



Registro de Riesgos

ALGARVE-ANDALUCÍA

Entregable 5.1

REGISTRO DE RIESGOS

ENTREGABLE 5.1

El informe que se presenta se enmarca dentro de la Actividad 5. Gestión y Coordinación, concretamente en la Acción 5.2 Elaboración de Registros de Riesgos.

ACCIONES		ENTREGABLES	
A5.1	Descripción de la actividad y acciones.	E5.1	Registro de Riesgos.
A5.2	Elaboración del Registro de Riesgos.	E5.2	Documento de especificaciones de las herramientas a utilizar para la comunicación y coordinación de participantes.
A5.3	Selección de herramientas TIC.	E5.3	Reporte intermedio del proyecto.
A5.4	Elaboración de reportes periódicos.	E5.4	Reporte final del proyecto.

1. INTRODUCCIÓN	8
2. OBJETIVO GENERAL	10
2.1. Objetivos Específicos.....	10
3. METODOLOGÍA	12
4. RESULTADOS POR ACTIVIDADES	14
4.1. Actividad 1: Especificación del modelo transfronterizo de atención al paciente crónico	14
4.1.1. Análisis del estado actual de la prestación sanitaria a enfermos crónicos o en riesgo de fragilidad luso-andaluzes y las limitaciones en zona fronteriza. Riesgos y Plan de Acción.....	15
4.1.2. Análisis de los elementos habilitadores. Riesgos y Plan de Acción.....	20
4.1.3. Definición del nuevo modelo de prestación sociosanitaria. Riesgos y Plan de Acción.....	23
4.2. Actividad 2: Desarrollo del nuevo modelo	25
4.2.1. Desarrollo de las herramientas tecnológicas. Riesgos y Plan de Acción.....	26
4.2.2. Implantación de los cambios organizativos y de integración. Riesgos y Plan de Acción.....	29
4.3. Actividad 3: Pilotaje del nuevo modelo	31
4.3.1. Selección de participantes. Riesgos y Plan de Acción.....	32
4.3.2. Gestión del cambio y despliegue del nuevo modelo. Riesgos y Plan de Acción.....	32
4.4. Actividad 5: Gestión y Coordinación	33
4.4.1. Descripción de la actividad y selección de herramientas de herramientas de innovación tecnológica. Riesgos y Plan de Acción.....	34
4.5. Actividad 6: Comunicación	36
4.5.1. Elaboración de material de divulgación científica, material formativo y Divulgación general del proyecto. Riesgos y Plan de Acción.....	36

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 a profesionales de las Oficinas de Farmacia Comunitaria.

Con este informe se plantea plasmar los riesgos y conflictos basados en las acciones-fases que puedan afectar a la planificación y elaboración del proyecto, para que de esta manera ,se pueda actuar en consecuencia y asegurar el éxito del mismo.

Para ello el coordinador (representante de la Consejería de Salud y Familias) ha sido informado, a través de las reuniones y de las comunicaciones recibidas por todos los socios, de cualquier cambio realizado en los hitos y en la planificación, motivado por incidencias o conflictos. Este informe de registro de riesgos, permite asegurar el éxito del proyecto, ya que se va a asignar a cada riesgo, una probabilidad y un plan de acción.

Los riesgos contemplados están relacionados con el cumplimiento del plan de trabajo, los recursos requeridos y las especificaciones realizadas.



2. OBJETIVO GENERAL

2. OBJETIVO GENERAL

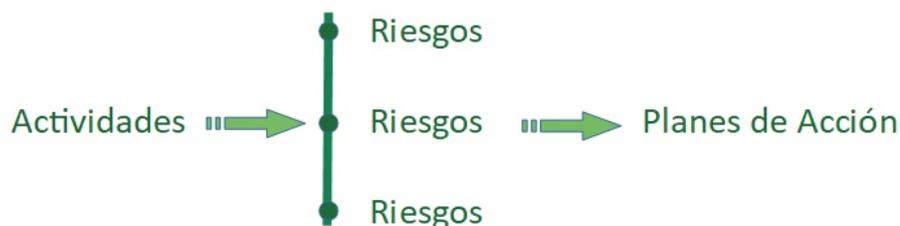
OBJETIVO GENERAL

El Objetivo General es recopilar los riesgos detectados a lo largo del desarrollo del proyecto, por parte del coordinador, para así implementar sistemas, planes y acciones a fin de reconducir las desviaciones en la planificación y asegurar el cumplimiento y éxito del proyecto.

El Objetivo General de este entregable, consiste fundamentalmente en que el coordinador principal (Consejería de Salud y Familias), como responsable de implementar sistemas y procesos para el seguimiento y reporte de los trabajos y el progreso en general del proyecto, debe asegurar el cumplimiento de los objetivos, en las fechas establecidas y recogerlos en los entregables pertinentes. Todo ello, partiendo de la premisa de que se han definido de forma detallada las diferentes actividades, así como los participantes y roles en cada una de ellas, y las responsabilidades de cada beneficiario.

2.1 Como objetivos específicos se encuentran:

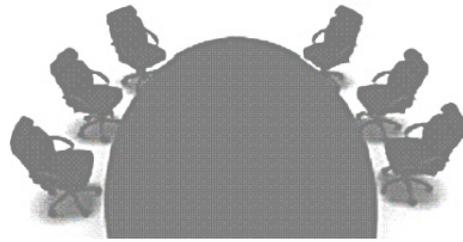
- Registro de Riesgos detallado, en el que se contemplen diferentes planes de acción para cada uno de los riesgos identificados, relacionados con el cumplimiento del trabajo, recursos requeridos y las especificaciones hechas.
- Gestión y resolución de incidencias y conflictos surgidos en la ejecución del proyecto basado en los hitos y la planificación de las actividades y acciones, por lo que para asegurar el éxito del proyecto, el coordinador debe ser informado de cualquier cambio que se deba realizar en éstos.



3. METODOLOGÍA

3. METODOLOGIA

El elemento principal ha sido la creación de un Grupo de Evaluación y Seguimiento (GES), compuesto por todos los partners del proyecto NUMA y presidido por el socio Coordinador, el cual recae en la Consejería de Salud y Familias, en donde a través de sucesivas reuniones se han tratado aspectos claves como criterios sanitarios, algoritmos y rutas asistenciales que van a comunicar la farmacia comunitaria y el centro de salud.



También se han tratado temas presupuestario para consensuar modificaciones, prorrogas y contrataciones, así como para perfilar, definir e implementar los aspectos tecnológicos, de la plataforma E-Health con Telefónica.

Las tareas desarrolladas por el Grupo de Evaluación y Seguimiento en las reuniones han sido:

- Supervisar y controlar los trabajos desarrollados por los distintos socios.
- Observar, medir y evaluar el rendimiento del proyecto.
- Controlar riesgos y recomendar acciones preventivas como anticipo de posibles contratiempos.



4. RESULTADOS

4. RESULTADOS POR ACTIVIDADES

Los resultados que a continuación se plasman es el fruto de los análisis realizados a lo largo del desarrollo del proyecto que nos ocupa y de las tomas de decisiones planificadas en todo el proceso.

Para la realización de este entregable de registros de riesgos hemos seguido una estructura homogénea que comprende la identificación de riesgos hallados por actividad y acciones, así como las tomas de decisiones realizadas por el coordinador, como máximo responsable, plasmandose en planes de acción que sirvan para eliminar o reducir el impacto en el buen desarrollo del proyecto.



