



# ABORDAJE DEL PACIENTE PLURIPATOLÓGICO DESDE UN ENFOQUE INTEGRADOR.

TRABAJO FIN DE MÁSTER

**Autora:** Laura Gómez González

**Máster en Gestión y Dirección Sanitaria- e-Health**

**Convocatoria:** Ordinaria 2021-22

*“Mucha gente pequeña, en lugares pequeños haciendo cosas pequeñas puede cambiar el mundo”* Eduardo Galeano.

## Agradecimientos

En primer lugar, me gustaría agradecer a la Universidad Alfonso X el Sabio por brindarme la oportunidad de desarrollar el proyecto y con ello a María Victoria Redondo Vega, sobre todo por tu incansable esfuerzo, por aguantar y ser soporte para el grupo.

Además, quisiera mostrar mi agradecimiento al Dr. Javier Arcos y a la Dra. Marta del Olmo por haber inspirado el proyecto y por todas esas clases innovadoras que te hacen reflexionar. El mundo se mueve gracias a personas que piensan “fuera de la caja” y ha sido un placer haber compartido esta experiencia.

Gracias a mis padres, a mi hermana, a mi pareja y a toda mi familia, por ayudarme a ser la persona que soy y por apoyarme durante toda la etapa académica que hoy culmina; *Ama, bihotz-bihotzez eskerrik asko.*

Por último, no quisiera olvidarme de mis compañeros, gracias por haber sido apoyo incondicional durante todo el máster. Sobre todo, gracias a mis compañeras de batalla, sin vosotras no habría sido posible.

Finalmente, desde aquí un cariñoso recuerdo a todas las personas que nos han dejado en los últimos meses a causa del COVID-19.

## Índice

<b>Agradecimientos</b> .....	<b>2</b>
<b>Resumen ejecutivo</b> .....	<b>4</b>
<b>Introducción</b> .....	<b>5</b>
<b>Pacientes pluripatológicos y polimedicados: una condición médica creciente y una necesidad no cubierta.</b> .....	<b>5</b>
<b>Patient journey actual: ¿Cómo se están gestionando la pluripatología en el SNS?</b> .....	<b>7</b>
Hacia un nuevo modelo de gestión: unidades de pacientes pluripatológicos (UPP) .	7
<b>Marco general del proyecto</b> .....	<b>9</b>
Estrategia nacional .....	9
Situación actual del SNS y la medicina basada en valor. ....	9
<b>Objetivos del proyecto</b> .....	<b>10</b>
<b>Metodología</b> .....	<b>11</b>
<b>Propuesta de valor: unidades pluripatológicas UPP, una realidad en los centros sanitarios españoles</b> .....	<b>11</b>
<b>Objetivos de la unidad de pacientes pluripatológicos.</b> .....	<b>11</b>
<b>Paso a paso para su puesta en marcha de las UPP en los centros sanitarios.</b> .....	<b>12</b>
Creación del grupo de trabajo .....	14
Determinación criterios de selección de los PPP para la UPP:.....	14
Diseño de las instalaciones .....	16
Estudio de necesidades de personal .....	17
Patient journey personalizado: .....	20
Análisis y definición de la cartera de servicios incluidos dentro de la Upp .....	27
Plan de funcionamiento: definición de sus criterios y circuitos. ....	32
Estudio económico del servicio .....	35
<b>Plan de inclusión de las UPP en la cartera de servicios común del SNS</b> .....	<b>36</b>
Marco regulatorio .....	36
Paso a paso para la inclusión .....	36
<b>Conclusiones</b> .....	<b>38</b>
<b>Bibliografía</b> .....	<b>39</b>

## Resumen ejecutivo

La prevalencia de la condición de pluripatología es una tendencia al alza influenciada directamente por la edad, como consecuencia de los avances sociales y sanitarios, el aumento de la esperanza de vida, y el envejecimiento progresivo de la población. Concretamente, la comorbilidad de los pacientes pluripatológicos (PPP), generalmente hace que sus patologías interactúen entre sí, provocando un deterioro progresivo y una disminución gradual de su autonomía y capacidad funcional. Esto se traduce en un aumento de la demanda de un gran número de recursos sanitarios y sociales. Por todo ello, podemos afirmar que existe una necesidad médica creciente y no cubierta.

Entre los nuevos modelos de gestión, destaca la unidad de pacientes pluripatológicos (UPP), un nuevo concepto organizativo que se define como una organización de profesionales sanitarios que ofrece atención multidisciplinar al PPP, desde un enfoque integrador del paciente teniendo en cuenta todas sus dimensiones.

El objetivo principal de este proyecto es desarrollar un modelo de servicio integral adaptable a todos los centros sanitarios del territorio nacional que pueda implantarse en los centros sanitarios de todas las CCAA, mediante el diseño de una propuesta que integre y coordine todas las necesidades del PPP.

Para ello, se propone entre otros, crear un grupo de trabajo, determinar los criterios de selección de los PPP, y describir los recursos necesarios. Además, en la UPP, deberá acordarse un plan de acción personalizado para cada PPP, que contemple todas las dimensiones, el cual sea optimizable y evaluable según un plan de mejora continua, claramente establecido.

Con todo ello, podemos afirmar que los cambios sociodemográficos y el aumento de la cronicidad han generado la necesidad de crear nuevos modelos de atención sanitaria dirigidos al abordaje del PPP y pensados para enfrentar el elevado coste que estos suponen. Contribuyendo a la sostenibilidad del sistema con una financiación vinculada a los resultados, este modelo de UPP viene a proponer un nuevo *patient journey*, así como una cartera de servicios que garantizarían la atención del PPP en todas sus dimensiones y que, incluida en la cartera común del SNS, conseguiría que las UPP se convirtieran en una realidad en todos los centros sanitarios españoles, garantizando una atención de calidad para los PPP independientemente del lugar de residencia.

**PALABRAS CLAVE: Paciente pluripatológico, pluripatología, unidad de pacientes pluripatológicos, cronicidad, TICs, innovación, eficiencia, integración, continuidad asistencial, comunicación, gestión de casos, equidad, valor, gestión por procesos, gestión del cambio**

## Introducción

**Pacientes pluripatológicos y polimedicados:** una condición médica creciente y una necesidad no cubierta.

Aunque no hay una definición universal, podemos definir la **pluripatología** como la **coexistencia de 2 o más enfermedades** crónicas sintomáticas, no relacionadas y con frecuentes reagudizaciones, que condicionan una especial fragilidad clínica del paciente (1)(2). En este colectivo de pacientes pluripatológicos (PPP), según Ollero y Cols (3) podemos incluir a pacientes con:

- Enfermedades que el SNS no puede curar
- Patología de larga duración con deterioro progresivo del paciente
- Pacientes con disminución progresiva de su capacidad funcional y autonomía
- Pacientes que debido a su condición sufren repercusiones profesionales, económicas y sociales
- Pacientes que presentan riesgos múltiples, secundarios a comorbilidades.

La prevalencia de la condición de pluripatología es una **tendencia al alza** (4) influenciada directamente por la edad, como consecuencia de los **avances sociales y sanitarios**, el **aumento de la esperanza de vida** (5) y el **envejecimiento progresivo de la población**, concretamente en España, las personas entre 65 y 74 años presentan una media de 2,8 patologías crónicas y esta cifra aumenta hasta 3,23 en personas mayores de 75 años (6). Y no solo eso, según los servicios de medicina interna, muchas de estas patologías **afectan a más de un órgano** (7).

Por lo tanto, estamos ante **un cambio de paradigma**, ya que la manera de enfermar de las personas ha cambiado, las personas ya no suelen enfermar de una única enfermedad. Frente al modelo tradicional que supone una persona afectada de una única enfermedad y sobre el que se ha desarrollado la enseñanza de las ciencias de la salud, la investigación y la organización de los servicios asistenciales, emergen como gran epidemia del siglo XXI, los pacientes pluripatológicos (1).

Además, los PPP presentan múltiples patologías crónicas, las cuales sabemos que se agrupan siguiendo un **patrón definido** en algunos pacientes (por ejemplo, cardiopatía isquémica/tabaquismo/EPOC). A estos grupos se les conoce como “**clusters**” o **conjuntos de enfermedades** y generalmente **aparecen con la edad**. No obstante, factores como un nivel socioeconómico bajo o las enfermedades mentales hacen que estos conjuntos aparezcan a edades más tempranas(8)(9).

Esten agrupadas o no, la comorbilidad de los PPP generalmente hace que sus patologías interactúen entre sí, provocando un **deterioro progresivo y una disminución gradual de su autonomía y capacidad funcional**, lo que les genera necesidades de salud cada vez más complejas. (10)

Esto se traduce en **un aumento de la demanda de un gran número de recursos sanitarios y sociales**. Si analizamos los datos, podemos afirmar que:

- Los PP multiplican **por 6 el coste** sanitario respecto a aquellos con solo una o ninguna enfermedad crónica; y no solo eso, el coste utilizado en los pacientes que tienen 5 o más enfermedades crónicas representa **2/3 del total del gasto sanitario** de algunas organizaciones sanitarias. (11)
- Según un estudio, el 38,9% de los ingresos se producen por PPP y estos suponen anualmente una media de 3,6 visitas a urgencias y 1,9 hospitalizaciones.(12)

La Organización Mundial de la Salud (OMS) indica que, a nivel global, el 80% de las consultas de atención primaria (AP), el 70% del gasto sanitario y 60% de los ingresos hospitalarios están motivados por pacientes con patología crónica. (13)

Cabe destacar que, en muchas ocasiones, la **dependencia** los PPP **puede ser reversible**, ya que muchas son consecuencia de prácticas clínicas inadecuadas (uso abusivo de fármaco sedantes, ingresos con inmovilización total en cama prolongados...), que generan entre otros, atrofia por desuso o desorientación entre otros. Estas situaciones podrían revertirse o al menos atenuarse con **una atención médica adecuada**.

Además, según la **“Pirámide de Riesgo de Kaiser Permanente”** que identifica 3 niveles intervención mediante la estratificación de la población crónica según su complejidad, los PPP se encuentran en el nivel máximo de riesgo. Es decir, los PPP están incluidos dentro del grupo de **pacientes de alta complejidad**, que suponen un 5% del total y que requieren cuidados profesionales y una intervención intensiva prioritaria.(14)

Por lo tanto, el Sistema Nacional de Salud (SNS) se enfrenta a un **reto de alta magnitud y también a una oportunidad de transformación**, donde resulta necesario; poner al paciente en el centro, mejorar la calidad de la atención de los PPP, así como la eficiencia en el manejo de los recursos existentes.

Además, generalmente la pluripatología conlleva a la polimedicación. entendiéndose por **polimedicación el uso de 5 medicamentos o más durante** un periodo mínimo de 6 meses por cualquier vía, ya sea oral, parenteral, inhalada, etc (10). Dicha condición, requiere un seguimiento por parte de los profesionales sanitarios, lo que **aumenta por 3 la demanda de atención primaria** respecto a la media poblacional. (15)

La polimedicación también **aumenta el riesgo** de que se produzcan **acontecimientos adversos e interacciones medicamentosas**. Concretamente, el riesgo aumenta un **300% en pacientes con más de 8 medicamentos prescritos** (16) y hasta **un 43%** de los acontecimientos adversos sufridos por pacientes mayores de 65 años (hospitalizados, ambulatorios o en residencias de ancianos) **son prevenibles** (11) ya que se producen como consecuencia **de errores de medicación**.

Los **errores más frecuentes** asociados a la polimedicación son: la preinscripción incorrecta, principalmente por errores en la dosificación o por uso inapropiado del

medicamento para la edad o patología subyacente, el seguimiento insuficiente y la falta de adherencia al tratamiento (17). Por todo ello, podemos decir que existe una **necesidad médica creciente y no cubierta**.

*Patient journey* actual: ¿Cómo se están gestionando la pluripatología en el SNS?

Actualmente en España, **los PPP reciben una atención "parcelada" en cada uno de los tres niveles asistenciales** (atención social, atención primaria y atención hospitalaria). Esta división hace que no exista integración en la práctica clínica. A esta situación se le añade en España, la **descoordinación entre las diferentes CCAA**. Esta situación afecta principalmente a los PPP, ya que requieren intervenciones integradas y coordinadas intersectorialmente (18).

Dicha descoordinación entre CCAA, según el Atlas de variaciones de la práctica médica en el Sistema Nacional de Salud español (Atlas VPM) (19), hace que haya una importante **variabilidad en la práctica asistencial**, es decir, existe una variación sistemática (y no aleatoria) en los procedimientos o actos concretos. Esta situación, genera un inmenso consumo de recursos, sin generar una mejora en la salud de los PPP.

Además, generalmente, los PPP siguiendo el **modelo de atención a lo agudo**, acuden a los diferentes centros de atención sanitaria por un episodio o consulta concreto de alguna de sus patologías, tras lo cual el PPP es tratado y dado de alta al finalizar el proceso, desapareciendo así de la pantalla del “radar” del SNS.

La realidad es que, no solo en España, sino en los países desarrollados, los modelos sanitario actuales **no están siendo capaces de dar una respuesta satisfactoria** a los PPP (20) (21)(22). Ya que, como sociedad, nos enfrentamos a un problema de salud emergente por el aumento de la prevalencia de la patología crónica, que requiere una reforma de los sistemas de salud.

Es por esto que los países han ido desarrollando en las últimas décadas nuevos modelos de gestión y organizativos (23) con el objetivo de dar solución a la problemática de las enfermedades crónicas, y con especial énfasis en el PPP. Ejemplo de ello, son el modelo EVENCARE de EEUU y el modelo británico “Castelfields Health Centre”.

Hay estudios que reconocen un **aumento de la calidad** de la asistencia gracias a estos nuevos modelos asistenciales, sin embargo, **la efectividad** de los modelos sigue siendo **limitada** (24).

---

Hacia un nuevo modelo de gestión: unidades de pacientes pluripatológicos (UPP)

Entre los nuevos modelos de gestión que se han estado desarrollando en las últimas décadas, destaca la **unidad de pacientes pluripatológicos (UPP)**, un nuevo concepto organizativo que se define como una organización de profesionales sanitarios que ofrece atención multidisciplinar a PPP, desde un enfoque integrador del paciente teniendo en cuenta todas sus dimensiones (25).



Dicha unidad debe cumplir con requisitos funcionales, organizativos y estructurales que **garanticen condiciones adecuadas de seguridad, eficiencia y calidad** para llevar a cabo su actividad.

Concretamente deben cumplir **dos requisitos principales**; Por un lado, debe existir una vinculación entre el clínico especialista responsable de la UPP y los clínicos de atención primaria y por el otro lado, la UPP debe contar con un amplio abanico de modalidades y posibilidades asistenciales que permitan garantizar una atención óptima a los PP.

Este concepto surge de la necesidad de coordinar los dos sistemas asistenciales del SNS involucrados en la atención de los PPP, es decir, a los profesionales sanitarios de la atención primaria y los internistas.(26)

---

#### Antecedentes de UPP en España: Influencias del proyecto.

A nivel nacional, en las últimas décadas han surgido varias iniciativas en los distintos servicios de salud de las diferentes CCAA. Estas iniciativas se han desarrollado según la disponibilidad de recursos asistenciales, el modelo de relación de estos y el marco sociodemográfico de cada una de las CCAA, pero todas tenían un mismo objetivo, tratar de desarrollar una asistencia metódica e integral para los PPP (27).

Algunas de estas iniciativas que se detallan a continuación. han servido de inspiración para desarrollar la propuesta que se plantea en este proyecto.

