

Plan Estratégico

de Continuidad Asistencial

de la Comunidad de Madrid

2024-2028



**Comunidad
de Madrid**



Esta versión forma parte de la Biblioteca Virtual de la **Comunidad de Madrid** y las condiciones de su distribución y difusión se encuentran amparadas por el marco legal de la misma.



comunidad.madrid/publicamadrid



Plan Estratégico de Continuidad Asistencial de la Comunidad de Madrid 2024-2028

Edita:

Comunidad de Madrid.

Emite:

Dirección General Asistencial.

Coordina:

Unidad de Continuidad Asistencial

Edición:

2024.

Maquetación:

M^a de los Ángeles Caamaño Flores

Soporte de edición:

Publicación en línea (PDF).

ISBN:

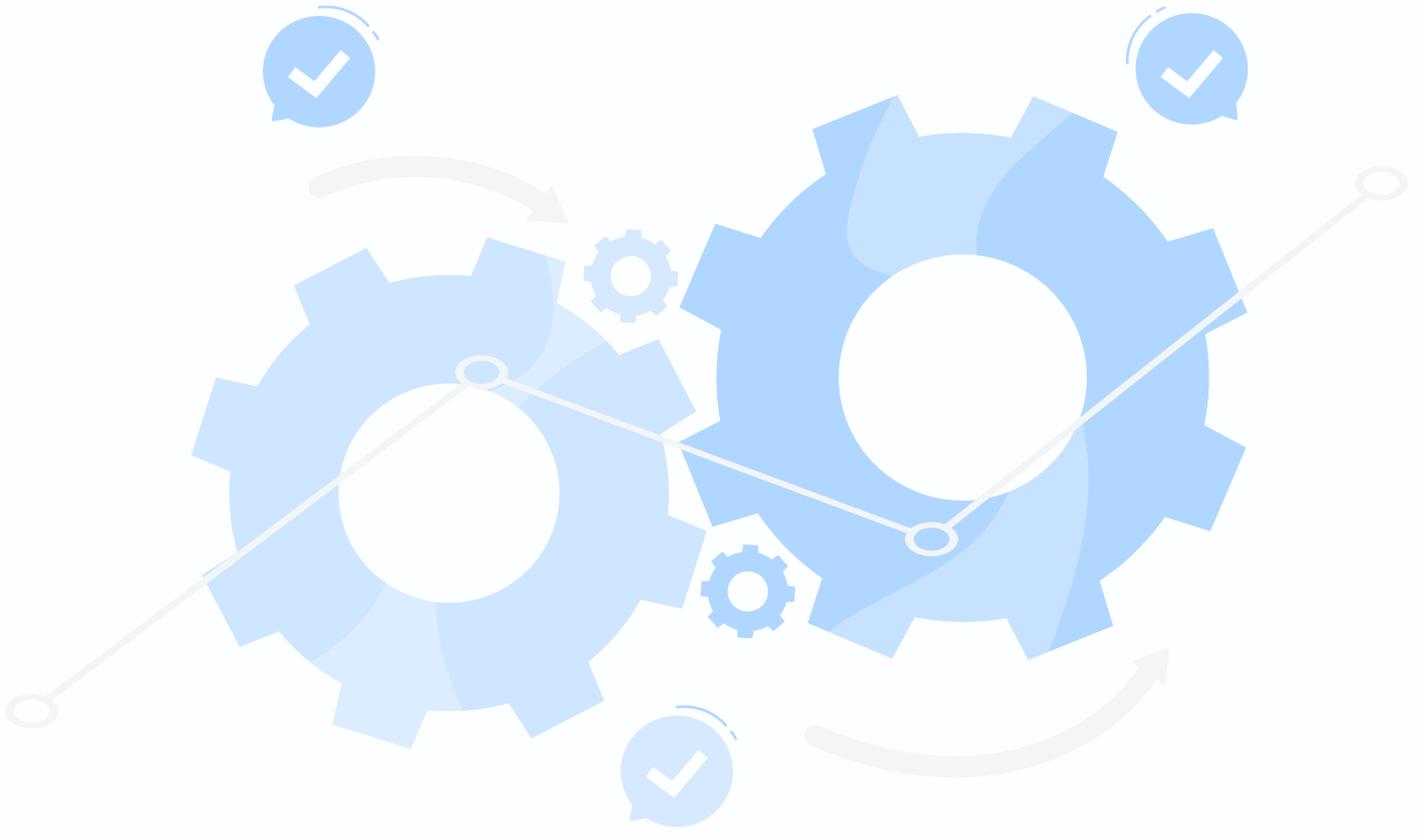
978-84-451-4161-8

Publicado en Madrid – *Published in Madrid.*

ÍNDICE

PRESENTACIÓN.....	9
INTRODUCCIÓN.....	11
METODOLOGÍA DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA.....	15
Estructura Organizativa	15
Fases del proceso participativo.....	16
Análisis de situación	17
Análisis estratégico.....	17
Líneas estratégicas.....	17
ANÁLISIS DE SITUACIÓN.....	21
Análisis interno	21
<i>Evaluación de resultados del Plan Estratégico de la Subdirección General de Continuidad Asistencial 2018-2021.....</i>	<i>21</i>
<i>Evaluación cualitativa del Plan Estratégico</i>	<i>22</i>
Análisis externo.....	23
<i>Conclusiones del Proyecto de investigación cualitativa con profesionales:.....</i>	<i>23</i>
<i>Conclusiones del Proyecto de investigación cualitativa con pacientes:.....</i>	<i>26</i>
MISIÓN, VISIÓN Y VALORES	31
Misión.....	31
Visión	31
Valores	31

ENFOQUE ESTRATÉGICO	35
Análisis DAFO	35
Matriz CAME	36
LÍNEAS ESTRATÉGICAS	40
I Continuidad de la Gestión	40
<i>Línea Estratégica 1: Consolidar el modelo de atención a la cronicidad centrado en las necesidades del paciente</i>	40
<i>Línea Estratégica 2: Impulsar la coordinación y mejora de la accesibilidad entre ámbitos asistenciales</i>	41
II Continuidad de la Información	42
<i>Línea Estratégica 3: Impulsar la comunicación entre profesionales y compartir la información clínica del paciente durante las transiciones asistenciales</i>	42
<i>Línea Estratégica 4: Evaluar, seguir y mejorar las líneas de trabajo correspondientes a Continuidad Asistencial y a la Estrategia de abordaje a la Cronicidad</i>	43
III Continuidad de la Relación	43
<i>Línea Estratégica 5: Fomentar la relación con los clientes internos</i>	43
<i>Línea Estratégica 6: Fomento de la relación e implicación de las personas (clientes externos)</i>	44
IMPLANTACIÓN, SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN	47
Despliegue e implantación	47
Seguimiento	47
Evaluación	48