4.1. Actividad 1: Especificación del modelo transfronterizo de atención al paciente crónico.

Esta actividad tiene como objetivo analizar las mejoras en la atención de los ciudadanos que viven en la zona transfronteriza formada por las regiones Algarve y Andalucía, y definir una hoja de ruta que permita diseñar un modelo conjunto de atención a la cronicidad y fragilidad para la zona transfronteriza Algarve-Andalucía que optimice la prestación socio sanitaria en el conjunto de la zona.

Para ello se han planteado tres acciones en el proyecto:

Acción 1.1.1: Análisis del estado actual de la prestación sanitaria a enfermos crónicos o en riesgo de fragilidad luso-andaluces y las limitaciones en la frontera.

Acción 1.1.2: Análisis de los elementos habilitadores del nuevo modelo.

Acción 1.1.3: Definición del nuevo modelo de prestación sociosanitaria conjunta en la zona transfronteriza.

4.1.1. Análisis del estado actual de la prestación sanitaria a enfermos crónicos o en riesgo de fragilidad luso-andaluces y las limitaciones en zona fronteriza. Riesgos y Plan de Acción

Antes de entrar a analizar los riesgos detectados de los servicios sanitarios vamos a describir cual es la situación normativa vigente en ambas regiones.

Los servicios públicos de salud en el Algarve están constituidos por hospitales, centros de salud agrupados en ACES (Agrupamientos de Centros de Salud), con varias unidades de salud con atención de usuarios a las Unidades de Salud Familiar (USF) y las Unidades de Atención de Salud Personalizadas (UCSP). El personal de medicina de familia, así como los hospitales, prescribe la medicación a través de una 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.

La actuación de la 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 se encuentran, las de realizar el seguimiento continuado del nivel de salud de la población de su zona de actuación, mediante procesos asistenciales, planes integrales y programas de salud, según la planificación establecida por la dirección gerencia del Distrito de Atención Primaria, incluidos los programas de promoción del uso racional del medicamento y gestión eficiente de la prestación farmacéutica. Se organizan en Distrito de Atención Primaria para la planificación, dirección, gestión y administración, docencia e investigación. Cuentan con Unidades de Gestión Clínica de Atención Primaria, constituida por profesionales de las zonas básicas de salud (demarcación territorial), cuyos fines son el desarrollo de la actividad asistencial, preventiva, de cuidados de enfermería, gestión de recursos y buena práctica clínica.

En lo que respecta a las farmacia, existe un concierto, entre colegios profesionales y el SAS, que establecen las condiciones para la ejecución de la prestación farmacéutica a través de las oficinas de farmacia de Andalucía, el cual fija las condiciones de dispensación de las recetas médicas y órdenes del Sistema Nacional de Salud incluidas en la prestación farmacéutica del Sistema Sanitario Público de Andalucía.

La Ley 16/2003 de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud en el artículo 16, incluye 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 y al menor coste posible.

La Ley 16/1997 de Regulación de los Servicios de las Oficinas de Farmacia, 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 deberá prestar a la población: la adquisición, custodia, conservación y dispensación de los medicamentos y productos sanitarios y la información y seguimiento de los tratamientos farmacológicos a los pacientes.

También la colaboración en programas con las administraciones sanitarias, para la garantía de la calidad asistencial farmacéutica y de la atención sanitaria en general, con promoción y protección de la salud, prevención de la enfermedad y educación sanitaria.

La Cartera de Servicios de la Farmacia Comunitaria, se establece a partir de la normativa estatal, así como las atribuciones profesionales de los farmacéuticos, según la orden de las profesiones sanitarias.

Riesgos

Los riesgos más importantes que se plantean, se extraen de la respuesta a estas premisas:

- 1.- Cuales son las necesidades asistenciales de las personas mayores con enfermedades crónicas y riesgo de fragilidad, tanto en Andalucía como en Portugal.
- 2.- Las actuaciones sanitarias actuales y los resultados alcanzados por las Administraciones Públicas en respuesta a estas necesidades.
- 3.- Actores, roles y características de la organización para la atención sociosanitaria para este tipo de pacientes.
- 4.- Las dificultades añadidas en la zona transfronteriza, y la intercomunicación entre ambas fronteras.

Actividad	Situación	Riesgos	Plan de Acción
Actividad 1: Especificación del modelo transfronterizo de atención al paciente crónico Acción: Análisis del estado actual de la prestación sanitaria (Acción 1.1.1)	Situación normativa Algarve	- Las entidades sanitarias tienen una débil articulación informal. - Exceso de burocracia.	- Conciertos, Planes y programas para cooperación entre farmacia y centros sanitarios.
	Situación normativa Andalucía	- Amplia normativa .	
	Situación sanitaria Algarve	- Mucha población envejecida y con enfermedades crónicas. -Hipertensión poco diagnosticada y controlada - Poco control terapéutico y adherencia a los medicamentos sobre la Diabetes Mellitus.	- Lucha contra la polimedicación. - Detección de personas mayores con especiales necesidades de acompañamiento. - Evaluación periódica.
	Situación sanitaria Andalucía	- Fragmentación asistencial a las personas mayores. - Inexistencia de herramientas de intercomunicación farmacia-personal sanitario. - Acceso a la historia clínica por parte del personal farmacéutico.	- Mecanismo de aviso en tiempo real para mejorar la colaboración interniveles (Buzón del profesional). - TIC de intercomunicación entre farmacia-atención primaria-paciente. - TIC que faciliten la comunicación (Parthelio, Iris, Astigi) - Plataforma de interoperatividad para el desarrollo de apps. -Desarrollo de proyectos (PALANTE, EQUILINK, ATLANTIC).

Algarve:

Según el estudio “hipertensión en Portugal 2013”, se pone de manifiesto 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, con el conocimiento de que en gran parte, hay pacientes, que no están diagnosticados y los que están, no están adecuadamente controlados. Otra problema prioritario en Portugal, es la adherencia y control terapéutico de la diabetes mellitus.

Además no existe una estrategia regional con actividades y responsables específicos para el envejecimiento y la enfermedad crónica.

Andalucía:

En 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 interdisciplinares, 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.

En general la prestación farmacéutica española, no tiene herramientas de intercomunicación eficientes con el/la profesional de medicina y de enfermería, ya que la vía utilizada es el propio paciente.

Otra carencia desde el punto de vista farmacéutico, es 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).

Se hacen necesarias las tecnologías TIC, que faciliten la promoción y gestión remota de la salud de las personas, y su intercomunicación entre Farmacia-Atención Primaria-Paciente.

Plan de Acción

Para el Algarve, se plantea una estrategia a nivel nacional/regional de lucha contra la polimedicación, de justificación obligatoria para más de cinco medicamentos.

La 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.

Evaluaciones periódicas, teniendo en cuenta las necesidades individuales de personas mayores pluripatológicas, con un plan individual de cuidados, para una intervención integrada en los diferentes niveles de cuidados.

Para Andalucía, la cronicidad, fragilidad y la falta de adherencia terapéutica se ha desarrollado, dentro del plan andaluz de atención integrada a pacientes con enfermedades crónicas, sistemas como: receta electrónica, escuela de pacientes, el proyecto Atlantic para seguimiento de pacientes con enfermedades crónicas a domicilio y los indicadores de evaluación de resultados. En la estrategia para la renovación de la Atención Primaria, se han implementado programas de conciliación terapéutica al alta, desarrollado planes terapéuticos personalizados, para lo cual se hace necesaria una identificación inequívoca y nominal de las personas con pluripatología y fragilidad, beneficiarias de un servicio personalizado en función de su vulnerabilidad, fragilidad y necesidades especiales.

Para la colaboración interniveles se propone la inclusión de un mecanismo de aviso en tiempo real, tanto del personal de enfermería como del médico, a través del buzón del profesional.