En 2002, la CCAA de **Andalucía** tras un consenso entre las sociedades regionales de medicina interna y atención primaria, publicó el “proceso asistencial integrado de la atención al paciente pluripatológico (1), donde se incluyen referencias de gestión y organizativas para este tipo de unidades.

Tras la publicación de dicha guía surgen las primeras UPP (28) en Andalucía, cómo la UPP del Hospital Universitario Virgen del Rocío de Sevilla dirigida por el Dr. Manuel Ollero (29), un ejemplo pionero de éxito de implementación de las UPP.

Otro de los pioneros en el diseño e implementación de las UPP, es el Dr. Jesús Medina Asensio, un internista del Hospital 12 de Octubre de Madrid. Pues en el 2005, presentó en el XXVI Congreso de la Sociedad Española de Medicina Interna, su proyecto de **Unidad de Pacientes con Pluripatología y Atención Médica Integral (UPPAMI)** (30)(31). Además, el Dr. Medina defiende que para que el enfermo sea el eje sobre el que gira todos los sistemas de cuidados es necesario cambiar de enfoque del SNS.

Por su parte el Govern de las Islas Baleares, en 2006 diseñó junto a un grupo de trabajo el “programa integral de atención al paciente pluripatológico” (32), un plan donde se plantea un modelo de UPP que pretende desde el ámbito sociosanitario dar respuesta a las necesidades de los PPP.

Después de que en 2012 el Consejo Interterritorial del SNS aprobara la “Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad en el Sistema Nacional de Salud” en Navarra, dentro de su plan de salud 2013-2020 se incluyó la “Estrategia Navarra de atención integrada a

pacientes crónicos y pluripatológicos”, donde entre otros se detallan algunos puntos del modelo de unidad de pacientes pluripatológicos que plantea dicha comunidad. (33)

Recientemente, en 2018, el Hospital de San Pedro de La Rioja, inauguró una UPP coordinada por el Dr. José Luis Peña, con capacidad para atender a 1300 personas (34). Dicha unidad está en línea con el “Programa de Pacientes crónicos y Proceso integrado del paciente Pluripatológico” de La Rioja.

Otro de los ejemplos de UPP a nivel nacional es el del Hospital Virgen de la Paloma de las Islas Canarias, que cuenta entre otros con un servicio de atención telefónica 24 horas (35).

Por último, pero no por ello menos importante, resaltar el proyecto TELBIL-A de telemonitorización desde atención primaria, de pacientes pluripatológicos lanzado en 2015 por Osakidetza, el servicio vasco de salud. Los pacientes vinculados a dicho proyecto deben enviar ciertos parámetros de sus enfermedades para que la enfermera o médico pueda revisarlos. Además, la plataforma cuenta con un sistema de alerta con el objetivo de reducir el número de reingresos y estancias hospitalarias. (36)

## Marco general del proyecto

### Estrategia nacional

Este proyecto contribuye al **reto del ministerio de sanidad “Cultura de seguridad del paciente”**. Ya que, en España, conforme con la Ley 16/2003 de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud (SNS), donde en base a las recomendaciones de la Alianza Mundial por la Seguridad del Paciente de la Organización Mundial de la Salud (OMS), **la seguridad del paciente se considera un componente clave de calidad del SNS y en el centro de las políticas sanitarias.**

Además, el proyecto está alineado con las líneas prioritarias de actuación en **la Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad en el SNS y asistencia del paciente pluripatológico** que se evalúan y establecen periódicamente por el Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social y ha tenido en cuenta el documento sobre **Estándares y Recomendaciones para la gestión de las unidades de pacientes pluripatológico.**

Cabe destacar que dicha estrategia **ha sido adaptada de manera heterogénea por cada una de las CCAA**, sin que exista un consenso a cerca de la atención al PPP y según un estudio reciente, solo en 4 CCAA han recibido dotación presupuestaria para implementar dichas estrategias (37). Por lo que aún queda mucho por hacer.

### Situación actual del SNS y la medicina basada en valor.

Debido a la situación la situación actual del SNS, nos enfrentamos a una incidencia creciente, por el aumento de la cronicidad y el aumento de la patología asociada a la edad, como se recoge entre otros en el **informe Hospital del Futuro** (38). En

consecuencia, existe una necesidad urgente y no cubierta, por **desarrollar nuevos modelos de asistencia más proactivos**, que no estén solo basados en la curación, sino que se integren otras dimensiones como la detección precoz y la prevención.

Por otro lado, el incremento del coste y la necesidad de pensar en la sostenibilidad del sistema en el tiempo, **hacen que estos nuevos modelos de atención necesiten optimizar la adecuación de la práctica clínica y se haga un uso responsable de los recursos, ya que estos son limitados** y para que, en último lugar, se garantice la calidad de los servicios para los pacientes.

Para ello, es necesario revisar el sistema, **eliminar actos innecesarios que aporten poco valor a los pacientes** y cambiar el modelo de gestión tradicional basado en volumen de actividad, a **un modelo que se base en el valor aportado y en aportar calidad de vida real para los pacientes**.

Este enfoque de medicina basada en valor no es algo nuevo o reciente, es un concepto que surge en la Universidad de Harvard, en el trabajo *“Redifining Health Care”* (39) liderado por **Michael Porter y Elisabeth Teisberg**, en la primera década del sXXI.

Después de varios trabajos, de manera internacional surgió un movimiento de reflexión llamado, **Medicina Basada en Valor o Value Based Health Care (VBHC)**, con el objetivo de impulsar nuevos modelos de gestión que se basen y financien según el valor generado, para lo cual es necesario diseñar nuevas métricas de calidad para los pacientes y de resultados de salud. Dichas métricas fueron más tarde definidas por el consorcio ICHOM (40) como “los resultados que más importan a la salud”

Además, como consecuencia de la transformación digital por el desarrollo de las nuevas tecnologías y acelerado por la pandemia COVID-19, ha surgido un **cambio del perfil del paciente y de su forma de relacionarse con el médico**, pasando de una relación de paternalismo a una relación de proactivismo o empoderamiento del paciente, impulsado por la transformación digital desde el paciente.

La pandemia COVID-19 por su parte, además de los restos aquí expuestos, ha hecho que el SNS se enfrente a un **entorno VUCA**, es decir, un entorno altamente volátil, con alta incertidumbre, complejo y ambiguo.

Por todo ello, podemos afirmar que nos encontramos ante **una crisis de valor y de resultado del sistema**. En este contexto, las UPP surgen como **forma de adaptación al entorno VUCA**. Ya que, si hay algo que podemos sacar en positivo de esta situación de pandemia, es que ha servido como acelerador de la transformación y motor para el cambio.

## Objetivos del proyecto

### **OBJETIVOS GENERALES**

- Desarrollar un modelo servicio integral o unidad de paciente pluripatológico implantable y adaptable a todos los centros sanitarios del territorio nacional

- Diseñar una propuesta de un nuevo *patient journey* general que integre y coordine todas las necesidades del PPP.

### **OBJETIVOS SECUNDARIOS**

- Dar a conocer la importancia de este colectivo de PPP, poniendo al paciente en el centro y mejorando su experiencia paciente
- Diseñar un plan de inclusión del modelo de UPP propuesto en la cartera nacional de salud
- Optimizar los recursos generando más beneficio para los pacientes y para el SNS, reduciendo el coste que suponen estos pacientes al sistema.
- Facilitar que los clínicos tomen decisiones clínicas informadas.

### **Metodología**

Con el objetivo de conocer cual es el abordaje actual de la cronicidad en España se realizó una búsqueda bibliografica de las estrategias y planes de salud nacionales y atonomicos, asi como de estudios realizados por sociedades cientificas y de pacientes e instituciones oficiales. Todo ello orientado a encontrar intervenciones, de cualquier tipo y ámbito asistencial, que hayan demostrado mejorar los resultados en salud de los PPP.

Para ello se realizó una primera búsqueda inicial estructurada el pasado 4 de abril de 2022 siguiendo el formato PICO (Poblacion, Intervencion, Comparación y Resultados y diseño de los estudios a incluir). La búsqueda se limitó por idioma (ingles y español).

Las fuentes de información que fueron consultadas fueron; Pubmed, MEDLINE, Cochrane Library, WOS, NICE y Ministerio de Sanidad de España. Además, la búsqueda incluyó el uso de decriptores (Terminos Mesh) y palabras clave en texto libre.

### **Propuesta de valor: unidades pluripatológicas UPP, una realidad en los centros sanitarios españoles**

#### **Objetivos de la unidad de pacientes pluripatológicos.**

Este proyecto pretende aunar todas las iniciativas beneficios que se han hecho en las diferentes CCAA y teniendo en cuenta los estándares y recomendaciones que publico el Ministerio de Sanidad (11) , hacer **una propuesta de Unidad de Paciente Pluripatológico (UPP) que pudiera implantarse en los centros sanitarios de todas las CCAA.**

Ya que, a pesar de las diferencias en la gestión en las diferentes CCAA, debemos aportar por un manejo homogéneo e integral de los PPP, ya que una de las prioridades del Ministerio de Sanidad es asegurar la equidad en el acceso y la asistencia de todos los ciudadanos españoles.

Por todo ello, el modelo de UPP que se expone en este proyecto tiene como **objetivos:**

- Dar una **respuesta integral, de calidad y eficiente** a las necesidades de atención, **combinando la visión sanitaria y social**, como dos partes integradas de la atención de los PPP
- Asegurar la **accesibilidad (disponibilidad, accesibilidad y aceptabilidad)**
- **Coordinar todos los niveles asistenciales** para optimizar la atención prestada a los PPP, apostando por el trabajo en red y la **colaboración** de profesionales multidisciplinares, pacientes y gestores.
- **Garantizar la continuidad asistencial** del colectivo de los PPP emergente y frágil.
- **Estar orientada a aportar valor** y no a volumen

Este nuevo modelo de gestión de los PPP está **orientado al paciente** y pretende que este sea el eje sobre el que giran todos los sistemas de cuidado. Además, tiene el compromiso de **mejorar la experiencia paciente**, está enfocado en **procesos o trayectorias** y contempla el desarrollo de nuevas **herramientas de salud digital** y que permitan mejorar la atención y medir el logro de resultados, sobre todo, de **resultados que le importan al paciente**.

Paso a paso para su puesta en marcha de las UPP en los centros sanitarios.

A continuación, se detallan cuáles serían las fases y pasos principales de manera genérica para poder poner en marcha una UPP en cualquier centro sanitario del territorio nacional. Teniendo en cuenta que esta guía está basada en la escalabilidad y el aprendizaje del proceso y además, deberá ser **adaptada a cada centro, en base a las peculiaridades de su CCAA**.

#### **FASE DE DISEÑO DE LA UPP DEL CENTRO:** En 10 pasos

1. **Presentación de la propuesta inicial del proceso UPP** por el promotor del proyecto al equipo de gerencia del hospital donde se desea implantar la UPP
2. **Creación de equipo de trabajo y recogida de feedback** del modelo actual en la población asignada al centro.
3. **Estudio de población diana:** Se requiere un análisis demográfico e identificación del ámbito territorial de la UPP. Para ello, se procederá al análisis de los recursos de atención primaria vinculados con el hospital y la UPP. Dicho estudio determinará el tamaño y características de la población a la que la UPP deberá dar servicio, en base a la cual podremos calcular los recursos necesarios.
4. **Criterios de inclusión y exclusión de pacientes en la UPP.** Debemos proceder a la estimación de la demanda teórica de cada uno de los niveles asistenciales de la UPP, teniendo en cuenta la capacidad de penetración de la UPP en el su entorno cuando esta esté a pleno rendimiento.
5. **Diseño de las instalaciones:** Será necesario realizar un análisis de la infraestructura arquitectónica donde se desarrollarán las actividades de la UPP, tanto para determinar si necesitaremos crear una nueva infraestructura como para diseñar un plan de adaptación de la infraestructura ya existente. Además de **Solicitud de la**

- acreditación**, ya que según el **Real Decreto 1030/2006**, todo servicio deberá ser correctamente acreditado de acuerdo con la ley.
6. **Estudio de necesidades de personal**, que deberá realizarse según la demanda, la cartera de servicios y la actividad prevista del hospital en el que se ubicará la UPP.
  7. **Diseño del nuevo “Patient Journey”**: Configuración del circuito asistencial (formas de acceso de los pacientes, tramitación administrativa de su recepción, tránsito dentro de la UPP, alternativas a su salida, etc.) y el flujo de pacientes en la UPP
  8. **Análisis y definición de la cartera de servicios de la unidad**. Es importante definir cuáles serán los servicios que la UPP brinde a sus pacientes.
  9. **Establecimiento de los criterios de funcionamiento**: Se deberán trazar cuáles serán las líneas y circuitos principales de funcionamiento de la UPP, así como determinar cuáles serán las relaciones funcionales con el resto de las estructuras de su entorno.
  10. **Estudio económico**, en el que se reflejará tanto el importe de la inversión prevista en infraestructura y equipamiento como la estimación de los gastos corrientes de funcionamiento en personal, suministros y mantenimiento necesarios para realizar sus actividades, así como el impacto económico-sanitario de su funcionamiento en la institución de que dependa

Una vez generada la propuesta de UPP definitiva, que incluya todos los estudios aquí detallados, se procederá a la presentación de esta al comité de dirección/ gerencia del hospital para su aprobación y asignación presupuestaria.

**FASE DE PILOTAJE**: Una vez la propuesta haya sido aprobada por el comité de dirección, pasaremos a una fase de pilotaje donde se procederá a formar a todos los roles implicados, a generar concienciación en la población (campana de comunicación) y a reclutar una pequeña muestra de pacientes que cumplan los criterios de inclusión de la UPP.

El objetivo principal de esta fase es validar todos los procedimientos y servicios incluidos en la propuesta de UPP, para a través de la recogida de feedback por diferentes medios lograr optimizar la propuesta.

En esta fase será esencial la colaboración del grupo de trabajo con todos los roles implicados y para ello se deberá definir una agenda de reuniones periódicas donde poder tratar todos los puntos.

**FASE DE IMPLEMENTACIÓN DE LA UPP**: Esta será la fase final del proyecto donde se implemente la propuesta de UPP validada y optimizada, siendo capaces de ofrecer un servicio de calidad y eficiente a toda la población de PPP del ámbito territorial.

La idea es ir incluyendo o asociando al proyecto los centros de AP gradualmente, de manera que se pueda ir formando poco a poco a los profesionales, y asegurando una correcta vinculación de los centros de AP a la unidad.(41)

---

### Creación del equipo de trabajo

Con el objetivo de incorporar la perspectiva y conocimiento de todos los agentes implicados deberá formarse un grupo de trabajo que además del responsable y coordinador del proyecto, incluya a profesionales sanitarios (clínicos, profesionales de la enfermería, fisioterapeutas, biólogos, farmacéuticos, nutricionistas, gestores...) y sociales (trabajador social) tanto del ámbito de la atención primaria como de la atención hospitalaria, representantes de pacientes, personal de soporte informático y sociedades científicas. Dichos perfiles podrán ser compartidos con otras unidades, con el objetivo de ser más eficiente de cara a la evaluación económica de la UPP.

