atención a la población objetivo del proyecto? ¿Cómo se relacionan y organizan para dar dicha atención?
- ¿Cómo está regulada dicha prestación?
- ¿Cuáles son los sistemas de información que dan soporte a dicha prestación?
- ¿Qué dificultad añade la atención en la zona transfronteriza?

La información recogida a través de la encuesta se complementó con dos informes:

1. Análisis de las Estrategias Marco para el Desarrollo de NUMA, elaborado por el Servicio de Innovación e Igualdad de la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía (Anexo 1).
2. Proyecto NUMA. Papel de las TICs en el nuevo modelo transfronterizo, elaborado por el Grupo de Ingeniería Electrónica de la Universidad de Sevilla (Anexo 2).

3.4 TÉCNICA DE ANÁLISIS

Se utilizó el análisis de contenido en sus niveles semántico y pragmático, cuyo principal objetivo fue describir la situación de la atención a las personas con enfermedades crónicas y las oportunidades que las tecnologías ofrecen para la mejora del proceso asistencial. Las dimensiones analizadas fueron:

- Necesidades asistenciales de las personas mayores con enfermedades crónicas y riesgo de fragilidad.
- Actuaciones y resultados alcanzados por las Administraciones Públicas en respuesta a estas necesidades.
- Actores, roles y características de la organización para la atención.
- Marco normativo y estratégico del proceso asistencial.
- Sistemas de información que dan soporte al proceso asistencial.
- Dificultades añadidas en la zona transfronteriza.

4. RESULTADOS

4. RESULTADOS

4.1 NECESIDADES ASISTENCIALES

4.1.1 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 personas migrantes, 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 todos los problemas relacionados con el correcto diagnóstico y con la adherencia terapéutica.

La hipertensión arterial es el factor de riesgo determinante para todas las enfermedades cerebro-cardiovasculares, lo que justifica en el Algarve una intervención mucho 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 agrupación de centros de salud del Sotavento (22,9%), cerca de la frontera con Andalucía.

Según el estudio "hipertensión en Portugal 2013", disponible en <https://www.dgs.pt/em-destaque/a-hipertensao-arterial-em-portugal.aspx>, muestra que 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, enfermedades cerebro-cardiovasculares, diabetes), y que ya fue considerada una medida estratégica relevante en el Algarve (Plan Estratégico de ARS Algarve 2017-2019).

4.1.2 ANDALUCÍA

La evidencia científica revela que las condiciones crónicas complejas impondrán una situación cada vez más insostenible en los servicios públicos sociales y sanitarios. En España, los informes, estudios e investigaciones del Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social afirman que este es uno de los países con mayor esperanza de vida en el mundo, pero que, cuando se habla de esperanza de vida en buena salud, la situación empeora respecto a otros países de la Unión Europea.

Adicionalmente, España, al igual que otros países occidentales, está en plena transformación del modelo familiar, provocando situaciones de soledad y aislamiento social entre las personas mayores. Desde el punto de vista del análisis de la asistencia sanitaria pública andaluza a las personas mayores y frágiles, existe una falta de integración socio-sanitaria, que lleva aparejada una fragmentación asistencial, una gran insatisfacción de las personas con la asistencia prestada, y por tanto una ineficiencia del sistema. La evidencia muestra que la integración socio-sanitaria 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 estos problemas.

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

Como carencia adicional según RICOSE (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 farmacoterapéutico 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.

4.2 LA RESPUESTA ACTUAL DE LAS ADMINISTRACIONES PÚBLICAS

4.2.1 ALGARVE

El Centro Hospitalario del Algarve participó en una experiencia de telemonitorización de 15 pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) 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, tienen 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.
2. Detección de las personas mayores con necesidades especiales de acompañamiento, personas altamente frecuentadoras de los servicios de urgencias y personas que faltan sistemáticamente a consultas para el seguimiento de sus condiciones crónicas de salud.
3. Evaluaciones periódicas teniendo en cuenta las necesidades individuales de personas mayores pluripatológicas y adopción de un plan individual de cuidados, como instrumento de intervención integrada en los diferentes niveles de cuidados.

4.2.2 ANDALUCÍA

4.2.2.1 OFICINAS DE FARMACIA

Las Oficinas de Farmacia en Andalucía han diseñado distintas estrategias para dar respuesta a las necesidades de las personas con enfermedades crónicas y en riesgo de fragilidad entre las que se encuentran:

■ PARHELIO.