En el caso de Farmacia, se han desarrollado los siguientes proyectos para mejorar la comunicación Farmacia-pacientes-profesionales sanitarios, con el objetivo de atender a las personas con enfermedades crónicas y en riesgo de fragilidad.

1) Parhelio: Trata de la colaboración entre las Oficinas de Farmacia de Sevilla con asociaciones de pacientes, en el desarrollo de 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.

2) Iris: 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.

3) Astigi: Mejora la interlocución entre profesionales de la farmacia y el centro de salud, para el adecuado seguimiento y la adherencia terapéutica, evitando desplazamientos a las personas con enfermedades crónicas.

Situación desde las tecnologías de la información y de la comunicación (TIC):

- Desde Andalucía las propuestas para hacer frente a la cronicidad están relacionadas con DIRAYA-Clic Salud (Acceso a la historia clínica del paciente). Para ello se dispone del módulo de datos básicos de salud, que es un módulo transversal, independiente del nivel asistencial, que agrupa la información sobre alergias, contraindicaciones, problemas de salud, antecedentes, etc. Mejora la recogida de la información, siendo más estructurada y facilitando a los profesionales su introducción.

- Creación de una plataforma de interoperabilidad destinada a aplicaciones móviles (mSSPA), que permite el desarrollo de apps que interactúen con la información existente en la historia clínica del paciente, y que permite la autonomía de éste.

- Con ATLANTIC o telemonitorización de pacientes con enfermedad crónica en Andalucía. Este modelo asistencial, donde en la fase de pilotaje, reclutó 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. Tiene como objetivo medir el impacto del control de bioconstantes para la mejora de la salud, de tal forma que mediante la telemonitorización se gane autonomía y control de su patología, para una reducción del número de ingresos hospitalarios y visitas de urgencias.

- Otras soluciones a nivel TIC que se plantean, es el proyecto PALANTE, que incluyó siete nuevos pilotos en seis países (siete regiones). El primer piloto de este proyecto se situó en Andalucía y pretendió mejorar el servicio de acceso a la historia de salud a través de las plataformas clic salud/inters@s.

- En el Hospital Universitario Virgen Macarena de Sevilla se está desarrollando el Proyecto EQUILINK, donde 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.

4.1.2. Análisis de los elementos habilitadores del nuevo modelo. Riesgos y Plan de Acción.

Partiendo de informaciones obtenidas a través de las entrevistas a las pacientes y profesionales sanitarios, mediante estudio de grupos focales, entre los que se encontraban la escuela de pacientes, así como como el Design Thinking, se han obtenido los siguientes riesgos.

Actividad	Elemento	Riesgos	Plan de Acción
Actividad 1: Especificación del modelo transfronterizo de atención al paciente crónico Acción: Análisis de los elementos habilitadores del nuevo modelo (Acción 1.1.2)	Paciente	<ul style="list-style-type: none"> - Cambios frecuentes de médicos. - Cambio presentación de medicamentos. - Falta de seguimiento profesional sanitario. - Rechazo a las TIC por parte de las personas mayores. - Falta de adherencia al tratamiento. 	<ul style="list-style-type: none"> - Mayor autonomía a las personas en toma de decisiones en lo referente a su salud. - Potenciar la inclusión del móvil.
	Medicina de Familia	<ul style="list-style-type: none"> - Poco tiempo en consulta. - Comunicación poco fluida entre AP-AH-Farmacia. 	<ul style="list-style-type: none"> - Erradicar el edadismo. - Implicación de los profesionales sanitarios en en trato durante el proceso asistencial.
	Enfermería	<ul style="list-style-type: none"> - Poco tiempo para la educación terapéutica. - Poco tiempo para promocionar la salud. 	
	Farmacia Comunitaria	<ul style="list-style-type: none"> - Poca comunicación y coordinación con profesionales de la salud. 	<ul style="list-style-type: none"> - Garantizar una buena comunicación entre farmacia y Atención Primaria. - Educar y promover la salud a través de una atención personalizada. - Incluir a las farmacias dentro del SSPA.

Riesgos

A. Paciente:

-Desde la perspectiva del paciente, durante el proyecto de NUMA, se han detectado las siguientes necesidades reales de las personas mayores con pluripatología en el espacio transfronterizo:

- Los cambios frecuentes de médico/a de familia, que hace menos efectivo el seguimiento de las patologías crónicas, así como el poco tiempo, que impide resolver dudas ni trasladar competencias y educación sanitaria. A eso hay que asociar los cambios constantes de presentación de la medicación por principio activo, que dificultan su adherencia terapéutica.
- Falta de seguimiento proactivo por parte de profesionales de referencia tanto de

enfermería como de trabajo social, con alta de un plan de cuidados definido y pactado.

- La toma de constantes en el centro de salud, realizada de forma espaciada, y que es compleja, ya que no la hace una única profesional ni en una única consulta.
- Falta de uso de TIC, con rechazo, en algunas ocasiones de su uso.
- La falta de adherencia al tratamiento farmacológico y a las recomendaciones de promoción de la salud, poco adaptados a la situación socio-cultural del paciente.
- Hay una desconfianza hacia la Farmacia, por su carácter privado, para lo que se hace necesario aclarar la financiación de los nuevos servicios que se incorporen.

B- Medicina de familia:

- Falta de tiempo para una consulta y un seguimiento más personalizado, por la sobrecarga de trabajo asistencial por las consultas a demanda y avisos a domicilio, esto impide una coordinación con el personal de enfermería.
- Comunicación poco fluida entre Atención Primaria -Hospitalaria y Farmacia.
- Complejidad de la Receta Electrónica para la comunicación con la Farmacia, que dificulta la revisión de posibles interacciones de medicamentos y manejo de la polimedicación.

C. Enfermería:

- Falta de tiempo para la educación terapéutica y la promoción de la salud, a lo que se suma una baja adherencia de las personas mayores a los grupos de Educación para la Salud, con lo cual no hay un seguimiento de patología crónica y de constantes. No hay contactos con asociaciones de personas mayores y asociaciones de pacientes locales, donde haya un feed-back acerca de las necesidades y resultados de la educación sanitaria.
- No hay un reconocimiento de las buenas prácticas y de innovación en el proceso asistencial, que motive a los profesionales.

D. Farmacia Comunitaria:

- Poca comunicación y coordinación con profesionales de Atención Primaria. Desde los Colegios de Farmacéuticos hay mucho interés en aumentar su cartera de servicios, relacionada con la atención a personas con pluripatología y riesgo de fragilidad.
- La Receta XXI, solo traslada información relacionada con la dispensación del

medicamento, aunque no acompañada con información sobre las condiciones de salud de las personas mayores, que en todo caso la facilitan estas.