Entre las funciones iniciales del grupo de trabajo estarán las de:

- Trazar el *patient journey* actual del paciente en el centro, incluyendo cada una de las intervenciones asistenciales y no asistenciales, los tiempos de esperas y las necesidades de traslado/ desplazamiento.
- Aplicar la metodología lean para identificar aquellas intervenciones innecesarias (waste), las cuales serán objetivo de optimización en el modelo de UPP que proponemos.
- Realizar un estudio de satisfacción de todos los roles implicados en la atención del PPP (pacientes, profesionales de atención primaria, internistas, trabajadores sociales, fisioterapéuticos, farmacéuticos, enfermeras, biólogos...) y recogida de feedback a través de diferentes metodologías.
- Brainstorming de propuestas de mejora
- Determinar las funciones y responsabilidades asociadas de cada uno de los miembros del grupo de trabajo, así como establecer el borrador del cronograma del proyecto.

---

### Determinación criterios de selección de los PPP para la UPP:

Si reflexionamos acerca de quién es nuestro *target* de pacientes ideal o lo que en marketing llaman “*Buyer Persona*”, pensamos que este debería ser un PPP ya diagnosticado de sus patologías, con frecuentes descompensaciones y gran dependencia funcional que no necesita tratamientos agresivos.

Por lo tanto, basándonos en nuestra población ideal deberemos determinar cuáles serán los criterios de inclusión y exclusión o límites del servicio.

---

### Criterios de inclusión

Para poder incluir a los PPP en la UPP deberán cumplir al menos 1 de los siguientes criterios:

1. Cumplir con los criterios de PPP, definidos por la presencia de enfermedades crónicas incluidas en dos o más de las siguientes **categorías clínicas (Tabla 1)**:

CATEGORÍA A		Escala validada
<b>A1</b>	<b>Insuficiencia cardiaca</b> que en situación de estabilidad clínica haya estado en grado II de la NYHA <sup>1</sup> (síntomas con actividad física habitual) <i><sup>1</sup> Ligera limitación de la actividad física. La actividad física habitual le produce disnea, angina cansancio o palpitaciones</i>	Escala de la NYHA (42)
<b>A2</b>	<b>Cardiopatía isquémica</b>	
CATEGORÍA B		
<b>B1</b>	<b>Vasculitis y enfermedades autoinmunes sistémicas</b>	
<b>B2</b>	<b>Enfermedad renal crónica</b> definida por filtrado glomerular <60 ml/m o proteinuria <sup>2</sup> , mantenidos durante tres meses <i><sup>2</sup> Índice albumina/creatinina &gt;300 mg/g. microalbuminuria &gt;3 mg/dl en muestra de orina, o albúmina &gt;300 mg/día en orina de 24 horas o &gt;200 µg/min.</i>	
CATEGORÍA C		
<b>C1</b>	<b>Enfermedad respiratoria crónica</b> que en situación de estabilidad clínica haya estado con disnea grado II de la MRC <sup>3</sup> (disnea a paso habitual en llano), FEV <sub>1</sub> <65%, o Sat O <sub>2</sub> ≤90% <i><sup>3</sup> Incapacidad de mantener el paso de otra persona de la misma edad, caminando en llano, debido a la dificultad respiratoria o tener que parar a descansar al andar en llano al propio paso.</i>	Escala mMRC (43)
CATEGORÍA D		
<b>D1</b>	<b>Enfermedad inflamatoria crónica intestinal</b>	
<b>D2</b>	<b>Hepatopatía crónica</b> con datos de insuficiencia hepatocelular <sup>4</sup> o hipertensión portal <sup>5</sup> <i><sup>4</sup> INR &gt;1,7, albúmina &lt;3,5 g/dl, y bilirrubina &gt;2 mg/dl. <sup>5</sup> Definida por la presencia de datos clínicos, analíticos, ecográficos o endoscópicos</i>	Escala de Child-Pugh (44)
CATEGORÍA E		
<b>E1</b>	<b>Ataque cerebrovascular</b>	
<b>E2</b>	<b>Enfermedad neurológica con déficit motor</b> permanente que provoque una limitación para las actividades básicas de la vida diaria (índice de Barthel <60)	
<b>E3</b>	<b>Enfermedad neurológica con deterioro cognitivo</b> permanente, al menos moderado <sup>6</sup> <i><sup>6</sup> Pfeiffer con cinco o más errores o mini-examen cognoscitivo de Lobo &gt;23 puntos</i>	
CATEGORÍA F		
<b>F1</b>	<b>Arteriopatía periférica sintomática</b>	
<b>F2</b>	<b>Diabetes mellitus</b> con retinopatía proliferativa o neuropatía sintomática	
CATEGORÍA G		
<b>G1</b>	<b>Anemia crónica</b> por pérdidas digestivas o hemopatía adquirida no subsidiaria de tratamiento curativo que presente hemoglobina <10 mg/dl en dos determinaciones separadas entre sí más de tres meses	
<b>G2</b>	<b>Neoplasia sólida o hematológica activa</b> no subsidiaria de tratamiento con intención curativa	ECOG(45)
CATEGORÍA H		
<b>H1</b>	<b>Enfermedad osteoarticular crónica</b> que provoque por sí misma una limitación para las actividades básicas de la vida diaria (índice de Barthel <60)	
<b>NÚMERO DE CATEGORÍAS DE INCLUSIÓN: 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 - 8</b>		



*Tabla 1. Modificada de Ollero y cols (46). Las categorías clínicas se diseñaron teniendo en cuenta el daño sobre el órgano diana y la repercusión funcional del mismo en el paciente y no los factores de riesgo más prevalentes.*

2. Cumplir 1 de las categorías clínicas de la definición de PPP y presentar al menos 1 criterio de complejidad de los detallados a continuación:
  - Padecer un trastorno mental grave (psicosis maniaca-depresiva, depresión mayor, esquizofrenia) y/o estar diagnosticado de delirium.
  - Tener una pauta de polimedicación extrema (10 o más principio activos de prescripción crónica)
  - Considerarse en riesgo sociofamiliar (con una puntuación superior a 10 puntos en la escala Gijón(47))
  - Presentar úlceras por presión en estadio II o superior
  - Tener una condición de desnutrición (IMC inferior a 18,5)
  - Haber tenido mínimo 2 ingresos hospitalarios en el último año
  - Estar diagnosticado de alcoholismo.

Además, el grupo de trabajo deberá valorar incluir en la propuesta de UPP criterios adicionales como:

- Haber presentado 2 o más ingresos en el último año
- Haber sufrido una descompensación de alguna de sus patologías crónicas en el último mes
- Haber realizado 3 o más visitas a urgencias en los últimos 3 meses por descompensación de su enfermedad base.

---

#### Criterios de exclusión o límites

Los límites marginales de la UPP comprenden los enumerados a continuación:

- Estar en una fase agónica de cualquiera de las enfermedades crónicas del PPP
- Tener únicamente problemática social
- Padecer trastornos de conducta asociados a un deterioro cognitivo que requiere tratamiento
- Tener diagnosticados síndromes de movilidad crónicos no rehabilitables con úlceras de presión.
- Pacientes incluidos en cuidados intensivos y/o programas de trasplantes
- Estar diagnosticados de SIDA
- Estar incluido en un programa de tratamiento agresivo (diálisis)

Por último, el límite final de la UPP será el fallecimiento del paciente.

---

#### Diseño de las instalaciones

La UPP deberá ser un lugar de concentración de medios terapéuticos y diagnósticos de alta complejidad, localizado en el área hospitalaria y donde todas sus instalaciones estén cerca. Entre sus instalaciones deberá incluir:

- **Una zona de acceso o recepción** que incluya la zona de espera y registro de los pacientes.
- Una zona de aseos y vestuarios tanto para los pacientes como para el personal.
- Una **“pradera” o zona de despachos** abierta para favorecer la comunicación de todos los profesionales y **salas de reuniones**.
- **Sala de descanso para el personal:** La calidad de vida del personal influye directamente en la calidad de la atención que recibirán los PPP, por ello, es muy importante que el personal goce de una zona donde poder descansar y comunicarse con sus compañeros en un ambiente más distendido.
- **Un servicio de soporte intrahospitalario**, cuya área de intervención sean los PPP pertenecientes a la UPP que están hospitalizados de forma convencional, ya que hay estudios que demuestran que las intervenciones realizadas en los PPP durante su hospitalización disminuye el deterioro funcional en pacientes ingresados (48)
- **Una unidad de estancias cortas**
  - a. Sala de control para profesionales sanitarios de guardia.
  - b. Boxes/ habitaciones para pacientes con los recursos necesarios para que pueda estar presente un acompañante.
- **Una unidad de día**, que incluya los espacios asistenciales necesarios para que sin necesidad de ingreso hospitalario los profesionales puedan:
  - a. **Consultas médicas de atención inmediata** de las diferentes especialidades con todo lo necesario para realizar exploraciones diagnósticas: presenciales y para e-consultas.
  - b. **Consulta de enfermería:** Curas complejas, realización de transfusiones
  - c. **Box de extracciones de sangre**
  - d. **Box tratamiento pautado:** Medicación intravenosa (hierro, inmunosupresores...), transfusiones, toracocentesis evacuadora, paracentesis...
  - e. **Box recuperación**
  - f. **Sala para la realización de pruebas complementarias:** espirometría, electrocardiograma, técnicas invasivas (por ejemplo, colonoscopias),

---

#### Acreditación de los centros

Como línea futura de la red nacional de UPP debería establecerse un **sistema de acreditación** de dichas unidades, donde de manera voluntaria pudieran someterse a una verificación externa que evaluara y midiera, con un conjunto de estándares, el nivel de la unidad respecto a un conjunto de referentes previamente establecidos, adaptados a la CCAA y consensuados con expertos

---

#### Estudio de necesidades de personal

El creación de una UPP **requiere un cambio organizativo** en la institución sanitaria donde vaya a implantarse. Es decir, necesitamos por parte de todos los profesionales, tanto los de Atención Primaria, como, sobre todo, los de Atención Especializada, una innovación a la hora de prestar atención a los PPP que sea integral y que garantice la continuidad asistencial. Para ello, deberán estar en continua formación y adaptación.

### Profesionales y responsabilidades asociadas

La dotación de personal necesario (49) para el correcto funcionamiento de la UPP (**tabla 3**) **deberá ajustarse en cada caso**, teniendo en cuenta la cartera de servicios que ofrecerá la UPP, los recursos disponibles en el centro sanitario y el tamaño de la población diana registrada en los servicios de atención primaria vinculados a la UPP. Por ejemplo, se puede estimar un ratio de 1 clínico por cada  $8.000 \pm 1.500$  personas mayores de 65 años de referencia.

Dependiendo de estos criterios deberá calcularse el tamaño de la plantilla, así como los **tipos de contrato requeridos para cada perfil** (a tipo parcial, tiempo completo, indefinidos, por proyecto...), ya que algunos perfiles pueden ser requeridos solo para algún proyecto concreto (campana de screening, diseño de formación a pacientes...) o para asesoramientos puntuales. Algunos de los profesionales podrían ser compartidos con otras unidades de cara a que la unidad sea más eficiente.

Además, **deberemos calcular la carga de trabajo y las tiempo** necesarias para llevar a cabo las tareas que requerirá el personal, sobre todo, si empleamos en la UPP a personal interno del centro sanitario. Dicha carga de trabajo deberá reflejarse en sus planillas y liberarse durante este periodo de las tareas del servicio en el que estén trabajando actualmente.

PERFIL/ROL	RESPONSABILIDADES
<b>Responsable y coordinador de la UPP</b> Clínico → Perfil deseable; internista, geriatra o clínico de AP En el caso de UPP grandes esta función podrá recaer en 2 personas	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Será el facultativo de referencia en ausencia de este (baja, días de libre disposición, vacaciones...)</li> <li>- Tendrá un papel como referente tanto para los clínicos de AP como para los de atención especializada: comunicación de incidencias, dudas de casos concretos, seguimiento...</li> <li>- Evaluará y analizará periódicamente los KPI, detectará necesidades no cubiertas tanto de pacientes como de profesionales, actualizará los protocolos</li> <li>- Analizará los códigos de alerta generados por la APP</li> <li>- Participación en los comités multidisciplinares</li> </ul>
<b>Internistas/ geriatras</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Identificar y realizar la valoración integral exhaustiva (VIE) de acuerdo con el protocolo, en la fase inicial del PPP en la UPP.</li> <li>- Será el facultativo de referencia para un grupo de PPP no superior a 8. Lo cual implica estar accesible telefónicamente</li> <li>- Realizará las consultas médicas personalizadas y necesarias a los PPP asignados y coordinará las consultas de estos, con especialistas clínicos si lo considera oportuno.</li> <li>- Orientará al PPP en el entramado hospitalario</li> <li>- Mantener una comunicación fluida con el clínico de AP de sus pacientes para realizar un seguimiento conjunto.</li> <li>- Coordinación de ingreso directo de sus PPP desde centro de AP, domicilio o residencia medicalizada.</li> <li>- Participación en comité multidisciplinar para la toma de decisiones</li> </ul>
<b>Clínicos atención primaria (AP)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Identificar a los pacientes con enfermedades crónicas complejas y pluripatológicas</li> <li>- Participar en comité multidisciplinar para la toma de decisiones</li> <li>- Realizar el seguimiento ambulatorio del PPP junto con la enfermera de enlace.</li> </ul>

<p><b>Enfermera de enlace/ de práctica avanzada/ gestora de casos</b></p> <p>Deberá haber mínimo una en la UPP (centro hospitalario) y otra en AP</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Óptima comunicación entre la enfermera de enlace de la UPP y la del centro de AP.</li> <li>- Unificar pruebas, coordinación y garantizar la continuidad de los cuidados en los diferentes niveles de asistencia social y sanitaria</li> <li>- Planificación, aplicación, valoración, coordinación, monitorización y evaluación de las diferentes alternativas disponibles para cada paciente.</li> <li>- Recogida de información específica sobre las necesidades de cada PPP</li> <li>- Identificación de las necesidades de todos los roles implicados (pacientes, familiares y profesionales)</li> <li>- Educación del paciente en autocuidados (función de coach)</li> </ul>
<p><b>Profesionales de la enfermería</b></p>	<p>Serán los encargados de realizar los cuidados que contribuyan a la recuperación, mejora o mantenimiento de las capacidades funcionales de los PPP, siendo que estos están alineados con las necesidades y expectativas de estos. Incluyendo:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Recepción de pacientes: Tomarán constantes y se encargarán de la parte de la valoración integral exhaustiva (VIE) del PPP de acuerdo con el protocolo.</li> <li>- Realizaran funciones típicas de la enfermería como, por ejemplo, extracciones, curas, poner medicación, realizar pruebas diagnósticas (electrocardiogramas, espirometrías...)</li> <li>- Participación en los comités multidisciplinares</li> </ul>
<p><b>Auxiliar de clínica</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Realizar tareas de cuidados a los PPP en la unidad de día</li> <li>- Comprobar periódicamente la “check-list” de inventario</li> </ul>
<p><b>Trabajador social</b></p> <p>Tanto en AP como en atención especializada</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Será el encargado de detectar, las necesidades y problemas sociales del paciente, evaluar y analizar todas las alternativas disponibles y diseñar un plan personalizado que contemple los recursos necesarios para solucionarlos. Sus intervenciones pueden producirse por iniciativa de los PPP, de sus familiares, de los profesionales involucrados o de los servicios sociales.</li> <li>- Participación en los comités multidisciplinares</li> <li>- Formación digital a los PPP.</li> </ul>
<p><b>Farmacéutico</b></p> <p>Tanto en AP como en atención especializada</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Encargados de dar apoyo informativo, formativo y técnico sobre la selección de la medicación (siguiendo criterios de prescripción), su efectividad y seguridad, sobre todo, en el diseño del plan terapéutico personalizado de cada PPP.</li> <li>- Podrán solventar dudas de los técnicos de las oficinas de farmacia.</li> <li>- Impulsarán actividades de revisión o “desprescripción” de la medicación para, entre otros, detectar medicamentos contraindicados, revisar pautas y dosis, detectar cascadas terapéuticas o problemas de seguridad.</li> <li>- Mantener y facilitar la adherencia al tratamiento tras cualquier transición asistencial de los PPP.</li> <li>- Promover la unificación entre los distintos niveles asistenciales, de criterios de selección y prescripción de medicamentos</li> <li>- Participación en los comités multidisciplinares</li> </ul>
<p><b>Especialistas de las diferentes especialidades</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Asesorar y realizar consultas puntuales detalladas y agendadas en los planes personalizados para cada PPP diseñador por los comités multidisciplinares</li> <li>- Participación en los comités multidisciplinares si el caso lo requiere.</li> </ul>
<p><b>Biólogo (biomédico/</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Diagnóstico molecular</li> </ul>