Esta es una iniciativa que promueve la colaboración de las Oficinas de Farmacia de Sevilla con Asociaciones de Pacientes. A través de esta iniciativa se desarrollan redes de farmacias especializadas en la atención farmacéutica, que prestan apoyo y consejo a pacientes afectados por patologías concretas. El servicio incluye la formación específica sobre farmacoterapia y fisiopatología de las patologías seleccionadas, 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, dirigidas a las personas afectadas, teniendo como fin último la mejora en la adherencia a los 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.

■ IRIS.

Esta iniciativa promueve la conciliación de la medicación y la adherencia terapéutica a través del establecimiento de protocolos de comunicación con los equipos profesionales encargados de la prescripción farmacéutica. A través de este sistema se traslada cualquier incidencia detectada en la farmacia que afecte al tratamiento. Las incidencias se crean con distintos niveles de urgencia de forma que se dé repuesta el prescriptor del tratamiento, a través de un coordinador responsable en cada centro.

■ **ASTIGI.**

Esta iniciativa desarrollada en Écija, en la que, junto con la gestión de las incidencias relacionadas con el tratamiento farmacológico, se han puesto en evidencia mejoras en la interlocución entre profesionales para el adecuado seguimiento y la adherencia terapéutica, evitando desplazamientos a las personas con enfermedades crónicas y mejorando la satisfacción de profesionales prescriptores y farmacéuticos.

4.2.2.2 SISTEMA SANITARIO PÚBLICO DE ANDALUCÍA

Dentro de las estrategias, planes y propuestas realizadas desde el Sistema Sanitario Público de Andalucía (SSPA) para hacer frente a los problemas de la cronicidad, la fragilidad y la falta de adherencia terapéutica, se han desarrollado las siguientes intervenciones:

■ **PLAN ANDALUZ DE ATENCIÓN INTEGRADA A PACIENTES CON ENFERMEDADES CRÓNICAS 2012-2016.**

En este plan se ponen 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 el diseño del nuevo modelo asistencial NUMA: Receta Electrónica, Escuela de Pacientes y Plataforma Multicanal Salud Responde.

- **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.
- **Escuela de Pacientes.** Dispone de nueve aulas temáticas para la formación de pacientes en la gestión de sus enfermedades crónicas: fibromialgia, diabetes 1, diabetes 2, asma, cáncer de mama, cáncer colorrectal, insuficiencia cardíaca y EPOC, además de un aula para personas cuidadoras. La Escuela de Pacientes es también un soporte que se puede utilizar en este nuevo modelo, quizás incorporando elementos específicos para la atención de la fragilidad.
- **Plataforma Multicanal Salud Responde.** A través de esta plataforma se gestionan servicios como Cita Previa en Atención Primaria, Cita Previa en Atención Hospitalaria, Salud 24 horas (consejo sanitario que ofrece información sobre los principales problemas de salud y cómo prevenirlos), Campaña de Prevención de los Efectos de las Altas Temperaturas y Seguimiento de Altas Hospitalarias, entre otros. Por otra parte, Salud Responde ha participado en el proyecto ATLANTIC, aportando su experiencia y sus recursos, en el seguimiento de pacientes con enfermedades crónicas en domicilio.
- **Indicadores de Evaluación de los Resultados.** El SSPA registra información relativa al número de hospitalizaciones; frecuentación en Atención Primaria; consumo de recursos; recursos telemáticos disponibles, etc. información que puede ser incorporada al proceso de evaluación del proyecto NUMA.

■ ESTRATEGIA PARA LA RENOVACIÓN DE LA ATENCIÓN PRIMARIA.

Dentro de sus líneas estratégicas se ha incorporado como Agente Local a la Oficina de Farmacia Comunitaria, en las siguientes líneas:

- **LÍNEA 6.** Asumir la coordinación de toda la atención recibida por la ciudadanía, para lo cual que es imprescindible el desarrollo de sistemas de información y comunicación, para que profesionales de Medicina y Enfermería de Familia estén informados respecto a todo lo que acontece a la persona con enfermedades crónicas complejas y/o con necesidades especiales.
- **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
- **LÍNEA 8.** Redefinir las formas y protagonistas de la prestación de la cartera de servicios de atención primaria, así como del acceso desde cualquier punto del primer nivel asistencial, incorporando las tecnologías diagnósticas más eficientes.