Plan de Acción

Las soluciones que se plantean para las necesidades de cada uno de los actores que participan en el proyecto, son las siguientes:

- Garantizar la autonomía de la persona mayor en la toma de decisiones sobre el acceso a sus datos clínicos, para lo cual hay que empoderar al paciente para la auto-gestión eficaz de sus condiciones de salud, mediante el seguimiento y la formación en cuidados y hábitos saludables. En este sentido es interesante incluir el uso del móvil para el recuerdo de citas y consejos nutricionales, así como disponer de información a través de una aplicación sobre sus constantes para mejorar la adherencia.
- Garantizar una buena comunicación entre Farmacia y profesionales de Atención Primaria, para ello, por una parte los test de fragilidad deben ser accesible para los profesionales sanitarios. Por otra parte se deben consensuar –unificar criterios para la protocolización de las rutas asistenciales que se deben establecer para remitir a los pacientes frágiles desde la Farmacia hacia el centro de salud, así como las recomendaciones sobre hábitos saludables.
- Erradicar el edadismo, personalizando la atención al paciente mayor de 65 años pluripatólogo, y mejorando el trato del personal durante el proceso asistencial, para ello hay que incluir en este nuevo modelo NUMA, el Examen de Salud 65+ de detección y prevención de fragilidad y caídas.
- Educación y promoción de la salud, como una nueva prestación por parte de la Farmacia Comunitaria, es decir, además del asesoramiento para facilitar la utilización de nuevos medicamentos, y de conciliación terapéutica, se propone el refuerzo en educación y promoción de la salud, en coordinación con Enfermería de Atención Primaria.
- Estas medidas requieren una implementación, para que haya una implicación de los profesionales sanitarios de Atención Primaria. Ello se hace necesario incorporarlos en el contrato-programa como objetivos a cumplir.
- Por otra parte, para la inclusión de la Farmacia en el Sistema Sanitario Público Andaluz en los tres casos de usos que se van a estudiar en este proyecto (detección y prevención de la fragilidad; toma de constantes y seguimiento fármaco-terapéutico), requiere ampliar la Cartera de Servicios del Sistema Sanitario Público Andaluz, y cumplir todos los aspectos relacionados con el acceso a datos sanitarios altamente sensibles. A su vez a nivel presupuestario se

hace necesario asignar partidas para esta nueva prestación, en la que la Farmacia Comunitaria realizaría el seguimiento a los mayores crónicos, pluripatológicos y polimedicados.

4.1.3. Definición del nuevo modelo asistencial. Riesgos y Plan de Acción

Los riesgos encontrados en esta acción, referida a la definición del nuevo modelo de prestación sociosanitaria se dividen en tres aspectos:

- **Determinar los casos de uso viables para la atención compartida entre Atención Primaria y Farmacia Comunitaria.**
- **Todos aquellos relacionados con el proceso asistencial, es decir, características de los casos de uso y a las funciones asignadas a cada uno de los actores implicados.**
- **El diseño del proceso asistencial, que asigna las funciones correspondientes a cada uno de los actores implicados en el proceso asistencial.**

Actividad	Caso de uso	Riesgos	Plan de Acción
Actividad 1: Especificación del modelo transfronterizo de atención al paciente crónico Acción: Definición del nuevo modelo asistencial (Acción 1.1.3)	Fragilidad	<ul style="list-style-type: none"> - Espacio físico en farmacia. - Formación de los profesionales farmacéuticos. - Tiempo de dedicación a cada persona. - Unificar criterios de inclusión, exclusión y derivación. - Posible duplicidad de procesos. - Insuficiente feedback farmacia-AP. - Malestar en la selección de pacientes al no pertenecer al centro sanitario del proyecto. 	<ul style="list-style-type: none"> - Detección precoz de fragilidad y riesgos de caídas en personas mayores - Comunicación de los efectos de la medicación asociada a riesgos de caídas al centro de salud. - La selección de pacientes al proyecto se realizará constatando que pertenecen al centro de salud indicado a través de la tarjeta sanitaria.
	ANM	<ul style="list-style-type: none"> - Dudas sobre protocolo para eliminar medicación no necesaria. - Desconocimiento por parte del personal farmacéutico sobre medicamentos sin receta, no financiados o tratamientos complementarios. 	<ul style="list-style-type: none"> - Revisión de la medicación para una mejor adherencia y medicación.
	Toma de constantes	<ul style="list-style-type: none"> - Desvío de toma de constantes en función de la edad, evolución y expectativas. 	<ul style="list-style-type: none"> - Comunicación alarmas/mensajes a través de la plataforma NUMA al personal sanitario.

Riesgos

Los riesgos planteados en cada uno de los tres casos de uso propuestos en el proyecto, han sido los siguientes:

1.-Cribado de fragilidad y riesgo de caídas en personas mayores de 65 años.

-Se requiere un espacio físico en las Oficinas de Farmacia para la realización del Test de la Velocidad de la Marcha, así como un espacio de confidencialidad para el Cuestionario de Riesgo de Caídas y de la historia de salud del paciente. Así como formación en estos tests.

-Dedicar tiempo el farmacéutico para realizar todo el proceso y cribado del paciente frágil.

-Unificar los criterios de derivación entre la Enfermería-Farmacia y Farmacia Comunitaria-Farmacia de Atención Primaria, teniendo en cuenta que estos últimos ayudan a los profesionales sanitarios (medicina, enfermería, farmacia comunitaria) en el uso adecuado de medicamentos para mejorar la salud de los pacientes.

-Unificar los criterios de inclusión y de exclusión de pacientes en el cribado de fragilidad, en este proyecto solo para pacientes SAS, con dispositivos de la marcha, prescripción de determinados fármacos,...

-Evitar la duplicidad de procesos en pacientes que están dentro del programa de examen de salud 65+, crónico complejo, detección de fragilidad,...., de Atención Primaria, y lo desconocen. Para ello la plataforma de comunicación Farmacia-Centro de Salud, debe aportar información sobre las evaluaciones que se han hecho al paciente sobre este aspecto.

-La comunicación bidireccional-Feedback es complicada, puesto que desde la Farmacia se desconoce que ha sido del paciente, si ha llegado la información y si se ha actuado por parte de los profesionales sanitarios.

-Consentimiento del paciente por escrito antes o después de las pruebas y test,...

-Realmente las personas mayores de 65 años conocen Clic Salud, y en todo caso saben utilizarlo?.

-Los criterios Start-Stopp (benzodiazepinas, neurolépticos, vasodilatadores, hipnóticos-Z) sin indicación terapéutica activa, no se puede valorar su incidencia en el riesgo de caídas, si el farmacéutico no tiene acceso a los diagnósticos del paciente.

-Resistencias desde el personal médico en relación a la conciliación de la medicación y por parte de enfermería en cuanto a las duplicidades en el seguimiento que ya se hace en el Examen de Mayores de 65 años desde Atención Primaria.

-El cribado de fragilidad y riesgo de caídas desde la Farmacia, plantea la selección

de los pacientes pertenecientes al Centro de Salud incluido en el pilotaje, y descartar aquellos que no pertenecen a los mismos. Esto ocasiona el problema de que la muestra de pacientes debe ser muy amplia, así como desconfianza de aquellos que no son seleccionados.

2.-Conciliación de la medicación asociada al riesgo de caídas y adherencia a nuevos medicamentos.

- Los fármacos sin receta y no financiados, y tratamientos complementarios, son comunicados por el propio paciente.
- Que protocolos se van a establecer para evitar la medicación no necesaria, se van a emplear protocolos SAS, guía de prescripción en Receta XXI, documentación Comisión Colegio Oficial de Médicos,....
- Desconocimiento por parte del médico de Atención Primaria de todas las incidencias de la adherencia o no adherencia al nuevo medicamento.

3.-Toma de constantes y refuerzo terapéutico para personas con hipertensión, diabetes o enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC).

- Definir el desvío de rango de las constantes teniendo en cuenta las diferencias de edad, evolución y expectativas, así como en el rango de EPOC y la Hipertensión, estos datos son accesibles para el farmacéutico?.

Plan de Acción

- Detección precoz de la fragilidad y riesgo de caídas, con la consecuente comunicación al equipo multidisciplinar en salud para su tratamiento.
- La adherencia al medicamento y su conciliación mejorara con la revisión de la medicación por parte de la Farmacia.
- La coordinación entre todos los agentes que intervienen en el cuidado de la salud del paciente (Farmacia- Enfermería-Medicina-Trabajador Social).
- Mensajería hacia el personal de Medicina o de Enfermería a través de la plataforma NUMA, para comunicar alarmas o mensajes, por ejemplo acerca de los efectos de la medicación Start-Stop y su incidencia en las caídas.