biotecnólogo/ bioinformático)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- I+d de la unidad</li> <li>- Desarrollar algoritmos de ayuda a la decisión médica, de prescripción asistida</li> <li>- Coordinación con unidad de trasplantes y unidad de ensayos clínicos del centro</li> <li>- Participación en los comités multidisciplinares si el caso lo requiere</li> </ul>
<b>Fisioterapeuta</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Como personal asociado a la UPP se podría solicitar sus servicios en la unidad de día en el caso que aplique.</li> <li>- Posible participación en los comités multidisciplinares si el caso lo requiere</li> </ul>
<b>Psicólogo clínico</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Prestará asistencia psicológica tanto a los pacientes como a los cuidadores durante todo el <i>patient journey</i></li> <li>- Realizará parte de la VIE</li> <li>- Posible participación en los comités multidisciplinares si el caso lo requiere</li> </ul>
<b>Nutricionista</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Como personal asociado a la UPP, se puede considerar la consulta de un nutricionista para elaborar un plan nutricional en el caso que aplique</li> <li>- Posible participación en los comités multidisciplinares si el caso lo requiere</li> </ul>
<b>Personal administrativo</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Gestión de la admisión</li> <li>- Convocatoria de comités multidisciplinares</li> </ul>
<b>Soporte informático</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Gestión de incidencias en la aplicación e HCE.</li> <li>- Blindar el sistema para garantizar la protección de datos de los PPP</li> <li>- Coordinarse con la agencia externa para el diseño de la APP de la UPP.</li> </ul>
<b>Experto en asuntos legales y bioética</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Revisar que todas las intervenciones de la UPP cumplen con la normativa de protección de datos</li> <li>- Visión ética de los procedimientos.</li> </ul>

**Tabla 2.** Listado del personal necesario para poner en marcha la UPP y sus responsabilidades. *Elaboración propia.*

---

*Patient journey* personalizado:

### 1. Identificación del paciente como PPP: análisis de criterios de inclusión y exclusión de la UPP.

La identificación del PPP es el punto de partida para poder desarrollar una estrategia personalizada de atención. Al considerarse **punto clave del proceso**, los profesionales, tanto de AP como de atención especializada, deberán tener capacidad integradora y estar correctamente formados (50). Además, la identificación precoz del estado de fragilidad de los PPP, conlleva una mejora de la perspectiva rehabilitadora y de mantenimiento de la funcionalidad del paciente (51).

El proceso de identificación **comienza con la sospecha** por parte de los profesionales de los diferentes sistemas o servicios asistenciales (Residencias medicalizadas, urgencias, consultas externas, atención primaria, dispositivos de atención domiciliaria, hospital de día y algoritmo de la aplicación).

Toda **sospecha deberá ser confirmada por el clínico de AP** formado y vinculado a la UPP. Siendo que los pacientes solo podrán ser incluidos en el circuito de la UPP si cumplen los criterios de inclusión y no con los de exclusión que ya se han detallado anteriormente.

El último paso de esta fase es la inclusión en la aplicación (tanto para los profesionales como para los PPP) de la condición de PPP. Dicha aplicación generará un código QR, con el cual el paciente podrá ser identificado en todo momento.

Posteriormente, el paciente en la aplicación deberá rellenar unos cuestionarios prediseñados e identificar cuál será su cuidador principal incluyendo en la misma aplicación su información de contacto.

Como **línea futura a la implementación de UPP**, debería instaurar progresivamente en atención primaria herramientas de estratificación poblacional a los pacientes crónicos complejos y pluripatológicos.

## 2. Valoración integral exhaustiva (VIE):

Deberá realizarse la Valoración Integral Exhaustiva (VIE) con el objetivo de obtener una “foto” de todas las dimensiones del paciente, la cual nos aportará una visión 360° del PPP. La VIE se realizará según la casuística particular de cada PPP; en el centro de AP, UPP o domicilio. Dicha valoración constará de 5 áreas principales descritas a continuación (**Tabla 3**).

<b>VALORACIÓN CLÍNICA y de PRONÓSTICO</b>		
Objetivo: Completar el caso particular de cada PPP (información y pruebas) y clasificar al paciente dentro de las categorías clínicas (tabla 1)		
<b>Ítem</b>	<b>Descripción</b>	<b>Responsable</b>
<b>Anamnesis:</b> <i>La enfermera gestora generará la versión completa y la contrastará con la HCE</i>	Relleno de formularios prediseñados en la APP (hábitos de vida, comorbilidades incluyendo fecha de inicio y repercusión funcional, síntomas, antecedentes...)	Paciente
	Entrevista personal (video ejemplo: (52)) : para corroborar los datos (checklist validada por UPP) y recabar otros datos necesarios.	Internista/ geriatra
<b>Exploración física</b>	Exploración física sistemática completa (según protocolo) y prescripción de pruebas diagnósticas complementarias.	Enfermera
	Exploración antropométrica (peso, altura, IMC) y registro de constantes vitales	
<b>Realización de escalas</b> (si aplica)	Uso de escalas dependiendo de la categoría clínica (tabla 1)	Internista/ geriatra
<b>Pruebas complementarias</b> (si aplica)	Se realizarán pruebas necesarias para el caso que no consten en su versión válida/actualizada en la UPP. Como, por ejemplo, analítica ajustada a la patología que incluya hemograma (el valor de Hb es necesario para determinar el índice pronóstico)	Enfermera gestora de casos y personal de enfermería.
<b>Valoración pronóstico vital</b>	Mediante el <b>Índice PROFUNDED</b> (53)(54)	Internista/ geriatra

<b>VALORACIÓN FUNCIONAL (personal de enfermería formado y/o fisioterapeuta)</b>	
<b>Objetivo:</b> Se deberá realizar una valoración inicial y valoraciones periódicas hasta la del momento de alta (máximo avance) para realizar una estimación cuantitativa de su grado de independencia y evaluar la evolución entre las diferentes valoraciones. <b>**En el caso en el que en un periodo de tiempo razonable no haya mejoría será factor pronóstico de pobre rehabilitación</b>	
Ítem	Escala
Valoración de las actividades básicas de la vida diaria (ABVD)	<b>Índice de Barthel y mini-Barthel (43)</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>PPP con autonomía funcional:</b> IB mayor o igual a 90 + una prueba de la velocidad de la marcha negativa (&gt;5s en recorrer 4m).</li> <li>- <b>PPP con fragilidad funcional:</b> IB &lt;90+ una prueba de la velocidad de la marcha alterada (&lt;5s en recorrer 4m).</li> <li>- <b>PPP en situación de dependencia funcional:</b> IB&lt; 90 y PPP con dependencia funcional severa a los que presenten IB&gt;60.</li> </ul>
Valoración de actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD)	<b>Escala de Lawton (46)</b>
Valoración de la calidad de vida relacionada con la salud.	<b>Encuesta de calidad de vida relacionada con la salud basal SF-12 (CRD)(55)</b>

<b>VALORACIÓN PSICOLÓGICA (Psicólogo/a clínica)</b>	
Ítem	Escala
<b>Estado cognitivo</b>	<b>El test de Pfeiffer (48):</b> Se realizará un cribado de deterioro cognitivo en mayores de 65 años en los que no se sospeche de este.
	<b>Mini examen cognoscitivo de Lobo (49):</b> Se realizará según las recomendaciones del PAI Demencias, en los casos de sospecha de deterioro cognitivo,
<b>Estado afectivo</b>	<b>Escala abreviada o mini-Yesavage:</b> Se llevará a cabo un cribado de cuadro depresivo en mayores de 65 años mediante 1 pregunta ¿siente que su vida está vacía?
	- SI → Se realizará <b>la escala de depresión de Yesavage (50)</b> y se valorará el diagnóstico clínico de depresión.
	- NO y/o ante baja sospecha clínica → se finaliza el cribado
	<b>Escala de Cornell (56)</b> en pacientes con deterioro cognitivo

<b>VALORACIÓN SOCIAL, DE PROACTIVIDAD DEL PPP y de PREFERENCIAS Y VALORES (Trabajador/a social):</b> al paciente y cuidador principal (en caso de que aplique: sospecha de maltrato, discapacidad, enfermedad mental grave, toxicomanía...). Debemos tener en cuenta que los determinantes sociales son una de las causas más importantes para enfermar (51)	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Criterio de necesidad de un cuidador:</b> IB &gt;60 puntos y/o test de Pfeiffer con 5 o más errores</li> </ul>	
Ítem	Escala/intervención
<b>Cribado AP</b>	<b>Escala de Gijón (40)(52)</b> que se realizara en AP para cribar situaciones de riesgo social. Si la puntuación es >10 puntos se requerirá una valoración mediante entrevista, por el trabajador social
<b>Valoración áreas sociales</b>	<b>Entrevista personal:</b> Se conocerá al paciente y su proyecto vital, analizando las siguientes áreas; familia, cohesión familiar, clima afectivo, condiciones estructurales, seguridad confortabilidad, privacidad, entorno, red relacional, recursos y activos comunitarios.
<b>Sobrecarga del cuidador</b>	<b>Índice de esfuerzo del cuidador (Caregiver Strain Index )(57).</b> Se procederá en los casos de sospecha de sobrecarga. Incluyendo: cuidadores que conviven con el PPP en el mismo domicilio o pasan más de 10h/día en el mismo y/o PPP con gran discapacidad (IB<60 punto o test de Pfeiffer con mas de 5 errores)
<b>Valoración de proactividad del PPP: (valoración)</b>	<b>Evaluación de las competencias digitales del PPP</b> y de diferentes ítems mediante los <b>criterios NOC (62).</b> Deberán evaluarse: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Los factores del paciente que pueden afectar a la capacidad de empoderamiento y de aprender las estrategias de autocuidado mediante la NOC: [3102]</li> </ul>

<i>conjunta con enfermera gestora de casos)</i>	<p>AUTOCONTROL: ENFERMEDAD CRÓNICA.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- El grado de conocimiento sobre el proceso de sus enfermedades y sus complicaciones potenciales mediante la NOC: [1803] CONOCIMIENTO: PROCESO DE LA ENFERMEDAD.</li> <li>- El nivel de convicción personal de que un problema de salud amenazador es grave y tiene posibles consecuencias negativas para el estilo de vida mediante la NOC: [1704] CREENCIAS SOBRE LA SALUD: PERCEPCIÓN DE AMENAZA</li> <li>- Los factores de la familia que pueden afectar su capacidad para controlar los factores estresantes mediante la NOC: [2600] AFRONTAMIENTO DE LOS PROBLEMAS DE LA FAMILIA.</li> <li>- La preparación de la familia para asumir la responsabilidad de la asistencia sanitaria domiciliar de un miembro de la familia con pluripatología: NOC: [2202] PREPARACIÓN DEL CUIDADOR FAMILIAR DOMICILIARIO.</li> </ul>
<p><b>Valoración preferencias, deseos y valores del PPP.</b> (Aspectos religiosos, espirituales y culturales)</p>	<p>Comunicación voluntaria de aspectos definidos en la <b>Guía de Apoyo a Profesionales para la Planificación Anticipada de las Decisiones</b>(58), donde se incluyen cuestiones que el paciente quiere que se tengan en cuenta respecto a la atención sanitaria que recibirá, sobre todo, de cara a los momentos finales de su vida. Sus contenidos están claramente</p> <p><b>Cuestiones sobre espiritualidad</b> en fases terminales de la vida (aunque no hay unanimidad) (59). Que incluye 4 preguntas: ¿cuál es tu fe o cuáles son tus creencias?, ¿qué papel juegan en el cuidado de tu salud?, ¿formas parte de un grupo espiritual o religioso? y ¿cómo podrían manejarse estas cuestiones por el equipo que atiende al paciente?</p>

<b>VALORACIÓN FARMACOLÓGICA (Farmacéutico de la UPP): Inicial y periódica</b>
<b>Ítems</b>
Evaluación del número total y de la familia de fármacos en el momento de la inclusión (CRD)
Análisis de la adherencia: Porcentaje de adherencia al tratamiento (CRD)
<p>Análisis de adecuación:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Índice de adecuación del tratamiento según <b>la escala MAI</b> (nº de ítems no adecuados)</li> <li>- Revisión de los medicamentos para que garantizar que se cumplen <b>criterios básicos de adecuación</b> (60)→ <b>STOPP-START</b> (Screening Tool of Older Person´s potentially inappropriate Prescription/ Screening Tool to Alert doctors to the Right)(61)</li> <li>- Evaluar la posibilidad de desprescripción utilizando la lista <b>STOPPFRAIL</b>(62): En pacientes con Índice Profund &gt;11 puntos</li> <li>- Se evaluará si el paciente tiene prescrito algún fármaco de alto riesgo mediante el <b>listado de medicamentos de alto riesgo del proyecto MARC69</b>(63)→fármacos relacionados con el riesgo de caídas.</li> <li>- Se realizará el cuestionario de Morisky-Green(64)</li> </ul>
Evaluación de la carga terapéutica farmacológica: Esta deberá ser asumible por el paciente y/o persona que cuida y en caso contrario se intentará la desprescripción o simplificación del tratamiento y/o mejorar las habilidades de ambos.

**Tabla 3.** Descripción de las diferentes áreas de la VIE incluyendo las escalas.

*Elaboración propia*

Los resultados de cada prueba de la VIE deberán registrarse en la HCE vinculada a la unidad (acceso desde la APP). Los recursos utilizados en la valoración serán Documentos normalizados Específicos (DNE) que deberán almacenarse en Bases de Datos Específicas (BDE)

Posteriormente la enfermera gestora de casos tendrá que elaborar **un informe de Valoración Integral (VI)** para su posterior **valoración por parte del comité multidisciplinar**. Además, una vez obtenido el informe, los PPP serán incluidos en un



sistema de priorización en el que se incluye un sistema de alarmas que podrá cambiar la prioridad de cada paciente en tiempo real.

Resaltar, que la VIE deberá realizarse en diferentes momentos del “patient journey”:

- VIE inicial: Deberá realizarse en un plazo máximo de 30 días tras la identificación del PPP
- VIE de revalorización focalizada: entre la 2º y 6º semanas postalta tras una hospitalización
- VIE por evento trascendental: aconsejado en los siguientes casos
  - Criterios de fragilidad (IB entre 90-99): VIE cada 6 meses
  - Disminución de 20 puntos en IB (siempre que IB > 60 puntos)
  - Alto riesgo de caída (velocidad de la marcha > 8s): VIE cada 6 meses
  - Cambios importantes en la medicación

---

### 3. Comunicación e inclusión del PPP en la UPP

En este paso, la enfermera de enlace que realice el informe de valoración integral (VI) asignará el PPP a un facultativo de referencia de la UPP. Teniendo en cuenta que cada facultativo no podrá tener un grupo superior a 8 pacientes y que estos deberán ser agrupados según la categoría clínica y necesidades detectadas.