Para realizar todas estas acciones se propone:

- 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 las personas con pluripatología y fragilidad que se han de beneficiar de un servicio personalizado en función de su vulnerabilidad y características y necesidades especiales.
- Profundizar en los valores esenciales que han hecho de la Atención Primaria un referente social y en salud.

Para ello, se deben efectuar, entre otras, las siguientes acciones:

- » 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.
- » Promover la 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.
- » Desarrollar 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).
- » Establecer un convenio entre las Consejerías de Salud e 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.

Por otra parte, la estrategia aborda propuestas relacionadas con DIRAYA (sistema de información asistencial del Servicio Andaluz de Salud - SAS) y con Clic Salud (acceso de la ciudadanía a su historia clínica). Las siguientes son las propuestas de esta estrategia estrechamente relacionadas con NUMA:

- **PROPUESTA 10.1.** Mejoras relevantes de apoyo a la gestión clínica y mejoras en TIC y sistemas de información:
 - » **Acción 1.** Creación del modelo “clave de equipo” que permitirá la designación unívoca de profesional de medicina y de enfermería de familia para cada individuo.
 - » **Acción 2.** Adaptación del módulo de citación a “clave de equipo” para que la persona pueda obtener cita con su médico/a o enfermera/o a través de InterSAS, Clic Salud 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 relacionadas con el proyecto NUMA:

- » **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, y que tienen relación con el proyecto NUMA, son:

- » **Acción 14.** Inclusión de un mecanismo de aviso en tiempo real tanto para el personal médico como para el personal de enfermería, a través de su buzón de profesional.
- » **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 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 de medicina y enfermería 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).
- » **Acción 19.** Incorporar a salud responde en todos los programas de seguimiento de CLIC SALUD.

■ 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 dé permisos de uso de su información a los diferentes agentes participantes en su atención. Así, la carpeta de salud y los demás sistemas que se integren con la misma, juegan un papel crucial. 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 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 y las profesionales 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 para la ciudadanía, 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 una persona en una aplicación puedan registrarse en el módulo de constantes corporativo (siempre claramente identificadas como elemento externo, para mejor criterio de los y las profesionales).

■ **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.**

Este documento 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.

■ **PLAN ANDALUZ DE PROMOCIÓN DE LA AUTONOMÍA PERSONAL Y PREVENCIÓN DE LA DEPENDENCIA.**

Este plan contempla la promoción de la autonomía personal en el medio habitual de la persona, y en todos los ámbitos de la vida, en condiciones de igualdad de oportunidades, sin discriminación y con una accesibilidad universal. Entre sus objetivos específicos, relacionados con los objetivos del proyecto NUMA, están:

- » Promover las condiciones y apoyos necesarios para hacer efectiva la autonomía personal. Para ello promueve como acciones más importantes:
 - 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.
 - Desarrollo de guías sobre autocuidados para la promoción de la autonomía personal, basadas en la mejor evidencia disponible
 - Desarrollo de actuaciones específicas desde el Servicio Andaluz de Teleasistencia, orientadas a promover la autonomía personal de las personas usuarias en situación de dependencia.

- » 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:
 - 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.
 - 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.
 - Prevención de los factores de riesgo más 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.

4.2.2.3 APORTACIÓN DE LAS TIC Y LA TELEMEDICINA

Como antecedentes al proyecto NUMA está el proyecto de iniciativa tecnológica ATLANTIC, 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 las personas 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 teleasistencia, aprovechando todas las ventajas que ofrecen las TIC. 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 y nuevos roles (Salud Responde y Agencia de Servicios Sociales y Dependencia de Andalucía). 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 de Andalucía (pilotar, evaluar y validar el modelo).

Otros ejemplos de proyectos de telemedicina en España, antecesores de NUMA, se pueden encontrar 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 Health) 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 clínicos.

El objetivo principal de esta propuesta es capacitar a las personas mayores con enfermedades crónicas para que sean capaces de tomar decisiones sobre su salud, de forma que tome un papel activo en su cuidado y colaboren eficazmente con el equipo sanitario gracias al uso de TIC.

El proyecto PALANTE incluye 7 nuevos pilotos en 6 países (7 regiones) con 21 socios de 10 países diferentes, y 69.550 personas usuarias implicadas 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.