4.2 Actividad 2. Desarrollo del nuevo modelo

Esta actividad tiene como objetivo desarrollar las herramientas necesarias para que los intervinientes en el piloto puedan desarrollar su labor según el nuevo modelo de

atención definido en la Actividad 1. Estas deben ser por un lado tecnológica y por otro organizativas e integradoras.

Como acciones se plantean las siguientes:

Acción 2.1: Desarrollo de las herramientas tecnológicas.

Acción 2.2. Implantación de los cambios organizativos y de integración transfronteriza.

Actividad	Acciones	Riesgos	Plan de Acción
Actividad 2: Desarrollo del nuevo modelo	Desarrollo de las herramientas tecnológicas	<ul style="list-style-type: none"> - Tiempo necesario para la total disponibilidad de las herramientas tecnológicas. - Dilación en el comienzo del pilotaje. - Correcta anonimización de los datos - Complejidad en la conectividad de las plataformas. - Partida presupuestaria para soportar los gastos derivados de la dilación del estudio piloto. 	<ul style="list-style-type: none"> - No implementar la plataforma PHM para evitar solapamientos con otras aplicaciones. - Utilización de la plataforma Axón Farma para el caso de uso adherencia a nuevos medicamentos. - Utilizar SIMA como herramienta de intercomunicación. - Derivar dinero a otra partida presupuestaria para soportar los gastos derivado de la dilatación del proyecto. - Propuesta de integración en los sistemas corporativos de los datos que se recojan.
	Implantación de los cambios organizativos y de integración transfronteriza	<ul style="list-style-type: none"> - Resistencias de los profesionales a los cambios organizacionales, repercutiendo en su implicación y colaboración. - Limitación de uso de las TIC de las personas mayores. - Poca implicación política. - Fragmentación de los servicios sanitarios. 	<ul style="list-style-type: none"> - Implantación de un Plan de Gestión del Cambio. - Formación a los actores del proyecto. - Plan estratégico de concienciación del nuevo modelo asistencial. - Protocolo de trabajo del proyecto. - Acuerdo de corresponsabilidad de tratamiento de datos. - Contrato de tratamiento de datos entre los corresponsables y la Universidad de Sevilla. - Presentación del proyecto en los centros de salud.

4.2.1 Desarrollo de las herramientas tecnológicas. Riesgos y Plan de Accion.

Riesgos

Los riesgos hallados en las herramientas tecnológicas empleadas, dentro del marco de la Telemedicina, para el soporte de los casos de uso para la realización del pilotaje, son las siguientes:

A) App para el cribado de fragilidad y riesgo de caídas y conciliación de medicamentos relacionados con el riesgo de caídas, que ya existía y tiene una eficacia contrastada.

Se han realizado sucesivas reuniones antes de dar una fecha para la utilización del

servicio NUMA-GRP (gestión remota de pacientes), para definir los umbrales a medir en el piloto, además del GRP pluripatológico, el programa de fragilidad y el portal Web Paciente, en el que en este último caso, se podrán introducir manualmente biomedidas. En estas reuniones para consensuar los umbrales y los criterios que se va a utilizar en los tres casos de uso, han participado la Escuela Andaluza de Salud Pública, la Universidad de Sevilla, Colegio de Farmacia de Sevilla, Consejería de Salud y Familias y la empresa contratada para dar el servicio de biomedidas y la app de ayuda a las personas, Telefónica.

NUMA-GRPe cuenta con los programas de patologías, fragilidad,...y de los Kits multipaciente, con los dispositivos que se han empleado para este proyecto como son: el envío automático, las que están las medidas obtenidas a través del tensiómetro, pulsioxímetro, báscula y termómetro; dispositivos con registro manual para seguimiento, contando con un medidor de hemoglobina glicosilada y de CO₂ en aire espirado (espirómetro/cooxímetro), así como el glucómetro.

Por tanto, se han necesitado aproximadamente seis meses de provisión de este programa, más otros seis meses de disponibilidad del servicio por parte del proveedor tecnológico, Telefónica, para definir los criterios del cribado de fragilidad/riesgo de caídas y las biomedidas de las constantes. Todo ello ha dilatado el comienzo de la puesta en marcha del pilotaje en las farmacias.

B) App de Axón Farma para la asistencia en nuevos medicamentos (ANM), relacionada con el caso de uso 2 (adherencia al nuevo medicamento).

Esta plataforma, desarrollada desde el Colegio de Farmacia de Sevilla, es una herramienta de servicio al farmacéutico, que permite la gestión de citas del paciente, y que una vez establecida la comunicación a través del nuevo modelo asistencial, va a permitir el envío de cartas de comunicación al médico, personalizadas y con informes de seguimiento del paciente. Pero para ello se requiere que el médico sea proactivo y haya una comunicación fluida con el farmacéutico. Este aplicativo, junto con la conciliación de la medicación, basados en los criterios Start-Stop, son los que implican fundamentalmente a los médicos. Es aquí donde se plantea este riesgo, ya que aunque está protocolizado la derivación, requiere una colaboración de los médicos de Atención Primaria.

C) App de la Fundación Pública para la Gestión de la Investigación en Salud de Sevilla (FISEVI) para la explotación de los datos de la persona que entra en la fase piloto para la realización del estudio de coste efectividad y evaluación MAST.

Esta aplicación, contratada en un principio para asegurar la anonimización de los datos, permitirá la explotación de los mismos para la realización del estudio de coste efectividad y evaluación MAST, incluida en la actividad 4. Los datos a los que se tiene

acceso a través de esta aplicación son: datos de filiación, condiciones clínicas, utilización de servicios y prescripción farmacéutica, disponibles en la Historia Clínica Electrónica.

Esta explotación de datos requiere la contratación de la mencionada aplicación, en el marco de la Ley 9/17 de 8 de noviembre, de Contratos del Sector Público. Para ello se hace necesario la incorporación de crédito en el presupuesto del año 2020 (modificación presupuestaria), una vez aprobada la prórroga hasta el 31 de Diciembre de 2020, por parte de POCTEP.

D) Interfaz de la Universidad de Sevilla (SIMA) para lograr la interoperabilidad de estas aplicaciones, que va a permitir comunicar la oficina de Farmacia y los centros de Atención Primaria.

Ha sido necesario establecer una Macrolan entre la plataforma GRP de Telefónica y el servidor (driver Use) de la Universidad de Sevilla para conectar ambas plataformas (razones de seguridad). Por su parte desde la USE se ha configurado la plataforma SIMA que comunica la base de datos para los tres casos de usos y la tablet de registro de datos con Farmacia incluyendo a su vez la mensajería entre ésta última y los Centros de Salud. Se plantean dos cuestiones, una referida a garantizar la seguridad y anonimización de los datos obtenidos, y otra con la asignación presupuestaria para abonar las tarjetas SIM de las Tablet con el proveedor, habida cuenta que desde la USE no cuentan con presupuesto de la tipología de gastos de servicios/gastos externos para los seis meses del pilotaje.

Por otro lado, se han habilitado otras plataformas que proporcionan recursos y materiales, así como formación a los profesionales que participan en el proyecto, y en las que se han localizado los siguientes riesgos:

1. Plataforma EnBuenaEdad, con los recursos para la detección y atención a la fragilidad y el riesgo de caídas en personas de 65 años y más (<https://www.enbuenaedad.es/>), como refuerzo terapéutico, a través de indicaciones de educación y promoción de la salud en distintos ámbitos, especialmente en alimentación saludable, actividad física, sueño y bienestar emocional.