Será el facultativo de referencia el que se encargue de vinculación de todos los roles implicados a la aplicación de la UPP y de la comunicación al:

- Clínico de AP, el encargado principal del seguimiento del PPP
- Paciente y/o cuidador. Donde se le informará con un lenguaje adaptado; su condición de pluripatología, su inclusión en el proceso asistencial de la UPP, el esquema de profesionales vinculados a su proceso, las características generales de la UPP, los recursos disponibles y los próximos hitos de su proceso.

---

### 4. Co-diseño de plan de acción personalizado para cada PPP

En las sesiones de casos de los diferentes comités multidisciplinares que apliquen a cada caso, **se diseñará un plan de acción personalizado** y adaptado a las necesidades de cada PPP.

Para ello, cada sesión requerirá una **preparación previa** por parte de cada uno de los perfiles que forma el comité, que incluya la identificación de problemas, la definición de metas y objetivos y las intervenciones y acciones que consideren necesarias (**incluyendo acciones de todas las fases: diagnóstico, prevención, promoción de la salud y de tratamiento**), así como el responsable de cada una de esas intervenciones. Hay que aclarar que **todas las fases deberán ser consideradas desde el primer momento** en el plan, para poder ir gestionando todas las acciones y que éstas estén disponibles en el momento necesario.

Uno de los aspectos innovadores de los nuevos modelos de gestión sanitaria, es el de incluir en el plan de acción, **un plan de pre-habilitación** a una intervención. Por

ejemplo, en el caso de las cirugías está estudiado que, si preparamos con una serie de recomendaciones al paciente antes de las mismas, el paciente llega a la intervención en condiciones óptimas y esto mejora significativamente el riesgo de complicaciones y su recuperación.

Durante las sesiones del comité se pondrán en común dichas propuestas, se llegará a un consenso entre todas las partes, **se ordenarán las acciones cronológicamente**, se estimarán los tiempos aceptables de espera y se trasladará la propuesta definitiva a la aplicación para que todos los roles implicados tengan agendadas las intervenciones.

Dentro de este plan de acción deben agendarse y tenerse en cuenta tanto las consultas presenciales como las no presenciales sin el paciente y las interconsultas.

**Programa de evaluación de resultados en salud y en experiencia paciente adaptada a cada UPP:**

Dentro del plan de acción personalizado del PPP se detallará un programa de evaluación de resultados en salud y experiencia paciente adaptado al paciente. En este deberán incluirse los indicadores clínicos o KPI genéricos de la UPP y concretos del caso, así como los resultados reportados por el paciente (PROMS) y la experiencia reportada por el paciente (PREMS). Siguiendo la metodología de la UICO del programa E-RES de QuironSalud (65).

La puesta en marcha del programa incluirá 3 fases principales:

- **Diseño del plan de evaluación:** Es importante estimular tanto a los profesionales como a los pacientes desde las fases tempranas del diseño para asegurar su adherencia, así como determinar el umbral aceptable para cada indicador.
  - Revisión de la evidencia y bibliográfica
  - Determinar los KPI o indicadores de resultado clínicos clave de la UPP (66) así como los umbrales aceptables de los mismos y por debajo de los cuales se establecerá el sistema de alertas. Entre los KPI deberían incluirse:
    - a. Número de ingresos hospitalarios convencionales realizados a los PPP vinculados a la UPP.
    - b. Estancia media de los PPP ajustada por casuística  $\rightarrow \text{EMAC} = \text{Sumatorio (GRD a GRD) (Altas E* EMU) / Total de Altas E} < 1$
    - c. Porcentaje de reingresos de los PPP
    - d. Número de notificaciones de reacciones medicamentosas o adversas.
    - e. Porcentaje de reducción del número de estancias hospitalarias/año de los PPP (>15%)
    - f. Número de pacientes a los que se les realiza la VIE inicial
    - g. Porcentaje de reducción de urgencias hospitalarias (>20%)
    - h. Número de PPP registrados en la UPP
    - i. Porcentaje de cancelaciones de citas
    - j. Índice de ambulatorización de pacientes: consultas ambulatorias/ estancias hospitalarias

- k. Número de PPP identificados en AP
  - l. Número de PPP vinculados a ensayos clínicos
  - m. Número de pacientes ingresados de manera programada a través de la UPP
  - n. Número de consultas de los facultativos de referencia al año
  - o. Número de casos gestionados por la enfermera gestora de casos al año
  - p. Número de altas de la UPP
  - q. Índice de satisfacción de los pacientes, profesionales y gerentes (>80%)
  - r. Número de PPP incluidos en programas de activación o autogestión
  - s. Número de Planes de Acción Personalizados diseñados por los comités multidisciplinares
  - t. Número de sesiones de los comités multidisciplinares
- Para el diseño de los cuestionarios para la recogida de los PREMs, se tendrán como referentes el *Patient Assessment of Care for Chronic Conditions (PACIC)*, el *Patient Assessment of Care for Chronic Conditions.Plus (PACIC plus)* y el *IEXPAC (cuestionario orientados a cuidados crónicos)*
  - En el caso de los PROMs queda mucho por hacer para llegar a una estandarización de estos ya que la pluripatología no está incluida en el consorcio internacional ICHOM, aunque podemos basarnos en las dimensiones detalladas para las personas mayores (67)
- Definición de puntos de interacción con el paciente en su *patient journey*.
- **Captación:** Inclusión de los indicadores en una aplicación de Business Intelligence que permita realizar un seguimiento continuado de la evolución de estos.
    - Diseño de escalas y sistemas de recogidas de información: cuestionarios en el portal del paciente, entrevistas con el paciente e información extraída de la HCE. Teniendo en cuenta que la interfaz debe ser amigable con el usuario.
    - Determinar que KPI deberían reportarse en tiempo real y establecer cuáles son los criterios para diseñar un sistema de alertas.
    - Crear un cronograma y circuito con los sistemas y fechas de recogida de feedback. Por ejemplo, fechas de apertura y cierre de los cuestionarios en el portal del paciente.
  - **Análisis de la información agregada** en el proceso, mediante los equipos de soporte informáticos de la unidad.
    - Diseño de *scorecards* individuales y por tipología
    - Visualización de los datos adaptada al usuario: paciente, profesional y gerente. De manera que todos los roles puedan ver la evolución, así como que se emitan recomendaciones prediseñadas para el paciente según el resultado en tiempo real.
    - Benchmarking entre la red de UPP para contribuir al plan de mejora continua.

---

## 5. Coordinación, evaluación, seguimiento y optimización del plan personalizado del PPP.

En esta fase deberá trazarse un plan de mejora continua donde mediante reuniones periódicas con todos los roles implicados (gerencia-paciente-profesionales) realizadas

cada 3 meses durante el primer año de implantación de la UPP y cada semestre en los años posteriores, se evalúen los resultados, se optimicen los planes y se hable con los pacientes para sobre todo determinar los PREMs y aprender a mejorar la experiencia paciente.

---

#### Análisis y definición de la cartera de servicios incluidos dentro de la UPP

La cartera de servicios de la UPP no debe estar centrada en la curación sino en todas las dimensiones de la salud. Es decir, en la prevención, promoción de la salud, predicción, detección precoz, cronificación, rehabilitación y calidad de vida de entre otros.

---

#### Servicios relacionados con la optimización del plan de acción personalizado para cada PPP.

Dentro de este bloque de servicios se encuentran:

- Establecimiento de **una única persona de contacto o facultativo de referencia** para cada paciente que este siempre accesible para orientar, guiar y gestionar el plan de acción personalizado (68).
- **Optimización de la parte logística del plan de acción personalizado** a través de la enfermera gestora asignada del casos. Se gestionarán, coordinarán, unificarán y optimizarán las citas, traslados y pruebas, con el objetivo de optimizar recursos e intervenir lo mínimo posible en la rutina del paciente.
- Coordinación y puesta en marcha de **equipos multidisciplinares** que incluyan a todos los roles implicados **a nivel nacional** en el proceso de los PPP para desarrollar **guías y consensos basados en la evidencia para el manejo de los PPP y de las principales enfermedades tratadas en las UPP**. Con el objetivo de disminuir la variabilidad asistencial, y hacer seguimiento de la seguridad y eficiencia de los medicamentos para detectar nuevas interacciones, evitar prescribir medicamentos inadecuados y simplificar al máximo el tratamiento entre otros.
- Generación de **protocolos actualizados de manejo y tratamiento de los pacientes** adaptados a cada UPP diseñados en comité multidisciplinar que incluyan protocolos de prevención de enfermedades nosocomiales y de caídas, de planes terapéuticos, de coordinación con otras áreas, servicios o equipos (por ejemplo, cuidados paliativos, centros de referencia u hospital domiciliario) y de diseño de planes de acción personalizados entre otros.
- **Co-creación con la unidad de innovación e investigación** para diseñar conjuntamente proyectos de investigación que aporten valor a los PPP en cualquiera de sus dimensiones.
- **Impulso a la creación de centros de referencia nacionales** tanto para el diagnóstico como para la interconsulta de casos concretos, de manera que tanto los expertos como las últimas tecnologías estén disponibles para todos los PPP del panorama nacional.

---

#### Aplicación para el manejo del PPP en todas sus dimensiones (ayuda a la decisión médica y a la gestión farmacológica)

La implementación de **una aplicación (APP) vertical móvil del servicio de la UPP** en el Sistema de Información (SI) del centro sanitario donde se implantara la UPP. Dentro de este SI, debieran estar incluidos como mínimo los elementos matriz, es decir, la Historia Clínica Electrónica (HCE) y los Sistemas de Información Hospitalarios (HIS). Así como, aplicaciones auxiliares (compras, finanzas, logística...), portal del paciente, sistemas de imagen digital (PACS), sistemas de gestión de farmacia hospitalaria y aplicaciones departamentales.

Así incluida en el SI y con acceso al resto de elementos, tendríamos la APP de la UPP, la cual será el **eje central de cada unidad y el proyecto principal de su cartera de servicios**. El objetivo principal de esta será el control de la actividad asistencial, la ayuda a la decisión médica y la gestión farmacológica de los PPP.

El equipo de soporte informático deberá **blindar el sistema** con el fin de garantizar la seguridad del paciente y **diseñar e instalar la infraestructura** necesaria (servidores, dispositivos, redes, almacenamiento...) con un plan de riesgo que contemple las incidencias más probables y tengamos elementos para solucionarlo (por ejemplo, tener una red wifi extra).

El diseño, propiamente dicho de la APP podrá solicitarse a una **agencia externa especialista** en la materia y bajo las órdenes de todos los miembros implicados de la UPP, teniendo en cuenta que la interfaz deberá ser amigable, sencilla e intuitiva. La financiación para esto podrá obtenerse mediante convenios de colaboración públicos o privados (Industria Farmacéutica).

El experto en asuntos legales deberá establecer las normas necesarias para cumplir con la **normativa de protección de datos vigente**, así como establecer un **sistema de usuarios** con perfiles y permisos diferentes de manera que solo el equipo asignado a cada PPP tenga acceso a sus datos. Además, esta APP estará vinculado al portal del paciente.

La APP debería al menos constar con las siguientes funciones:

- **Manejo del tratamiento y cultura de seguridad del paciente.** Para lo cual se debería incluir:
  - **Un sistema de prescripción asistida**, que nos sugiera una pauta de tratamiento personalizada (fármacos, dosis y recomendaciones) para el PPP mediante un **algoritmo de inteligencia artificial** donde estén incluidos e integrados los algoritmos de tratamiento de las diferentes patologías, de acuerdo con las guías y consensos actuales. Así como, nos dé una sugerencia de simplificación de tratamiento, podamos incluir las alergias e intolerancias del paciente y que detecte interacciones medicamentosas descritas en la literatura.
  - **Potestad para ajustar medicación en el portal del paciente:** Mediante esta APP podríamos cambiar o ajustar la medicación del paciente con el objetivo de desaturar la atención primaria.

- **Reporte a farmacovigilancia (FV):** A través del portal del paciente en tiempo real se podrían reportar efectos adversos a los departamentos de FV de las empresas y recoger datos para poder describir y estudiar nuevas interacciones medicamentosas.
- **Un sistema de alertas** co-diseñado entre el farmacéutico de la UPP y el paciente y/o cuidador, teniendo en cuenta su estilo de vida y vinculado al portal del paciente donde se programen alarmas de administración que recuerden el fármaco y la dosis, además de que quede registro de la confirmación de las tomas para poder hacer seguimiento de la adherencia.
- **Agilización de la burocracia:** Con el objetivo de dar respuesta a la inmediatez que solicitan en el mundo actual los pacientes:
  - **Un sistema de Gestión de Consentimientos Informados** electrónicos diseñado y gestionado junto con el experto en asuntos legales de la UPP, que incluya la opción de asistencia virtual o telefónica para resolver dudas.
  - **Un sistema de detección de candidatos a ensayos clínicos** que incluya la información sobre riesgos y alternativas de manera similar a como lo hace la APP Match Trial, pero aplicado a todas las patologías vinculadas a la UPP.
  - **Un sistema de detección y seguimiento de candidatos a trasplantes** en coordinación con la unidad de trasplantes, para encontrar candidatos que se ajusten a los requisitos y evitar el desperdicio de órganos.
- **Comunicación en tiempo real, escucha activa y seguimiento personalizado del paciente.**
  - **Inclusión del plan de acción personalizado del PPP** en el portal del paciente, así como un cronograma a modo de “**tracking**” **de todos los hitos del plan.** Además, durante el proceso se irán colgando los informes, resultados de pruebas, intervenciones y comentarios que el equipo de profesionales pueda ir compartiendo en tiempo real con el paciente y cuidador (en el caso de que se le de acceso). También se incluirán **los cuestionarios de seguimiento** pautados y calendarizados en el plan, donde entre otros, podamos detectar precozmente complicaciones.
  - **Sistema de solicitud de citas y e-consultas extra fuera del plan de acción personalizado:** con un calendario donde se muestre la disponibilidad de los diferentes servicios, de manera similar a las APP donde se reserva mesa en los restaurantes.
  - **Inclusión de un chatbot** en los portales de paciente de los PPP vinculados a la unidad, donde en el caso de no ser suficientes las respuestas prediseñadas se le ponga en contacto directamente con el facultativo de referencia o en quien el delegue.
  - Añadir un **cuadro de medicación y dosis actualizado en el portal del paciente** con enlace a los prospectos y fichas técnicas.
  - Acceso desde el portal del paciente a **formaciones y píldoras de recomendaciones** personalizadas según patología.
  - Diseño de una página en el portal del paciente donde **se represente esquemáticamente cual será el equipo asistencial** de cada PPP, con las

funciones de cada uno y el contacto o sistema de contacto de cada profesional.

- **Trabajo en red, colaboración e interconsultas.** Con el objetivo de estandarizar la comunicación entre todos los roles implicados en la UPP debería existir una plataforma donde entre otros, poder hacer informes colaborativos, realizar videollamadas de consulta, programar ingresos desde atención primaria y transferir pacientes a otros servicios.
- **Detección de alertas epidemiológicas y registro nacional de PPP** con fines epidemiológicos y de investigación. Aunque cuando hablamos de pluripatología en epidemiología, debemos hablar de **multimorbilidad**. Pues la multimorbilidad es la proporción de pacientes que enferman en un lugar concreto durante un tiempo determinado. Es decir, la multimorbilidad se refiere a la presencia de múltiples enfermedades en una proporción de individuos durante un tiempo determinado. (69)
- **Red de comunicación de todas las UPP nacionales.** Una plataforma donde poder compartir; iniciativas, proyectos, dudas, barreras comunes y como las solventaron, así como, organizar congresos y eventos y tener visibilidad conjunta frente a las autoridades.