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 que desde el ámbito de la Atención Primaria se considere deban ser derivados al ámbito hospitalario. 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 TIC, se tiende un verdadero puente entre Atención Primaria y Atención Hospitalaria de forma que, a través de la telemedicina, se gestionan las derivaciones entre uno y otro nivel. EQUILINK se establece como el requisito básico para realizar estas derivaciones.

4.3 LA ORGANIZACIÓN SANITARIA



4.3.1. ALGARVE

Los servicios públicos de salud en el Algarve están constituidos por el Centro Hospitalario del Algarve (principalmente con 2 polos: Faro y Portimão) 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 Sotavento: los ACES tienen fundamentalmente un sistema de registro de información clínica - llamado SClínico - que es mantenido por los propios servicios del Ministerio de Salud, tal como sucede en el resto del país. También disponen de 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).

En Lisboa se encuentra la sede del Colegio de Farmacéuticos Nacional.

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 la plataforma informática propia, y los usuarios se desplazan a las farmacias para obtenerla. Raramente existe otro tipo de interacción, más allá de estos contactos burocráticos, entre las diversas entidades.

4.3.2 ANDALUCÍA

4.3.2.1 OFICINAS DE FARMACIA

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 órdenes de dispensación del Sistema Nacional de Salud (SNS), a los beneficiarios del mismo, de los medicamentos, fórmulas magistrales, preparados farmacéuticos, vacunas individualizadas, 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.

4.3.2.2 SISTEMA SANITARIO PÚBLICO DE ANDALUCÍA

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 el caso 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, 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 se, indican 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. Las zonas básicas están constituidas por los municipios que determina el mapa de Atención Primaria de Salud de Andalucía.

4.4 MARCO NORMATIVO Y ESTRATÉGICO

4.4.1. ANDALUCÍA

4.3.1.1 OFICINAS DE FARMACIA

La Ley 16-2003 de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud determina en el artículo 16, lo que comprende a la prestación farmacéutica, es decir, engloba tanto los medicamentos y productos sanitarios, como 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 ajustado 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:

- La adquisición, custodia, conservación y dispensación de los medicamentos y productos sanitarios.
- La vigilancia, control y custodia de las recetas médicas dispensadas.
- La garantía de la atención farmacéutica, en su zona farmacéutica, a los núcleos de población en los que no existan oficinas de farmacia.
- La elaboración de fórmulas magistrales y preparados oficiales, en los casos y según los procedimientos y controles establecidos.
- La información y el seguimiento de los tratamientos farmacológicos a los pacientes

- 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.
- 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.
- 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.
- 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 conocimiento clínico del farmacéutico comunitario, como responsable 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 problemas de reacciones medicamentosas (PRM) 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.

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.

4.4.1.2 SISTEMA SANITARIO PÚBLICO DE 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 de 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.

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 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 relacionados con el proyecto NUMA, en relación al desarrollo de las prioridades de los centros sanitarios:

- Potenciar la Atención Primaria
- Implantar más y mejores 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, y apoyo a cuidadoras/es a través de Salud Responde.

Por otro lado, el Contrato Programa aborda las actuaciones 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 de la que están los procesos a personas pluripatológicas, con el objetivo de incluir todas aquellas actividades que estén encaminadas a garantizar 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.

4.5 SISTEMAS DE INFORMACIÓN QUE DAN SOPORTE AL PROCESO ASISTENCIAL

4.5.1. ALGARVE

En la Administración de Salud del Algarve cuenta con una plataforma para la gestión de las consultas en Atención Primaria. Esta plataforma recoge la indicación y contabilización de consultas citadas y realizadas.

Existe también una plataforma para la prescripción electrónica. Esta plataforma para la prescripción médica permite el acceso a la Farmacia para la dispensación de los fármacos prescritos, mediante la identificación del usuario.

4.5.2. ANDALUCÍA

4.5.2.1 OFICINAS DE FARMACIA

Las Oficinas de Farmacia Comunitaria cuentan con los sistemas de información de la Red Corporativa Farmacéutica, el Programa de Gestión de Oficinas de Farmacia y el Repositorio de Información Colegial.

La Red Privada Virtual de Servicio de Datos implantada por el Real e Ilustre Colegio Oficial de Farmacéuticos de la Provincia de Sevilla, España (RICOFSE) , da servicio a las 872 Oficinas de Farmacia pertenecientes al RICOFSE más un punto central. Esta red soporta los servicios de VPN-IP, MacroLAN y Data Internet de Telefónica de España SAU, y el servicio Movistar Intranet, de Telefónica Móviles España.