Como riesgo más importante que se plantea, se refiere a la población a la que se destina este enlace, que son mayores de 65 años pluripatológicos y frágiles, con riesgo de caídas. La horquilla de pacientes que se encuentran aquí, es cercana a los 80 años, donde es relevante tener en cuenta que porcentaje de mayores, van a contar con acceso a este enlace, y si van a saber utilizarlo.

2. Plataforma Open edX, orientada a su empoderamiento, a la mejora del autocuidado y a la promoción de su adherencia al plan terapéutico (<https://open.edx.org/>).

El registro de las bioconstantes en la app de los pacientes, a través del Smartphone, requiere que la persona sepa manejarla, y así llevar el registro de sus constantes, de acuerdo con el protocolo pactado con su profesional sanitario del centro de salud o su profesional farmacéutico en la farmacia.

3. Plataforma Moodle para el entrenamiento de profesionales vinculados al estudio piloto y, posteriormente, responsables de la adopción del nuevo modelo en los Centros de Atención Primaria y las Oficinas de Farmacia Comunitaria (<https://www.easp.es/envejecimientoactivo/course/view.php?id=5>).

La implicación de los profesionales sanitarios de Atención Primaria se va detectar en la participación de la formación Moodle, con el factor determinante de que la documentación que se incluye en esta plataforma, es la misma que la proporcionada en el programa de Examen de Mayores de 65 años, ya implementada en Atención Primaria.

Plan de acción

- Desde la Consejería de Salud y Familias se plantea solucionar el problema del pago de las tarjetas SIM de las tablets mediante la incorporación de este gasto al presupuesto del capítulo II , servicios y mantenimiento, del departamento de Informática de la Consejería de Salud y Familias.
- Se decide no implementar la plataforma PHM (seguimiento/promoción de hábitos de vida saludable) ya que se identifica, desde la Escuela Andaluza de Salud Pública, la sinergia con un aplicativo desarrollado para fomentar hábitos saludables, que se solaparía con PHM.
- Seguimiento por parte de la Escuela Andaluza de Salud Pública de las consultas a la plataforma Moodle de Formación, por parte de los profesionales de Atención Primaria, con envío de las claves para el acceso a los mismos.

4.2.2 Implantación de los cambios organizativos y de integración transfronteriza. Riesgos y Plan de Acción.

Esta acción trabajará en definir un modelo común para implantar el nuevo modelo asistencial, especialmente el introducido por el protagonismo de la Oficina de Farmacia. Para ello se han diseñado nuevas rutas asistenciales, teniendo en cuenta el sistema sanitario público andaluz (Atención Primaria) y su relación con las farmacias, la cual se modificará con la incorporación de la tecnología propuesta. Este cambio sustancial en los roles de los profesionales, se efectuará a través de un Plan de Gestión del Cambio (formación, liderazgo, motivación, comunicación) y un plan de formación para trabajadores y pacientes de la zona que se realizará también en el Algarve.

Riesgos

- Problemas que plantea la financiación de este nuevo servicio, que conlleva la incorporación en la nueva Cartera de Servicios a nivel estatal, y a nivel autonómico, requiere asignación Presupuestaria. El propio proyecto tendrá como resultado una evaluación de los distintos escenarios posibles y una propuesta.
- Este nuevo modelo de asistencia, con Farmacia Comunitaria como protagonista, puede crear resistencia al cambio y de no aceptación del nuevo rol, por parte de otros profesionales distintos a farmacia comunitaria, como podría ser los de enfermería.
- La no implicación a nivel estratégico y político, que podría retrasar la implantación del nuevo modelo.
- Posible problemas en la anonimización de los datos y el destino que se va a hacer de los mismos, una vez pilotado y concluido el estudio (hoy día, con los sistemas desarrollados no cabría ese riesgo, pero aún estaría más seguro con una integración dentro de los sistemas corporativos).

Plan de Acción

- Elaboración de un Protocolo de trabajo del proyecto aprobado por el Comité de Ética de Andalucía, en el que asume los requisitos éticos de la investigación en la que participan humanos, según lo establecido en el Código de Nuremberg (necesidad del consentimiento informado y libre de la persona plenamente capaz, el adecuado balance de riesgos y beneficios y la libre retirada del proyecto), la Declaración de Helsinki, sobre la protección del individuo, especialmente los colectivos más vulnerables y la necesidad de dirigir el beneficio de la investigación a la población investigada, según el Informe Belmont respeto a las personas, beneficencia, no maleficencia y justicia.
- Elaboración desde la Consejería de Salud y Familias, en colaboración con los demás socios, el acuerdo de corresponsabilidad en el tratamiento de datos, y el contrato de encargo de tratamiento de los mismos con la Universidad de Sevilla.
- Confección de los consentimientos informados diseñado y adaptado al estudio y a los objetivos del proyecto, que los pacientes que se incluyan en el estudio piloto deben firmar.
- Realización de sucesivas reuniones, previas al inicio del piloto, es decir, antes de enero de 2020, en el centro de salud de Torreblanca y el Colegio de Farmacia, para la presentación del proyecto y sus objetivos, con una explicación detallada de los tres caso de uso y de la plataforma SIMA que se va a emplear para comunicar Atención Primaria-Farmacia-paciente.

-Seguimiento por parte de la Escuela Andaluza de Salud Pública de las consultas a la plataforma Moodle de Formación realizadas por los profesionales de Atención Primaria, con envío de las claves para el acceso a los mismos y animando a su utilización como recuerdo o repositorio de información.

-Desde la Farmacia se indicara y formará a los pacientes incluidos en alguno de los tres casos de uso mencionados, el acceso a los enlaces de en buena edad para el refuerzo terapéutico y de hábitos saludables y registro de constantes en la app de NUMA; y desde Atención Primaria, para la formación en la Escuela de Pacientes en los procesos donde tradicionalmente concurre: diabetes, EPOC e hipertensión.

-Incluir una Estrategia y Plan de actuación de la Farmacia Comunitaria en fragilidad-riesgo de caídas y conciliación de la medicación, a los mayores de 65 años pluripatológicos.

4.3 Actividad 3. Pilotaje del nuevo modelo

Con esta actividad se pretende que una vez analizado la situación actual de las prestaciones sanitarias, definido el nuevo modelo y desarrollado las herramientas tecnológicas, es el momento de desplegarlo y ejecutarlo en la zona transfronteriza Algarve-Andalucía durante un periodo de seis meses, para así evaluarlo. Antes de este despliegue habrá un periodo de formación para todos los actores de la zona, farmacias, profesionales sanitarios de Atención Primaria y pacientes que se incluyan en el piloto.

Como acciones se plantean:

Acción 3.1: Selección de participantes en el piloto.

Acción 3.2: Gestión del cambio.

Acción 3.3: Despliegue del nuevo modelo y ejecución del piloto .

Actividad	Acciones	Riesgos	Plan de Acción
Actividad 3: Pilotaje del nuevo modelo	Selección de participantes	<ul style="list-style-type: none"> - Selección de farmacias y centros de salud no al azar. - Malestar al no poder incluir candidatos en farmacia al no pertenecer al centro de salud incluido en el proyecto. 	<ul style="list-style-type: none"> - Selección de farmacias proactivas al desarrollo del proyecto. - Elección de los centros de salud en función de las farmacias dispuestas a participar. - Número de pacientes a incluir estratificado por caso de uso.
	Gestión del cambio y despliegue del nuevo modelo	<ul style="list-style-type: none"> - Reticencia de los profesionales sanitarios a que el personal farmacéutico les quite competencias. - Poco tiempo de los profesionales para la formación/información del proyecto y herramienta TIC a utilizar. - Motivación/implicación del personal sanitario. 	<ul style="list-style-type: none"> - Planificación de sesiones informativas/formativas en los centros de salud y farmacia comunitaria. - Continuo mensaje de utilidad del proyecto por el bien de los pacientes. - Mensaje de complementación de acciones versus solapamiento de competencias. - Valor añadido a la atención sanitaria. - Refuerzo y respaldo del Colegio de Farmacia de Sevilla y del Distrito Sevilla en la implicación y organización de sesiones formativas de los profesionales del proyecto.