La adaptación del UPP a la transformación digital tiene como hemos visto, muchos beneficios. Sin embargo, no debemos olvidar que este tipo de tecnologías aumenta lo que conocemos como brecha digital y, sobre todo, en el caso de los PPP ancianos.

Para evitar o romper esta brecha digital deberá diseñarse un programa de formación para todos los pacientes de la UPP que así lo soliciten y un programa de cesión o préstamo de dispositivos electrónicos (teléfono o tablets) financiado por asociaciones, industria farmacéutica o compañías de tecnología digital.

---

#### Servicios relacionados con la red de apoyo.

Los servicios sociosanitarios gestionados por el trabajador social deberán realizarse ofertarse en base al **historial social o expediente estandarizado**, elaborado y actualizado mediante la VIE. Dentro de la cartera de servicios socio sanitarios podemos encontrar:

- **La evaluación de las necesidades del paciente y su entorno familiar** desde las más básicas hasta las de relación o de ocio, para llevar a cabo un asesoramiento y seguimiento adecuado.
- **Asistencia psicológica** tanto para el paciente como para el cuidador. Incluso una vez el PPP fallezca.
- **Organización y difusión de grupos de apoyo** tanto presenciales como virtuales (foros, grupos de WhatsApp...) y eventos que den visibilidad a la patología.
- **Ayuda para conseguir el reconocimiento de dependencia**, grado de minusvalía, etc: Dónde y cómo llevar a cabo los trámites y asesoramiento para efectuarlos.
- **Ayuda para solicitar las ayudas y subvenciones** que le correspondan por el nivel de dependencia del PPP u otras circunstancias (situación económica, arraigo familiar, etc.) y asesoramiento para enfrentarse a los trámites administrativos)

- **Ayuda para solicitud de préstamo o asesoramiento de compra** de: camas articulables, sillas de ruedas, artículos ortopédicos, ayudas para reformas, medicación o tratamientos caros no incluidos en el SNS
- **Asesoramiento para matriculación del PPP en centros de día** en los que el paciente pueda desarrollarse y descargar a la familia por unas horas (Si hay cerca de su domicilio, dónde están, requisitos para entrar, ayuda para hacer la solicitud...)
- **Información sobre residencias o centros de atención especializados** (asesoramiento, trámites, dudas...)
- **Coordinación de los traslados en ambulancia o adaptados que el paciente** pueda requerir tanto para sus controles médicos como para su vida diaria
- **Atención o apoyo al cuidador (70)**: Se deberá diseñar un plan de cuidados para el PPP que evite situaciones de sobrecarga.
- **Contacto con el IMSERSO (71) y con las asociaciones de pacientes** para que puedan beneficiarse de sus prestaciones o actividades.

Anualmente el trabajador social de la UPP deberá analizar el perfil habitual de los PPP y conocer sus necesidades primordiales.

---

#### Servicios relacionados la autogestión y proactividad del PPP

Desde el punto de vista de la experiencia paciente está comprobado que la activación del paciente, es decir, el aportar le conocimientos, habilidades y confianza, mejora sus resultados clínicos y de satisfacción, así como los resultados de gestión, ya que reduce la demanda de servicios asistenciales.

Para ello, con el objetivo de impulsar el perfil proactivo del paciente sería conveniente desarrollar:

- **Campañas de concienciación y sensibilización** para la sociedad, donde se reconozca y explique la función de las UPP
- **Diseñar formaciones adhoc** que incluya el desarrollo de infografías, cursos y videos, de diferentes temáticas de interés tanto para pacientes como para cuidadores.
- **Desarrollo de una Escuela de Pacientes y Cuidadores a nivel nacional** donde las diferentes UPP contribuyan a formar pacientes y cuidadores “activos” y “expertos”.

---

#### Servicios relacionados con la promoción y prevención de la salud

Es una realidad que falta mucha investigación en el ámbito de la pluripatología, ya que la evidencia que tenemos actualmente está parcelada y no hay muchas investigaciones que se centren en el abordaje integrador de los PPP.

Por ello, desde la UPP deberán impulsarse **las investigaciones con enfoque integrador sobre la pluripatología**, así como la **creación de asociaciones de pacientes pluripatológicos**, ya que estas entidades podrían dar visibilidad a la condición de pluripatología y promocionar la salud.

En el ámbito de la prevención de salud, desde la UPP y con el apoyo de otras entidades, como asociaciones de pacientes, empresas y entidades científicas, deberán implementar



campañas de prevención periódicas, tales como **campañas de vacunación, campañas de diagnóstico temprano o screening** de diferentes patologías, haciendo más hincapié en aquellas vinculadas a la edad o condición de pluripatología y **programa de detección de fragilidad**.

Con el objetivo de acceder a todos los PPP, y así asegurar la universalidad del sistema, deberán organizarse **campañas para garantizar este acceso a las zonas rurales**, donde residen muchos de los PPP de edad avanzada. Para ello, podrían gestionarse proyectos donde incluir en un autobús, de forma similar a lo que se hace para la donación de sangre, que fuera por estas zonas tecnología para hacer cribados, campañas de vacunación...

---

#### Servicios relacionados con la rehabilitación y preservación del PPP fuera del hospital

Uno de los propósitos principales de la UPP, consiste en **garantizar la continuidad asistencial** más allá de la asistencia hospitalaria. Por ellos desde la UPP deben coordinar y considerar en el plan de acción personalizado los siguientes servicios en el caso de que sean necesarios:

- Atención domiciliaria temporal: Desde la UPP se gestionará este servicio para PPP; inmovilizados, en situación terminal, ancianos en riesgo, residentes en instituciones y en adaptación tras alta hospitalaria.
- Inscripción de los PPP en programas de voluntariado de acompañamiento o ayuda domiciliaria.
- Servicio de fisioterapia o rehabilitación a domicilio
- Servicios paliativos.

Por otro lado, y con el objetivo de evitar la saturación que está sufriendo el sistema y prevenir el colapso de la UPP, se deberá ofrecer **asesoramiento a las residencias de la tercera edad o de enfermos de diferentes ámbitos para que puedan medicalizarse** y atender desde allí en cooperación con la UPP a los pacientes vinculados a la unidad.

---

#### Plan de funcionamiento: definición de sus criterios y circuitos.

---

##### Modelo de atención y flujo de pacientes.

En la UPP buscamos un modelo de atención continuada y conjunta UPP-AP tal y como se detalla en el *patient journey*.

En el caso de que el paciente por cualquier circunstancia no contemplada en el plan de acción personalizado requiera asistencia hospitalaria, el clínico de AP podrá solicitar el ingreso desde la APP, evitando que el PPP tenga que acceder por el circuito convencional de urgencias.

Tanto los ingresos pautados como los agendados a través de AP, dependiendo del horario serán:

- De lunes a viernes de 8h a 15h: Ingreso agendado desde AP por la APP, desde una residencia medicalizada (previo aviso telefónico), desde otro servicio del propio hospital o desde el servicio de urgencias.
- De lunes a viernes a partir de las 15h, sábados domingos y festivos:
  - a. Se deberán evitar ingresos sociales y en el caso de que se produjera, los pacientes ya asignados a la UPP tendrán prioridad para trasladarse a un centro de cuidados mínimo.
  - b. Tendrán preferencia de ingreso los pacientes derivados de centros de salud con los que la UPP tiene relación directa.

Posteriormente, el facultativo de referencia del PPP valorará al paciente, con independencia del motivo de ingreso y lo derivará en el caso de ser necesario al servicio que aplique. En paralelo, y en coordinación con el comité multidisciplinar, deberá trazar un plan precoz de alta hospitalaria revaluando las necesidades de cuidados del PPP y cuidador, así como actualizando el plan de acción personalizado en el caso de ser necesario.

Cabe destacar, que todos los procedimientos e intervenciones realizadas al PPP deberán estar reflejadas en la HCE (visitas presenciales, cuestionarios de seguimiento, partes de interconsulta...).

El facultativo de referencia de cada PPP podrá emitir diferentes tipos de alta dependiendo la casuística:

- Altas definitivas de la UPP si no requieren seguimiento, aunque se acompañara el **informe de alta de la unidad con un plan de preventivo y de tratamiento**.
- Altas de seguimiento por parte de la UPP en la unidad de día, donde se le dará al paciente un **informe de continuidad de cuidados** donde se detallen los problemas activos al alta y el nivel de dependencia. Así como, un plan de transición que apoye las necesidades del PPP, que garantice su seguridad y continuidad de cuidados fuera del entorno hospitalario.
- Altas de seguimiento por parte de su clínico de AP, que reportará directamente en la aplicación compartida. Para que se produzca dicha alta, será necesario que el **médico o enfermera de AP** realicen una primera llamada máximo 48h después del alta para comenzar el **seguimiento exhaustivo y contemplado en el plan de acción personalizado del PPP**.
- Altas por traslado de los PPP a otros centros, servicio o unidades en el caso de no poder garantizar la atención adecuada al UPP con los medios disponibles en el momento concreto. Pudiendo derivar al paciente a; centros de salud mental, atención paliativa o consultas externas entre otros.

---

#### Comités multidisciplinarios en la UPP:

Los comités multidisciplinarios de la UPP se organizarán y crearán según las categorías clínicas descritas en el *patient journey* y las necesidades detectadas en la VIE.

Las sesiones del comité para la discusión de casos y diseño de los planes de acción personalizados para cada PPP se planificarán con **al menos 24h de antelación** y se agruparán en una misma sesión casos similares coordinados por el mismo facultativo de referencia.

Por ello, en todo comité multidisciplinar deberá estar el facultativo de referencia, el coordinador de la UPP, el clínico de AP, la enfermera de enlace asignada, el experto en asuntos legales y bioética, el farmacéutico, el biólogo y el paciente y/o cuidador, además de los especialistas que se hayan considerado esenciales en la VIE. La inclusión del paciente es muy importante, ya que es una forma de que sea parte activa de su proceso y evitar el paternalismo. Para facilitar el trabajo del equipo admirativo, a la hora de convocar los comités se crearán listas de distribución con los miembros.

Además de las sesiones de casos, el comité multidisciplinar deberá reunirse periódicamente con el coordinador de la unidad con el objetivo de **automatizar procedimientos y encontrar acciones basura o “waste”**, de manera que aplicando la metodología Lean se puedan optimizar los planes de acción personalizados.

Otra de las funciones de estos comités será la de realizar reuniones periódicas para analizar desde un enfoque **sistémico incidentes de seguridad y diseñar planes de prevención y mejoras**.

---

#### Plan de compras

En lo que a recursos materiales se refiere, desde la UPP deberá contemplarse cuales son las necesidades basadas en lo que se utiliza (evitar duplicidades) y realizar un plan de aprovisionamientos, así como de proveedores.

Periódicamente las auxiliares de clínica deberán realizar un inventariado a través de una *check-list* desarrollada de acuerdo con el plan, y volcarán en la APP que estará vinculada a la APP auxiliar del SI de compras del hospital las necesidades de compra detectadas.

---

#### Uso de tecnologías de la información y comunicación (TICS)

Como ya hemos mencionado anteriormente la inclusión de las nuevas tecnologías en el proceso asistencial será uno de los ejes de la UPP. Por ello, se requerirán dispositivos tipo móvil o Tablet para todos los profesionales de manera que puedan acceder a la APP y entre otros, realizar VIE, hacer seguimiento de los pacientes y tener instalado el sistema de alertas.

A pesar de que estas suponen una gran inversión, el ahorro en el coste de la asistencia médica que demandan los pacientes sin la UPP es muy superior.

---

#### COORDINACIÓN CON OTROS CENTROS Y TRABAJO EN RED

Dado que la sostenibilidad del SNS en España está en entredicho y las nuevas tecnologías para el diagnóstico y tratamiento tienen un elevado coste, se está viendo comprometido el acceso universal a los mismos por parte de los PPP.

Con idea de asegurar el acceso de todos los PPP a dichas tecnologías y servicios, sería conveniente crear centros de referencia nacionales en diferentes hospitales, de manera que todas las UPP pudieran trabajar en red y derivar a los pacientes que considerasen oportunos.

---

#### Normativa y estatutos de la UPP

El experto en asuntos legales y bioética de la UPP junto con el departamento legal del centro será el encargado de desarrollar el código ético, el plan para asegurar el cumplimiento de la ley de protección de datos, un modelo de consentimiento informado y los estatutos de la unidad, de acuerdo con la legislación vigente. Además, será este profesional el encargado de asegurar y garantizar el cumplimiento de estos.

---

#### Estudio económico del servicio

Lo más relevante en el estudio económico será realizar **un presupuesto anual** teniendo en cuenta tanto los recursos personales como los materiales. Además, **este presupuesto deberá** realizarse contemplando **3 escenarios** (optimista, neutra y pesimista) y deberá incluir el diseño de un **plan de contingencias**.

Para ello, es importante tener en cuenta el **estudio de población diana** para poder estimar la complejidad esperada de los pacientes, **el coste esperado** y poder compararlo con el coste actual de los PPP (54). Así como realizar **un estudio de costes relevante**, que tiene en cuenta los costes que pueden ser modificados de forma significativa por la intervención de los PPP, **un estudio de impacto en costes** y **un estudio que analice el ahorro** que supondría la UPP (72). Ya que es importante realizar un diagnóstico fiable del coste de tratamiento antes de poner en marcha la UPP, para poder garantizar la financiación de esta.

En lo referente a las fuentes de financiación podemos optar por una financiación público-privada.

Por un lado, a lo que la publica se refiere, estuviera o no la UPP en la cartera común de servicios básicos del SNS, el modelo de financiación podría asemejarse al modelo navarro (33) que está **vinculado a resultados**. Dentro del cual podemos encontrar diferentes formas de financiación:

- **Modelo de financiación territorial de cada área de salud**. Donde se genera un contrato programa capitativo con cada área, con el objetivo de impulsar el desarrollo de sistemas de evaluación.
- **Modelo de financiación servicios hospitalarios de excelencia-centros de salud**, para el cual se requiere una fase de pilotaje previa.
- **Modelo de financiación e incentivos** relacionado con la realización de programas específicos para los PPP. En este caso se asigna la financiación según los resultados del programa y no según la actividad.

Por otro lado, podríamos contar con **financiación privada** para desarrollar algunos proyectos con el desarrollo de la aplicación o para apoyar los programas formativos entre otros. Para ello, es importante contar con todos los *Stakeholders* del SNS como, por ejemplo, la Industria Farmacéutica.

#### Plan de inclusión de las UPP en la cartera de servicios común del SNS

##### Marco regulatorio

Para entender los requisitos que debe incluir la UPP para que esta sea incluida en la cartera de Servicios comunes del SNS debemos analizar el **Real Decreto 1030/2006**, actualizado el 29 de enero de 2022(73).

Concretamente en el artículo 3 se detallan las características, donde se establece que todo servicio incluido debe garantizar la **atención integral y la continuidad de la asistencia prestada**. Dicha característica está totalmente alineada con el modelo de las UPP.

Por otro lado, el artículo 4.4 que habla sobre personal y centros autorizados, afirma que los centros deberán estar autorizados según lo establecido en Real Decreto 1277/2003, de 10 de octubre. Este punto será importante de cara a la implementación de las UPP.