La Red tenía como objetivo inicial la implantación de Receta XXI en 2003. Se realizó un primer pilotaje que permitió estabilizar el funcionamiento del aplicativo a nivel de pacientes y profesionales de Medicina de Familia y de las Oficinas de Farmacia. Así mismo, se probó la facturación por parte del Colegio de Farmacéuticos y el abono por parte del Servicio Andaluz de Salud. Este piloto se extendió a 25 farmacias de nueve municipios en el período 2003-2004.

Se incorporaron posteriormente programas de gestión como Nixfarma y Farmatic, entre otros. Simultáneamente se fueron implantando centrales de llamadas para asesoramiento a la implantación en los Colegios de Farmacéuticos. A continuación, y para la generalización del sistema, se dotó de conectividad a todas las farmacias, se actualizaron los programas de gestión, se suministraron las tarjetas de acceso al sistema y se dio comienzo al período de formación. Finalmente, se instalaron los lectores de tarjetas, se configuraron los programas de gestión para conectar con el módulo de facturación y se dio comienzo a la implantación en toda Andalucía.

4.5.2.2 SISTEMA SANITARIO PÚBLICO DE ANDALUCÍA

Como sistemas de información, para la atención sociosanitaria en el SSPA, relacionados con el proyecto NUMA, se cuenta con el sistema DIRAYA, como historia única de salud digital del paciente, que incluye Atención Primaria y Atención Especializada.

Otro sistema disponible es Clic Salud, 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 relativa a:

- 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, se cuenta con 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. El sistema de información, de conexión entre farmacia y atención primaria, está disponible para cualquier paciente, y es primordial en el proyecto NUMA.

Por otro lado, InterSAS, es la oficina virtual del SSPA de 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, ofrecido 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-061, está 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.

4.6 DIFICULTADES AÑADIDAS EN LA ZONA TRANSFRONTERIZA.

El proyecto NUMA abarca la región portuguesa del Algarve, y la española de Andalucía, siendo ambos, países con una buena esperanza de vida, liderando la lista de países más envejecidos del mundo, lo cual implica, por un lado, necesidades complejas y por otro que, al vivir en esta zona transfronteriza, sufren un déficit de atención, debido a las ineficiencias en la coordinación entre los proveedores socio-sanitarios que trabajan a banda y banda de la frontera. Se puede decir que estas áreas soportan una mayor complejidad en la provisión y coordinación de servicios, debido a la intervención de diferentes administraciones. Esta situación plantea serios retos a los dos países y requiere de una respuesta pública para afrontarlos.

Desde el punto de vista del contexto socio-sanitario de la frontera, 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.

Uno de los principales retos a los que se enfrenta Europa es el del envejecimiento de la población y las enfermedades crónicas asociadas, 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 bien 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.

Se puede 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 tienen una o varias enfermedades crónicas, son 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.

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: "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, se alinea también con 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 Estrategia fue aprobada por el Pleno del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud el 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.

Respecto a los retos territoriales del Algarve, también a nivel nacional, el proyecto está dirigido a resolver algunos de los puntos débiles detectados en la Estrategia Regional de Investigación, como por ejemplo:

Linea1.4. 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 afectan al 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:

- **"Eje II: fomento de la investigación científica y técnica de excelencia"**
 - » Acción "5. Desarrollo de tecnologías emergentes"
 - » Acción B. "6. Fortalecimiento institucional"
- **"Eje III potenciar el liderazgo empresarial en I+D+I"**
 - » Acción. "9. Tecnologías facilitadoras esenciales"
- **"Eje IV. Investigación orientada a los retos de la sociedad"**

5. CONCLUSIONES

5. CONCLUSIONES

Andalucía y Algarve son dos de las regiones europeas que presentan un acelerado envejecimiento de su población y un incremento de la prevalencia de las enfermedades crónicas. En el Algarve, se considera prioritario intervenir sobre la hipertensión arterial, como factor de riesgo determinante para las enfermedades cerebro-cardiovasculares, altamente prevalentes en esta región. En Andalucía, el problema del aumento de la prevalencia de enfermedades crónicas se ve agravado por la falta de integración socio-sanitaria, la fragmentación asistencial, la gran insatisfacción de las personas con la asistencia prestada, y por tanto, la ineficiencia del sistema. En este contexto, las principales necesidades que se plantean para personas mayores con enfermedades crónicas y pluripatología, son la detección de riesgo y atención a las situaciones de fragilidad y la adherencia al tratamiento farmacológico.