4.3.1 Selección de participantes. Riesgos y Plan de Acción

Riesgos

La selección de los centros de salud que van a participar en el pilotaje viene derivado de las oficinas de farmacia elegidas que ya tenían una actitud proactiva, al haber participado en proyectos anteriores como Parhelio e Iris, o habían implementado ANM en sus boticas. Por lo que se ha detectado una falta de motivación o actitud proactiva por parte del personal profesional sanitario, alegando sobrecarga de trabajo y falta de tiempo.

En cuanto a los pacientes, la selección parte de las farmacias, la cual tiene que comprobar si pertenece al centro de salud que le corresponde, teniendo que dejar fuera personas interesadas en participar en el estudio.

Plan de Acción

- Motivar a los centros de salud enfocando la información este nuevo modelo organizativo de la atención sanitaria en el beneficio para el paciente, en el mayor control sobre los propios enfermos y que todo ello redundará en una mejor atención y menos visitas a los centros de salud de Atención Primaria.

4.3.2 Gestión del cambio y despliegue del nuevo modelo. Riesgos y Plan de Acción

En esta acción se plantean riesgos derivados de la propia formación destinada a enfermería y medicina de atención primaria, ya que por parte de farmacia se ha iniciado, reforzado e insistido en este proyecto, a través del Colegio de Farmacia de Sevilla,

Riesgos

- La formación de la Escuela Andaluza de Salud Pública es la misma que la que los profesionales de enfermería y medicina de familia realizan desde la plataforma en buena edad, con el examen de mayores de 65 años y de promoción de hábitos saludables, con lo cual hay cierta reticencia por parte de éstos, de que la farmacia está realizando actividades que son competencia de los mismos.

- La motivación y el liderazgo en el piloto se ve supeditado, fundamentalmente a aspectos del contexto laboral en Atención Primaria, en donde la plataforma NUMA Health, se encuentra fuera de Diraya, que implica salir de la historia digital, donde la navegación suele ser dificultosa, con un tiempo dedicado a la atención, que suele ser complicado destinarlo en la jornada laboral. Los proyectos y sus correspondientes pilotajes se realizan fuera de los sistemas corporativos, hasta no demostrar sus beneficios e impacto en la organización y en la salud de la ciudadanía, no se podrá unificar.

-La distancia temporal entre las sesiones clínicas para aclarar dudas sobre los procesos asistenciales en Atención Primaria, iniciadas en Septiembre de 2019, y el comienzo del pilotaje, principio de 2020, ha provocado una desconexión y motivación por parte de los profesionales.

Plan de Acción

-Identificar redundancias en cuanto acciones y corregirlas, así como contribuir a dar una atención coordinada, integral, donde los mensajes son iguales y/o se refuerzan entre los distintos agentes y donde el fin común es la mejora de la atención de la población diana, favoreciendo su empoderamiento.

-Hay que explicar la utilidad asistencial del proyecto, y destinar un tiempo concreto, en la jornada de trabajo a la gestión de alertas y mensajes desde la farmacia comunitaria, unificando el mensaje de refuerzo terapéutico que se da desde la farmacia, que debe coincidir con el plan de cuidados personalizado elaborado por enfermería. Esto permitirá que el acompañamiento tanto en la promoción de la salud, como de adherencia al medicamento se traduzca en mejora de la calidad de vida y en salud en los pacientes.

-Realización de reuniones con los Centros de Salud, para explicar la herramienta tecnológica diseñada para intercomunicar farmacia con los centros de salud (SIMA), casos de uso y del Moodle diseñado desde la Escuela Andaluza de Salud Pública, que provoquen interés y motivación en este colectivo.

-Desde la Consejería de Salud y Familias se pretende, que este Nuevo Modelo Asistencial sea un valor añadido, de refuerzo al plan de cuidados de enfermería frente a los tres casos de uso, y de conciliación y de adherencia a la medicación, siendo el papel de la farmacia comunitaria centinela de problemas farmacológicos y detector de nuevos casos de fragilidad-riesgos de caídas de personas mayores de 65 años, que debe conocer y solucionar Atención Primaria.

-La implicación en la formación debe ser no solo de los referentes de enfermería del Centro de Salud, como destinatarios y distribuidores de los mensajes que vienen de la farmacia, sino del resto de profesionales.

-En un principio parecería que la detección, derivación e información genera más dedicación, pero el acompañamiento por parte de Farmacia, sobre el control de las patologías y de adherencia al medicamento, ahorrará citas y consultas de enfermería y de medicina.

4.4 Actividad 5. Gestión y Coordinación

Esta actividad, puesto que el proyecto tiene un carácter interregional, hace que las

labores de comunicación y cooperación entre los diferentes participantes tengan una especial relevancia, por lo que se han definido comités, que a través de reuniones, correos, sesiones de expertos,... han permitido una comunicación fluida y una coordinación adecuada entre los miembros del partenariado. Todas las reuniones que se han celebrado, dentro del ámbito del proyecto han requerido de un orden del día y de unas actas detalladas tras la realización.

Las acciones que se han realizado en esta actividad son las siguientes:

Acción 5.1 - Descripción de la actividad y acciones.

Acción 5.2 – Elaboración del Registro de Riesgos.

Acción 5.3 – Selección de herramientas Innovación Tecnológica

Acción 5.4 – Elaboración de reportes periódicos.

Actividad	Acciones	Riesgos	Plan de Acción
Actividad 5: Gestión y Coordinación	Descripción de la actividad y selección de herramientas de innovación tecnológicas	<ul style="list-style-type: none"> - Demora en la aprobación del proyecto. - Demora en la habilitación de la plataforma Coopera. - Demora en el comienzo de las acciones. - Tiempo transcurrido entre las primeras acciones de información/formación y el inicio del pilotaje. 	<ul style="list-style-type: none"> - Empezar con acciones referidas al presupuesto autofinanciado. - Reprogramación del plan de acción. - Coordinación y comunicación continua de las operaciones de gastos incurridas y ejecutadas por cada socio. - Solicitud de una prórroga del Proyecto por un año.

4.4.1 Acciones de gestión y coordinación. Riesgos y Plan de Acción

La coordinación del proyecto a nivel técnico, organizacional y administrativo, de todos los beneficiarios para el cumplimiento del plan de trabajo, ha conllevado previamente la realización de una serie de procedimientos administrativos, necesarios para la ejecución del mismo. Entre ellos están aspectos presupuestarios, contractuales y financieros.

Riesgos

El proyecto NUMA debería haber comenzado el 1 de Octubre de 2016 con su aprobación y finalizado en Diciembre de 2019. La aprobación del proyecto se demora a Mayo de 2017, así como su arranque. De igual modo, los proyectos financiados por este programa han sufrido demoras por distintas razones vinculadas a los procesos presupuestarios y de soporte, como es el caso de la habilitación de la plataforma Coopera 2020 (Sistema de Información de Estado de Grabación, Validación y Certificación de Operaciones de Gasto ejecutado de todos los Partners), que no fue diseñada y puesta en funcionamiento hasta el año 2018 por parte del Ministerio de Hacienda. Esto supuso un retraso en el desarrollo del plan de trabajo debido a que no

se podía hacer uso de contrataciones- encargos a servicios y expertos externos, al no facturarse-verificarse y certificarse desde esa plataforma.