Finalmente, en el artículo 5.3 se indican los **criterios y requisitos que deben cumplir los servicios incluidos en la Cartera del SNS**. Tales como contribuir de forma eficaz a la prevención, el diagnóstico y/o tratamiento de las enfermedades y la conservación o mejora de la esperanza de vida, aportar una mejora en términos de efectividad, eficacia, eficiencia o utilidad demostrada frente a las alternativas existentes en el momento actual y cumplir con la Ley vigente en el caso de que se utilicen medicamentos o productos sanitarios. Todos estos requisitos están presentes en la propuesta que se detalla en este proyecto.

Sin embargo, el procedimiento queda un poco desdibujado y no se aclara en ningún sitio, cómo enfrentarnos a las instituciones para exponer el proyecto de UPP.

##### Paso a paso para la inclusión

El punto de partida reside en las CCAA, ya que estas, además de poseer iniciativa para plantearle al Ministerio la adopción de nuevos servicios, también tienen la potestad de establecer otros servicios complementarios, y puesto que se han creado precisamente con ánimo de descentralizar y acercarse al ciudadano, este podría ser el primer eslabón natural al que acudir.

Por tanto, el procedimiento para la inclusión de las UPP en la cartera de Servicios comunes del SNS podría ser el siguiente:

En primer lugar, acudir con la propuesta de UPP, acompañada de la documentación pertinente, al órgano que la CCAA haya designado para revisar y actualizar la cartera de servicios. En este caso, dado que estamos en Madrid, recurrimos al **“Procedimiento**

**normalizado de trabajo (PNT) para la actualización de la Cartera de Servicios Estandarizados”(74).** Aquí encontramos no sólo “quien, cómo y sobre qué aspectos” se pueden hacer propuestas de actualización, sino también “cómo y quién” hace la valoración, validación y aprobación final de las mismas.” Estudiando el PNT es como descubrimos que debemos dirigirnos al **GACSE (Grupo Asesor de Cartera de Servicios de Atención Primaria)**. Ya que, el GACSE es el grupo multidisciplinar de consulta y asesoramiento constituido por profesionales del ámbito de la AP y otros colectivos o grupos de interés, que valoran y validan las propuestas de mejora y cambio y es el Gerente Asistencial de Atención Primaria quien toma la decisión definitiva.

Por todo esto, el primer paso será **concertar una cita con alguno de los miembros del GACSE** y que este eleve la propuesta al grupo. Si no tuviéramos acceso a ninguno de sus miembros, podemos dirigirnos a alguno de los “**grupos de interés**” que llevan propuestas a este órgano.

Una vez que el GACSE haya comprendido la oportunidad y pertinencia de la propuesta, se pondrá en marcha la maquinaria para llegar al nivel de la CCAA, pudiéndonos encontrar en **2 escenarios**:

- Por un lado, la CCAA podría incorporar la UPP como **complementario a los comunes del Sistema Nacional de Salud**, si cumpliendo todos los requisitos establecidos, encuentran que la UPP garantiza la seguridad, eficacia, eficiencia y también la sostenibilidad e impacto organizativo en el conjunto del sistema.
- Por otro lado, la CCAA podría elevar la propuesta **al Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud** para evaluar allí, si cumple los criterios para formar parte de la actualización de los servicios comunes del SNS(75). Si esta última condición se diese, se incorporaría a la propuesta la **documentación que se requiriera** (la memoria técnica que incluya los resultados de la evaluación, las repercusiones bioéticas y sociales y la memoria económica que contemple la valoración del impacto negativo y positivo que pueda suponer la UPP)

En el caso de optar por el segundo escenario, la propuesta pasaría a evaluarse por el Ministerio de Sanidad y Consumo a través de **la Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del Instituto de Salud Carlos III**, en colaboración con otros órganos evaluadores propuestos por las CCAA(76).

Si este órgano considerara que la UPP supone un incremento del gasto con implicaciones presupuestarias significativas para el SNS, el proyecto debería analizarse por la **Comisión interministerial para el estudio de los asuntos con trascendencia presupuestaria**, el cual emitirá el preceptivo informe que será presentado al **Consejo Interterritorial del SNS**.

Por su parte el **Ministerio de Economía y Hacienda** trasladará este informe al **Consejo de Política Fiscal y Financiera**, el cual propondrá, en su caso, las medidas necesarias para garantizar el equilibrio financiero del SNS.

Finalizada la tramitación de los expedientes, se elevarán éstos a **la Comisión de prestaciones, aseguramiento y financiación**, el órgano responsable de la elaboración y evaluación de la cartera de servicios comunes del SNS. Dependiendo de su evaluación,

la UPP se podrá incluir en diferentes formas de financiación, según la cartera común (77) en la que se incluya:

- **En la cartera común básica de servicios asistenciales**, donde la UPP estaría cubierta completamente por financiación pública
- **En la cartera común suplementaria**, donde el servicio de la UPP se realice mediante dispensación ambulatoria y esté sujeta a aportación del usuario. Aunque en este caso, la totalidad del proyecto de la UPP no tendría mucho sentido incluirla aquí.
- **En la cartera común de servicios accesorios**, donde se incluyen los servicios que no se consideran esenciales o que son de apoyo para la mejora de una patología crónica y que están sujetas a aportación o 10. reembolso del paciente, según el **Real Decreto-ley 16/2012 (78)**.

**Nuestro escenario ideal** sería que la totalidad del proyecto o servicio de la UPP fuera incluida dentro de la cartera básica de servicio asistenciales y que en el caso de que esto no fuera posible que el máximo de servicios incluidos dentro de la unidad, fueran incluidos en dicha cartera y el resto en la cartera común de servicios accesorios.

#### Conclusiones

- Los cambios sociodemográficos y el aumento de la cronicidad han generado la necesidad de crear nuevos modelos de atención sanitaria dirigidos al abordaje del PPP en los sistemas sanitarios.
- Los sistemas sanitarios se enfrentan a un reto de alta magnitud, ya que los PPP suponen un elevado coste los sistemas, el cual compromete su sostenibilidad, ya que disponen de recursos limitados
- Las UPP surgen como un modelo de asistencia sanitaria multidisciplinar que garantiza la continuidad asistencial de los PPP mediante la coordinación de todos los niveles de atención.
- En este proyecto se propone un modelo de UPP nacional estandarizado y una guía detallada de cómo poner en marcha una unidad de esta magnitud, que sea adaptable a todos los centros del panorama nacional.
- El nuevo *patient journey* propuesto en el proyecto, así como la cartera de servicios incluida en la UPP, garantizarían la atención del PPP en todas sus dimensiones.
- La inclusión de las UPP en la cartera común del SNS, ayudaría a que las UPP se convirtieran en una realidad en todos los centros sanitarios españoles, garantizando una atención de calidad para los PPP independientemente del lugar de residencia.

## Bibliografía

1. Asistencial Integrado P. Atención a Pacientes Pluripatológicos. [cited 2022 May 15]; Available from: [www.juntadeandalucia.es/salud](http://www.juntadeandalucia.es/salud)
2. Le Reste JY, Nabbe P, Manceau B, Lygidakis C, Doerr C, Lingner H, et al. The European General Practice Research Network presents a comprehensive definition of multimorbidity in family medicine and long term care, following a systematic review of relevant literature. *J Am Med Dir Assoc* [Internet]. 2013 [cited 2022 May 16];14(5):319–25. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23411065/>
3. Repositorio Salud Andalucía: Atención a pacientes pluripatológicos: proceso asistencial integrado. 3ª ed [Internet]. [cited 2022 May 15]. Available from: <http://www.repositoriosalud.es/handle/10668/2824>
4. INE. Instituto Nacional de Estadística. Statistics (Ber) [Internet]. 2015 [cited 2022 May 15];2011–2011. Available from: <http://www.ine.es/jaxi/menu.do?type=pcaxis&path=/t40/clasrev&file=inebase>
5. INE. Mujeres y hombres en España. 2014;127. Available from: <http://www.inmujer.gob.es/estadisticas/mujeresHombres/docs/2014/Mujeresyhombres2013.pdf>
6. Instituto Nacional de Estadística. (National Statistics Institute) [Internet]. [cited 2022 May 16]. Available from: <https://www.ine.es/dynt3/inebase/es/index.htm?type=pcaxis&path=/t15/p419/a2011/p04/&file=pcaxis>
7. Zhang JX, Rathouz PJ, Chin MH. Comorbidity and the concentration of healthcare expenditures in older patients with heart failure. *J Am Geriatr Soc* [Internet]. 2003 Apr 1 [cited 2022 May 15];51(4):476–82. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12657066/>
8. Orueta JF, Nuño-Solinís R, García-Alvarez A, Alonso-Morán E. Prevalence of multimorbidity according to the deprivation level among the elderly in the Basque Country. *BMC Public Health* [Internet]. 2013 Oct 3 [cited 2022 May 19];13(1):1–11. Available from: <https://bmcpublihealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2458-13-918>
9. Barnett K, Mercer SW, Norbury M, Watt G, Wyke S, Guthrie B. Epidemiology of multimorbidity and implications for health care, research, and medical education: a cross-sectional study. *Lancet (London, England)* [Internet]. 2012 [cited 2022 May 19];380(9836):37–43. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22579043/>
10. Ramírez-Duque N, Ollero-Baturone M, Bernabeu-Wittel M, Rincón-Gómez M, Ortiz-Camuñez MÁ, García-Morillo S. Características clínicas, funcionales, mentales y sociales de pacientes pluripatológicos. Estudio prospectivo durante un año en Atención Primaria. *Rev Clínica Española* [Internet]. 2008 Jan 1 [cited 2022 May 15];208(1):4–11. Available from: <https://www.revclinesp.es/es-caracteristicas-clinicas-funcionales-mentales-sociales-articulo-S0014256508716606>



11. Unidad de pacientes pluripatológicos Estándares y recomendaciones. [cited 2022 May 15]; Available from: <http://www.060.es>
12. Incidencia y características clínicas de los pacientes con pluripatología ingresados en una unidad de medicina interna | Med. clín (Ed. impr.);125(1): 5-9, jun. 2005. tab, graf | IBECS [Internet]. [cited 2022 May 15]. Available from: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/en/ibc-036644>
13. World Health Organization. GLOBAL STATUS REPORT on noncommunicable diseases 2014 “Attaining the nine global noncommunicable diseases targets; a shared responsibility.” 2014;
14. Managing the Most Expensive Patients [Internet]. [cited 2022 May 16]. Available from: <https://hbr.org/2020/01/managing-the-most-expensive-patients>
15. Sanchez Serrano JL GZM. Descripción en el paciente polimedcado. Bol Farmacoter Castilla La Mancha [Internet]. 2012 [cited 2022 May 19];XVI(3). Available from: [https://sanidad.castillalamancha.es/sites/sescam.castillalamancha.es/files/documentos/farmacia/boletin\\_3\\_2015.pdf](https://sanidad.castillalamancha.es/sites/sescam.castillalamancha.es/files/documentos/farmacia/boletin_3_2015.pdf)
16. Onder G, Petrovic M, Tangiisuran B, Meinardi MC, Markito-Notenboom WP, Somers A, et al. Development and validation of a score to assess risk of adverse drug reactions among in-hospital patients 65 years or older: the GerontoNet ADR risk score. Arch Intern Med [Internet]. 2010 Jul 12 [cited 2022 May 15];170(13):1142–8. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20625022/>
17. Gurwitz JH, Field TS, Harrold LR, Rothschild J, Debellis K, Seger AC, et al. Incidence and preventability of adverse drug events among older persons in the ambulatory setting. JAMA [Internet]. 2003 Mar 5 [cited 2022 May 15];289(9):1107–16. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12622580/>
18. Baturone Manuel O, Beltrán Domingo O, Rico Cristina D, Sánchez Pilar R, Soto Alfonso L, Jiménez Miguel M, et al. DOCUMENTO DE CONSENSO ATENCIÓN AL PACIENTE CON ENFERMEDADES CRÓNICAS Grupo de Trabajo de la Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI) y la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria (semFYC).
19. Hospitalizaciones Potencialmente Evitables por condiciones crónicas [Internet]. [cited 2022 May 27]. Available from: <https://atlasvpm.org/atlas/hpe-zbs/>
20. Cesari M, Onder G, Russo A, Zamboni V, Barillaro C, Ferrucci L, et al. Comorbidity and physical function: results from the aging and longevity study in the Sirente geographic area (iLSIRENTE study). Gerontology [Internet]. 2006 Jan [cited 2022 May 15];52(1):24–32. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16439821/>
21. Ko Y, Coons SJ. An examination of self-reported chronic conditions and health status in the 2001 Medicare Health Outcomes Survey. Curr Med Res Opin [Internet]. 2005 Nov [cited 2022 May 15];21(11):1801–8. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16307701/>

22. Menotti A, Mulder I, Nissinen A, Giampaoli S, Feskens EJM, Kromhout D. Prevalence of morbidity and multimorbidity in elderly male populations and their impact on 10-year all-cause mortality: The FINE study (Finland, Italy, Netherlands, Elderly). *J Clin Epidemiol* [Internet]. 2001 [cited 2022 May 15];54(7):680–6. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11438408/>
23. COMISIÓN DE LAS COMUNIDADES EUROPEAS. El futuro de la asistencia sanitaria y de la atención a las personas mayores: garantizar La accesibilidad, la calidad y la sostenibilidad financiera. *Comun LA Com AL Cons AL Parlam Eur AL Com ECONÓMICO Y Soc Y AL Com LAS Reg* [Internet]. 2001 [cited 2022 Jun 6]; Available from: <https://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=COM:2001:0723:FIN:ES:PDF>
24. Ouwens M, Wollersheim H, Hermens R, Hulscher M, Grol R. Integrated care programmes for chronically ill patients: a review of systematic reviews. *Int J Qual Heal care J Int Soc Qual Heal Care* [Internet]. 2005 Apr [cited 2022 May 15];17(2):141–6. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15665066/>
25. Plan Andaluz de Atención Integrada a Pacientes con Enfermedades Crónicas. 2012 [cited 2022 May 15]; Available from: [www.juntadeandalucia.es/salud](http://www.juntadeandalucia.es/salud)
26. Internistas y médicos de familia | Atención Primaria [Internet]. [cited 2022 May 16]. Available from: <https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-internistas-medicos-familia-14298>
27. Ministerio de Sanidad C y BS. INFORME DE EVALUACIÓN Y LÍNEAS PRIORITARIAS DE ACTUACIÓN. Estrategia para el Abordaje la Cronicidad en el Sist Nac Salud [Internet]. 2019 [cited 2022 Jun 6]; Available from: [https://www.sanidad.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/Evaluacion\\_E.\\_Cronicidad\\_Final.pdf](https://www.sanidad.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/Evaluacion_E._Cronicidad_Final.pdf)
28. Atención a pacientes pluripatológicos : proceso asistencial integrado -- 2ª ed. -- - Publicaciones - Junta de Andalucía [Internet]. [cited 2022 May 15]. Available from: <https://www.juntadeandalucia.es/servicios/publicaciones/detalle/50328.html>
29. Virgen HU, Rocío D, Duque NR. XXX CONGRESO NACIONAL DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE MEDICINA INTERNA RELACIONES ENTRE LA MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL Y ATENCIÓN PRIMARIA: UNA OPORTUNIDAD PARA LA COLABORACIÓN EXPERIENCIA DE UN MODELO DE COLABORACIÓN CON ATENCIÓN PRIMARIA.
30. Jesus Medina Asensio. Experiencia de la Unidad de Pluripatología del Hospital 12 de Octubre [Internet]. 2010 [cited 2022 May 16]. Available from: <https://www.fundacionsigno.com/archivos/publicaciones/2010m 9 p129.pdf>
31. UPPAMI (H120). Adaptando la organización a las necesidades de los pacientes. XXVI Congr la Soc Española Med Interna-FESEMI [Internet]. 2005 [cited 2022 Jun 6]; Available from: <https://www.fesemi.org/sites/default/files/documentos/ponencias/pppea-semi-2005/uppami.pdf>
32. Francesc Alberti Homar. Coordinador de programa PPL. PROGRAMA