Ambas regiones han emprendido acciones para dar respuesta a estas necesidades, incorporando las TIC como soporte a los procesos asistenciales. Algunas de las experiencias previas en este sentido en el Algarve son: la telemonitorización de pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) en el domicilio, la visita móvil a las aldeas distantes o la estrategia de lucha contra la medicación, entre otras. En Andalucía, el proyecto de referencia para NUMA es el proyecto ATLANTIC que propone un modelo de teleasistencia que aprovecha las ventajas que ofrecen las TIC para la atención a las personas con enfermedad crónica. En esta región además se han desarrollado otras iniciativas de colaboración entre las Oficinas de Farmacia y las Asociaciones de Pacientes (PARHELIO), la promoción de la conciliación de la medicación y la adherencia terapéutica (IRIS) o la gestión de incidencias relacionadas con el tratamiento farmacológico (ASTIGI), entre otras.

Desde el punto de vista normativo y estratégico, ambas regiones han incorporado como prioridad la atención a personas con enfermedad crónica, con pluripatología y/o en riesgo de fragilidad. Documentos tales como el Programa de Prioridad de Salud del Plan Nacional de Salud de Portugal o el Plan Andaluz de Atención Integrada a Pacientes con Enfermedades Crónicas, muestran el especial interés que la Administración sanitaria tiene sobre estas patologías. De este tipo de estrategias, y en el marco normativo de cada país, han surgido experiencias que pueden ser útiles para el diseño del nuevo modelo asistencial que se propone el proyecto NUMA, tales como la Receta Electrónica, la Escuela de Pacientes y Plataforma Multicanal Salud Responde.

Por otra parte, la Estrategia de Renovación de la Atención Primaria en Andalucía incluye una serie de líneas de acción que facilitan la incorporación de la Oficina de Farmacia Comunitaria como un agente local más en el proceso asistencial a las personas con enfermedades crónicas. En esta misma estrategia, se presta especial atención a la vertebración de la información compartida con las personas usuarias de los servicios y a la atención integrada. Aparecen los sistemas de mensajería que favorecen la comunicación entre profesionales y ciudadanía, CLIC SALUD como instrumento para el seguimiento compartido de enfermedades crónicas, o la creación de una plataforma de interoperabilidad destinada a las aplicaciones móviles (mSSPA).

Respecto a la fragilidad, el Consejo Interterritorial ha producido un documento de consenso cuyo objetivo es 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 el proyecto NUMA, éste será el documento de referencia en este tema.

En las zonas fronterizas, la atención a las personas mayores con pluripatología y en riesgo de fragilidad se añade complejidad a la fragmentación de los servicios y las dificultades para el seguimiento farmacoterapéutico. Agravado por dos sistemas sanitarios independientes, cada uno con sus propias dificultades para el acceso y el seguimiento, en idiomas distintos y con sistemas de información que no están conectados.

En este contexto, las principales necesidades que se plantean para personas mayores con enfermedades crónicas y pluripatología, son la detección de riesgo y atención a las situaciones de fragilidad y la adherencia al tratamiento farmacológico.

Para dar respuesta a estas necesidades, a través del proyecto se propone:

1. Mejorar la seguridad y la calidad de vida de las personas, haciendo que estos hagan un uso adecuado de sus medicamentos:
 - Revisar el uso de inhaladores y hacer un seguimiento de medicamentos con estrecho intervalo.
 - Reducir las reacciones adversas e interacciones en las personas polimedizadas o en aquellas detectadas como pacientes de alto riesgo de ingreso por medicación, mediante la preparación y recogida de medicamentos.
 - Al alta hospitalaria, ayudar a las personas a comprender el uso de nuevos medicamentos, a través de la revisión uso de medicamento (asma, EPOC, diabetes tipo II, hipertensos, anticoagulantes).
 - Reducir el uso innecesario o excesivo de medicamentos, recogiendo los medicamentos sobrantes y a través de la comunicación con el médico de familia para el ajuste de dosis.
2. Prevenir el riesgo de fragilidad a través de programas coordinados que contemplen las siguientes necesidades e intervenciones preventivas:
 - Intervención específica centrada en programas de actividad física multi-componente, para trabajar la resistencia aeróbica, flexibilidad, equilibrio y fuerza muscular, con el objetivo de revertir la situación de fragilidad y prevenir el deterioro funcional.
 - En aquellas personas en las que se detecte un alto riesgo de caídas, intervención multifactorial para la prevención de caídas: plan de actividad física, revisión de polimedización, 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. BIBLIOGRAFÍA