Desde la Consejería de Salud y Familias se han coordinado las consultas y dudas de los socios, trasladándolas al Secretariado de POCTEP. Todo ello, unido a otras demoras en procesos propios de cada miembro, ha demorado el cronograma de ejecución de las actividades del proyecto.

En relación a las contrataciones, desde la Universidad de Sevilla, se licito con Telefónica la plataforma de fragilidad-riesgo de caídas-constantes en diciembre de 2018, comenzando la provisión e implementación del servicio en marzo de 2019.

Por su parte la figura del encargo a medio propio de la Consejería de Salud y Familias, a la Escuela Andaluza de Salud Pública se demoró hasta su aprobación en Abril de 2019. Esto provocó que la actividad 2(desarrollo del nuevo modelo), que dependía en gran medida de la finalización de la actividad 1(definición del nuevo modelo asistencial), adelantase tareas que comprometían la viabilidad del proyecto, fundamentalmente el inicio del pilotaje (Actividad 3).

Plan de Acción

Debido a los sucesivas demora en el cronograma de acciones del proyecto, se han solicitado y aprobado modificaciones presupuestarias sustanciales de todos los socios, en cuatro ocasiones, en los años 2017, 2018 y en el 2019, en dos ocasiones, en octubre y otra en diciembre, en esta última ocasión con una ampliación del Dead-Line hasta diciembre de 2020. Ello va a posibilitar realizar todas aquellas actividades y entregables, referidos a la finalización del pilotaje, como son la actividad 4 (Evaluación y Explotación de Datos) y Actividad 6 (Comunicación).

También en consecuencia de las demoras acontecidas, se toma la determinación de ,parte de la Consejería de Salud y Familias, realizar acciones imputado al presupuesto del capitulo I de personal y autofinanciado.

Al mismo tiempo se han seleccionado los biosensores que se incluirían en el Kiosko de Telemedicina de las farmacias que participan en el pilotaje.

También la Consejería de Salud y Familias ha participado en sucesivas reuniones con responsables de la Estrategia de Cuidados del Sistema Sanitario Público, para trabajar en los tres casos de usos previstos para el pilotaje, mediante la confección de los algoritmos, que conforman el seguimiento del paciente pluripatológico, mayor de 65 años y frágil de este proyecto que son:

- Control de constantes.
- Adherencia al tratamiento.
- Detección de la fragilidad

Por parte de la Consejería de Salud y Familias, se ha facilitado a través de reuniones y consultas telemáticas, el Estado de Grabación, Validación y Certificación de Operaciones de Gasto ejecutado, de cada uno de los Beneficiarios del Proyecto, concretamente los referidos al último trimestre del año 2018 y 2019. Las distintas reuniones han tratado sobre el estado presupuestario de cada socio, aclaraciones sobre el mismo, orientación sobre los informes de validación, así como las certificaciones de gasto.

4.5 Actividad 6. Comunicación

El objetivo de esta actividad, es dar a conocer a todos los participantes, el modelo de atención a la cronicidad/fragilidad que se ha desarrollado, así como los resultados y beneficios de su implantación. Para ello, se elaborarán diferentes materiales en distintos formatos, orientados a hacer llegar la información más relevante a cada participante.

Las acciones de esta actividad son:

Acción 6.1 Elaboración de material de divulgación científica.

Acción 6.2 Elaboración de material formativo con el objetivo de dar a conocer el nuevo modelo a profesionales y pacientes.

Acción 6.3 Elaboración de un Libro Blanco.

Acción 6.4 Difusión General del proyecto.

Actividad	Acciones	Riesgos	Plan de Acción
Actividad 6: Comunicación	Elaboración de material de divulgación científica, material formativo y Difusión general	<ul style="list-style-type: none"> - Brecha digital. - Dedicación en tiempo a explicar el proyecto por parte del personal farmacéutico. - Validación por parte de las instancias de decisión el nuevo modelo. 	<ul style="list-style-type: none"> - Comunicación y difusión a través de cartelería, folletos, notas de prensa, Twiter, página web... - Utilización de todos los canales disponibles para su difusión. - Dar a conocer los resultados.

4.5.1 Elaboración de material de divulgación científica, material formativo y Divulgación general del proyecto. Riesgos y Plan de Acción

Riesgos

Los problemas que se plantean en este apartado son:

-Que tanto los profesionales sanitarios como pacientes conozcan y acepten el nuevo modelo, los primeros que no ofrezcan resistencia al nuevo modelo, que no sea una amenaza para sus competencias, y sean capaces de apreciar las ventajas del mismo, gracias al material formativo proporcionado y la experiencia real del modelo. Por parte de los pacientes, que no lo vean como privatización de la asistencia, donde los

datos puedan ser gestionados de forma anónima y sin interés crematístico, sino como refuerzo y acompañamiento en el seguimiento de la fragilidad y de la cronicidad.

Puede que parte de la población destinataria de NUMA no llegue a conocer el proyecto, por lo que se denomina la brecha digital, lo que requiere de ayuda por parte de familiares, amigos, farmacia y profesionales sanitarios para informar en ese aspecto.

-Que las instancias de decisión y gestión política conozcan y validen el nuevo modelo y los resultados obtenidos lleguen a otras regiones, para que pueda ser replicado, para lo cual es necesario que tengan una base-evidencia científica y que tenga el refuerzo de la comunidad, a partir de la cual darán a conocer el nuevo modelo implementado y sus beneficios.

Plan de Acción

Las acciones que se han implementado en esta actividad, hacen referencia a la ejecución de un Plan de Comunicación, que contiene los siguientes aspectos:

- 1.- Interna, entre los partners y empresas - entidades instrumentales, que participan en el despliegue del pilotaje. Se han realizado reuniones semanalmente desde el comienzo del proyecto para el control, seguimiento y tomas de decisiones de las distintas actividades a desarrollar los cada uno de los socios.
- 2.-Externas, informando del proyecto, así como la ruta asistencial y del sistema de información (SIMA), que se ha trasladado a los centros de salud y a las farmacias comunitarias. En estos casos la participación de los profesionales de SSPA, requiere de un impulso por parte de los gestores del SAS, bien incluyéndolos en los contratos-programa, incentivos, o seguimiento de cumplimiento de indicadores de resultados.
- 3.-A la ciudadanía en general se ha comunicado el proyecto y se seguirá haciendo, mediante Trípticos informativos, cartelera y material impreso, a través de las farmacias incluidas en el pilotaje, que requieren de una explicación a nivel individual a todos los pacientes.
- 4.-Los medios web de comunicación del proyecto NUMA, como pueden ser: Buzón de correo electrónico NUMA: numa.csalud@juntadeandalucia.es ;página WEB de la Consejería de Salud y Familias de la Junta de Andalucía.; Web NUMA donde visibilizar las características principales del proyecto, también en portugués, con un apartado de Login en el que los miembros participantes pueden entrar y visibilizar los productos técnicos.
- 5.- Notas de prensa, junto con la notas en Twiter, se han utilizado previo al inicio del Pilotaje.

6. Está previsto seguir las acciones de comunicación a la ciudadanía a través de la plataforma enbuenaedad, con carruseles en las farmacias comunitarias, a través del call center Salud Responde, entre otras. Así como a profesionales e instituciones, sobretodo en congresos, jornadas afines y con la publicación de varios artículos para convencer de las virtudes del nuevo modelo y su implantación en un futuro próximo.