- INTEGRAL DE ATENCIÓN AL PACIENTE (GESMA) PLURIPATOLÓGICO. 2006 Nov [cited 2022 Jun 6]; Available from: [https://www.fundacionsigno.com/bazar/1/atencio\\_al\\_pacient\\_pluripatologic1.pdf](https://www.fundacionsigno.com/bazar/1/atencio_al_pacient_pluripatologic1.pdf)
33. Departamento de Salud Navarra (Gobierno de Navarra). Estrategia Navarra de atención intergada a pacientes crónicos y pluripatológicos-Versión resumida. 2013;
  34. Así funciona la Unidad de Atención al Paciente Pluripatológico [Internet]. [cited 2022 May 16]. Available from: <https://actualidad.larioja.org/noticia?n=not-asi-funciona-la-unidad-de-atencion-al-paciente-pluripatologico>
  35. Unidad de Paciente Pluripatológico y Polimedicado - Hospital La Paloma [Internet]. [cited 2022 May 16]. Available from: <https://www.hospitallapaloma.com/unidad-de-paciente-pluripatologico-y-polimedicado/>
  36. telemonitorización Archivos - Kronikgune [Internet]. [cited 2022 May 15]. Available from: <https://www.kronikgune.org/tag/telemonitorizacion/>
  37. Comité asesor del Observatorio de la atención al paciente. Informe plataforma de organizaciones de pacientes 2021 [Internet]. Observatorio de la atención al paciente. 2021 [cited 2022 May 16]. p. 19–20. Available from: [https://www.plataformadepacientes.org/sites/default/files/informe2021\\_oap\\_vf\\_2.pdf](https://www.plataformadepacientes.org/sites/default/files/informe2021_oap_vf_2.pdf)
  38. El hospital del futuro. El papel de una asistencia sanitaria centrada en el paciente [Internet]. [cited 2022 May 27]. Available from: <https://www.fesemi.org/quienes/semi/hospital-del-futuro>
  39. Redefining Health Care: Creating Value-based Competition on Results - Michael E. Porter, Elizabeth Olmsted Teisberg - Google Libros [Internet]. [cited 2022 May 27]. Available from: <https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=Kp5fCkAzzS8C&oi=fnd&pg=PR10&dq=“Redefining+Health+Care”&ots=V-w5NegrE&sig=FQBdmqdDI33dq0kPSY3wEc3Zq1U#v=onepage&q=“Redefining Health Care”&f=false>
  40. What Is Value-Based Healthcare, ICHOM Standard Sets [Internet]. [cited 2022 May 27]. Available from: <https://www.ichom.org/why-measure-outcomes/>
  41. (12) (PDF) Implementación de una unidad funcional de pacientes pluripatológicos dentro del entramado asistencial del Hospital Universitario Marqués de Valdecilla [Internet]. [cited 2022 May 19]. Available from: [https://www.researchgate.net/publication/278965649\\_Implementacion\\_de\\_una\\_unidad\\_funcional\\_de\\_pacientes\\_pluripatologicos\\_dentro\\_del\\_entramado\\_asistencial\\_del\\_Hospital\\_Universitario\\_Marques\\_de\\_Valdecilla](https://www.researchgate.net/publication/278965649_Implementacion_de_una_unidad_funcional_de_pacientes_pluripatologicos_dentro_del_entramado_asistencial_del_Hospital_Universitario_Marques_de_Valdecilla)
  42. Dolgin M, New York Heart Association. Criteria Committee. Nomenclature and criteria for diagnosis of diseases of the heart and great vessels. 9th ed. /. Boston: Little Brown; 1994. 334 p.
  43. Bestall JC, Paul EA, Garrod R, Garnham R, Jones PW, Wedzicha JA. Usefulness

- of the Medical Research Council (MRC) dyspnoea scale as a measure of disability in patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Thorax* [Internet]. 1999 [cited 2022 May 16];54(7):581–6. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10377201/>
44. Pugh RNH, Murray-Lyon IM, Dawson JL, Pietroni MC, Williams R. Transection of the oesophagus for bleeding oesophageal varices. *Br J Surg* [Internet]. 2005 Dec 7 [cited 2022 May 16];60(8):646–9. Available from: <https://academic.oup.com/bjs/article/60/8/646/6188292>
  45. Lyman GH. Evaluation and regulation of oncology drug approval: Finding the right balance. *JAMA Oncol*. 2016 Jun 1;2(6):728–9.
  46. 2.2.7. Paciente pluripatológico | Servicio Andaluz de Salud [Internet]. [cited 2022 May 15]. Available from: <https://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/profesionales/cartera-de-servicios/atencion-primaria/i-area-de-atencion-la-persona/2-atencion-especifica/22-atencion-problemas-cronicos/227-paciente-pluripatologico>
  47. La Escala Socio-Familiar de Gijón, instrumento útil en el hospital general | *Revista Española de Geriatria y Gerontología* [Internet]. [cited 2022 May 16]. Available from: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-espanola-geriatria-gerontologia-124-articulo-la-escala-socio-familiar-gijon-instrumento-13006000>
  48. Baztán JJ, Suárez-García FM, López-Arrieta J, Rodríguez-Mañas L, Rodríguez-Artalejo F. Effectiveness of acute geriatric units on functional decline, living at home, and case fatality among older patients admitted to hospital for acute medical disorders: meta-analysis. *BMJ* [Internet]. 2009 Feb 7 [cited 2022 May 15];338(7690):334–6. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19164393/>
  49. De A, Con P. ENFERMEDADES CRÓNICAS COMPLEJAS Y PLURIPATOLÓGICAS MULTIMÉDICA-CUADERNO-2 15/11/13 12:18 Página P1. [cited 2022 May 16]; Available from: [www.multimediacproyectos.com/](http://www.multimediacproyectos.com/)
  50. Martín Lesende I. Abordaje integral del paciente pluripatológico en atención primaria. Tendencia necesitada de hechos. *Aten Primaria* [Internet]. 2013 [cited 2022 May 15];45(4):181. Available from: [/pmc/articles/PMC6985495/](https://pmc/articles/PMC6985495/)
  51. Muth C, van den Akker M, Blom JW, Mallen CD, Rochon J, Schellevis FG, et al. The Ariadne principles: How to handle multimorbidity in primary care consultations. *BMC Med* [Internet]. 2014 Dec 8 [cited 2022 May 15];12(1):1–11. Available from: <https://bmcmmedicine.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12916-014-0223-1>
  52. La Pluripatología. Entrevista clínica a un paciente pluripatológico - YouTube [Internet]. [cited 2022 May 16]. Available from: [https://www.youtube.com/watch?v=XpxKDhnB4rE&t=613s&ab\\_channel=OPIM-EC](https://www.youtube.com/watch?v=XpxKDhnB4rE&t=613s&ab_channel=OPIM-EC)
  53. Bernabeu-Wittel M, Ollero-Baturone M, Moreno-Gaviño L, Barón-Franco B, Fuertes A, Murcia-Zaragoza J, et al. Development of a new predictive model for

- polypathological patients. The PROFUND index. *Eur J Intern Med* [Internet]. 2011 Jun [cited 2022 May 15];22(3):311–7. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21570654/>
54. 42 Cots Reguant F. Comentario. La atención al paciente pluripatológico. ¿Hay oportunidades de mejora? Comentario. La atención al paciente pluripatológico. ¿Hay oportunidades de mejora? *Comment. Healthcare for patients with multiple disorders. Are there opportunities for improvement?*
  55. VFQ-25 - VFQ-25 Cuestionario de Funcionamiento Visual 25 - BiblioPRO [Internet]. [cited 2022 May 16]. Available from: <https://www.bibliopro.org/buscador/ver.html?ID=441>
  56. Alexopoulos GS, Abrams RC, Young RC, Shamoian CA. Cornell Scale for Depression in Dementia. *Biol Psychiatry* [Internet]. 1988 Feb 1 [cited 2022 Jun 6];23(3):271–84. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/3337862/>
  57. Caregiver Strain Index (CSI) : Home Healthcare Now [Internet]. [cited 2022 May 16]. Available from: [https://journals.lww.com/homehealthcareonline/Citation/2003/03000/Caregiver\\_Strain\\_Index\\_\\_CSI\\_.24.aspx](https://journals.lww.com/homehealthcareonline/Citation/2003/03000/Caregiver_Strain_Index__CSI_.24.aspx)
  58. Junta de Andalucía. Consejería de Salud y Bienestar Social. Planificación Anticipada de las Decisiones Guía de Apoyo para Profesionales. 2013 [cited 2022 Jun 6]; Available from: [https://www.juntadeandalucia.es/export/drupaljda/salud\\_5af1956a01d0a\\_planificacion\\_anticipada\\_de\\_decisiones\\_SSPA.pdf](https://www.juntadeandalucia.es/export/drupaljda/salud_5af1956a01d0a_planificacion_anticipada_de_decisiones_SSPA.pdf)
  59. Saila O, De Sanidad D, De Sanidad M, Consumo Y. Guía de Práctica Clínica sobre Cuidados Paliativos. [cited 2022 May 16]; Available from: <http://www.euskadi.net/ejgvbiblioteca>
  60. Organización Mundial de la Salud (OMS). Guía de la buena Prescripción-Manual práctico. Programa Acción Sobre Medicamentos Esenciales Ginebra [Internet]. 1998 [cited 2022 Jun 6]; Available from: [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/66661/WHO\\_DAP\\_94.11\\_spa.pdf](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/66661/WHO_DAP_94.11_spa.pdf)
  61. Delgado Silveira E, Montero Errasquín B, Muñoz García M, Vélez-Díaz-Pallarés M, Lozano Montoya I, Sánchez-Castellano C, et al. Mejorando la prescripción de medicamentos en las personas mayores: una nueva edición de los criterios STOPP-START. *Rev Esp Geriatr Gerontol* [Internet]. 2015 Mar 1 [cited 2022 May 16];50(2):89–96. Available from: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-espanola-geriatria-gerontologia-124-articulo-mejorando-prescripcion-medicamentos-personas-mayores-S0211139X14002236>
  62. Lavan AH, Gallagher P, Parsons C, O'Mahony D. STOPPFrail (Screening Tool of Older Persons Prescriptions in Frail adults with limited life expectancy): consensus validation. *Age Ageing* [Internet]. 2017 Jul 1 [cited 2022 May 16];46(4):600–7. Available from: <https://academic.oup.com/ageing/article/46/4/600/2948308>
  63. MINISTERIO DE SANIDAD SSEI. Proyecto MARC Elaboración de una Lista

- de Medicamentos de Alto Riesgo para los Pacientes Crónicos [Internet]. 2014 [cited 2022 May 16]. Available from: [https://seguridaddelpaciente.es/resources/documentos/2014/Proyecto\\_MARC\\_2014.pdf](https://seguridaddelpaciente.es/resources/documentos/2014/Proyecto_MARC_2014.pdf)
64. Rodríguez Chamorro MÁ, García-Jiménez E, Amariles P, Rodríguez Chamorro A, José Faus M. Revisión de tests de medición del cumplimiento terapéutico utilizados en la práctica clínica. Atención Primaria [Internet]. 2008 Aug 1 [cited 2022 May 16];40(8):413–8. Available from: <https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-revision-tests-medicion-del-cumplimiento-13125407>
  65. Campillo A, Olmo Rodríguez D, Mascuñano C. E-Res Salud. Programa de Evaluación de Resultados en Salud y Experiencia del Paciente. 19:2021.
  66. Indicadores clave del Sistema Nacional de Salud [Internet]. [cited 2022 May 26]. Available from: <http://inclasns.msssi.es/>
  67. Older Person – ICHOM Connect [Internet]. [cited 2022 May 26]. Available from: <https://connect.ichom.org/patient-centered-outcome-measures/older-person/>
  68. 9. Abordaje de la comorbilidad y la pluripatología - GuíaSalud [Internet]. [cited 2022 May 19]. Available from: <https://portal.guiasalud.es/egpc/manual-elaboracion-abordaje-comorbilidad/>
  69. Bernabeu-Wittel M, Alonso-Coello P, Rico-Blázquez M, Rotaache Del Campo R, Sánchez Gómez S, Casariego Vales E. Desarrollo de guías de práctica clínica en pacientes con comorbilidad y pluripatología. Aten Primaria [Internet]. 2014 [cited 2022 May 19];46(7):385. Available from: </pmc/articles/PMC6985605/>
  70. Osakidetza. RECURSOS Y SERVICIOS SOCIOSANITARIOS Apoyo y formación para la persona cuidadora: [Internet]. 2021 [cited 2022 May 28]. Available from: [https://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/osk\\_osaesk\\_kronik\\_perso\\_cuidad/es\\_def/adjuntos/ficha-recursos-servicios-sociosanitarios-cast-2021.pdf](https://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/osk_osaesk_kronik_perso_cuidad/es_def/adjuntos/ficha-recursos-servicios-sociosanitarios-cast-2021.pdf)
  71. Rodríguez Rovira Presidente Fundación Edad E. Reflexiones para la organización de la atención sociosanitaria de la cronicidad y la dependencia. I Congr Estatal Serv Soc [Internet]. 2015 [cited 2022 Jun 6]; Available from: [https://www.imserso.es/interpresent4/groups/imserso/documents/binario/17congr\\_essoss\\_rodriguez.pdf](https://www.imserso.es/interpresent4/groups/imserso/documents/binario/17congr_essoss_rodriguez.pdf)
  72. SEDAP. ESTRATEGIA DE GESTIÓN DE CRÓNICOS. 2013 [cited 2022 Jun 4]; Available from: [www.sedap.es](http://www.sedap.es)
  73. BOE.es - BOE-A-2006-16212 Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización. [Internet]. [cited 2022 May 16]. Available from: <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2006-16212>
  74. Gerencia Asistencial de Atención Primaria. Consejería de Sanidad de Madrid. CARTERA DE SERVICIOS ESTANDARIZADOS de Atención Primaria de

- Madrid [Internet]. 2021 [cited 2022 May 27]. Available from: <http://www.madrid.org/bvirtual/BVCM050454.pdf>
75. Formacurae. Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización [Internet]. [cited 2022 May 27]. Available from: <https://www.formacurae.es/wp-content/uploads/2019/12/Tema-1.-Cartera-de-servicios.pdf>
  76. Revisión de la cartera de servicios-Cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y procedimiento para su actualización. Diez temas candentes la Sanid española para 2012 [Internet]. 2012 [cited 2022 May 27]; Available from: [www.san.gva.es/cas/ciud/homeciud](http://www.san.gva.es/cas/ciud/homeciud)
  77. Ministerio de Sanidad - Profesionales - Cartera de Servicios comunes del SNS [Internet]. [cited 2022 May 27]. Available from: <https://www.sanidad.gob.es/profesionales/prestacionesSanitarias/CarteraDeServicios/home.htm>
  78. Real Decreto-ley 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones. BOE-A-2012-5403 [Internet]. 2012 [cited 2022 May 27];98. Available from: <https://www.sanidad.gob.es/profesionales/prestacionesSanitarias/CarteraDeServicios/docs/BOE-A-2012-16-consolidado.pdf>