6. BIBLIOGRAFÍA

¹ Jadad AR, Cabrera A, Martos F, Smith R, Lyons RF. *Cuando las personas viven con múltiples enfermedades crónicas: aproximación colaborativa hacia un reto global emergente*. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública; 2010.

² Abizanda P, Espinosa JM, Juárez R, López A, Martín I, Megido MJ et al. *Documento de consenso sobre prevención de fragilidad y caídas en la persona mayor*. Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. Madrid, 2014.

³ Martín-Lesende I, López-Torres JD, de-Hoyos MC, Baena JM, Gorroñoigoitia A, Herreros Y. *Detección e intervenciones en la persona mayor frágil en Atención Primaria*. En: recomendaciones PAPPs (semFYC) 2014.

⁴ Romero Rizo L, Abizanda Soler P. *Fragilidad como predictor de episodios adversos en estudios epidemiológicos: revisión de la literatura*. Rev Esp Geriatr Gerontol. 2013;48(6):285-289.

⁵ Rodríguez-Mañas L, Féart C, Mann G et al. *Searching for an operational definition of frailty: A Delphi method based consensus statement*. The Frailty Operative Definition-Consensus Conference Project. J Gerontol A Biol Sci Med Sci. 2013;68:62-7.

⁶ *Servicio Andaluz de Salud. Atención Primaria de Salud en Andalucía*. Disponible en: http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/principal/documentosAcc.asp?pagina=gr_conocerSAS_aps

⁷ Sánchez-Sagrado T. *La Atención Primaria fuera de nuestras fronteras*. La atención primaria en Portugal. SEMERGEN; 44(3): 207-210.

⁸ Howe A. *Qué es y qué no es la Medicina de Familia*. Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria. semFYC, 2016. Disponible en: <https://www.semfy.com/que-es-y-que-no-es-la-medicina-de-familia/>

⁹ *Orden SAS/1729/2010, de 17 de junio*, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Enfermería Familiar y Comunitaria.

¹⁰ Sociedad Española de Farmacia Comunitaria – SEFAC. *¿Qué puede hacer su farmacéutico comunitario por su salud?* Disponible en: <https://www.micof.es/bd/archivos/archivo1779.pdf>

¹¹ Organización Panamericana de la Salud. *Documento conceptual: educación para la salud ocn enfoque integral*. Washington D.C., 2017. Disponible en: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2017/promocion-salud-intersectorialidad-concurso-2017-educacion.pdf>

¹² Organización Mundial de la Salud. *¿Qué es la promoción de la salud?* Ginebra, 2016. Disponible en: <http://www.who.int/features/qa/health-promotion/es/>

¹³ Berry J, Silverston H, Le-Gallou P, Henrys D, Read K, Hussie L et al. *Signos vitals*. Evidence Based Practice Information Sheets for Health Professionals 1999;3(3):1-6.

¹⁴ Espinosa JM, Rodríguez S, Morilla JC, Muñoz F, Cuevas M, Sepúlveda J et al. *Examen de Salud para Mayores de 65 años*. Actualización 2017. Consejería de Salud. Sevilla, 2017.

¹⁵ Abizanda P, Gómez-Pavón J, Martín-Lesende I, Baztán JJ. *Detección y prevención de la fragilidad: una nueva perspectiva de prevención de la dependencia en las personas mayores*. Med Clin (Barc) 2010; 135 (15): 713-9.12.

¹⁶ Grupo de Ingeniería Electrónica. *Proyecto NUMA. Papel de las TICs en el nuevo modelo transfronterizo*. Universidad de Sevilla, 2017.

¹⁷ Ojeda Casares M, Bueno López P. *Red Corporativa Farmacéutica*. Real e Ilustre Colegio de Farmacéuticos de Sevilla, 2018. Disponible en: <http://fefara.org.ar/files/trabajos/2016/27.pdf>