Análisis cualitativo	48
RESUMEN DEL PLAN	51
AUTORES	59
Dirección del Plan	59
Coordinadores de la elaboración del Plan	59
Autores	60
BIBLIOGRAFÍA	65



PRESENTACIÓN

El modelo sanitario del Sistema Madrileño de Salud requiere que su organización asegure la continuidad de la atención entre los distintos ámbitos asistenciales. Con el fin de contribuir a la mejora de la atención sanitaria de todos los ciudadanos de la Comunidad de Madrid hemos desarrollado una estrategia en continuidad asistencial.

La creación de la figura de director de continuidad asistencial, la elaboración del primer documento marco y el posterior desarrollo del primer plan estratégico, puesto en marcha en 2018, supuso la incorporación del concepto de continuidad asistencial en nuestro quehacer diario poniendo en valor su relevancia a lo largo de todo el proceso asistencial.

Los logros conseguidos, hasta el momento, han descubierto áreas de mejora que nos animan a seguir trabajando en esta dirección. El diseño de la nueva estrategia promueve el avance de la continuidad asistencial, con la finalidad de que la persona perciba a lo largo de su proceso asistencial que las interacciones entre los distintos profesionales de la salud, tratamientos y servicios están conectadas y son coherentes entre sí.

La visión transversal y compartida de la atención sanitaria incluye la intervención de múltiples profesionales de diferentes ámbitos, siendo la continuidad asistencial el engranaje que posibilita la coordinación y la comunicación entre ellos, haciéndose más relevante en las transiciones asistenciales y en la atención y seguimiento de las personas con patologías crónicas.

Este plan parte de una cultura de continuidad asistencial consolidada y persigue un reto ambicioso en su crecimiento. Es una prolongación del trabajo realizado durante estos años, promoviendo su evolución y desarrollo con la incorporación de nuevas líneas de trabajo.

Su diseño ha contado con la participación de profesionales asistenciales, técnicos y directivos y con la colaboración de pacientes y familiares, a través de sus asociaciones, aportando desde su experiencia expectativas y necesidades a las que dar respuesta.

Mi agradecimiento a todos ellos y a los que día a día trabajan para que la continuidad asistencial en nuestra Comunidad sea una realidad.

Almudena Quintana Morgado
Directora General Asistencial



INTRODUCCIÓN

La atención a la población dentro del modelo sanitario vigente (prevención y promoción de la salud, asistencia en la enfermedad y rehabilitación) requiere que la organización del sistema **asegure la continuidad de la atención** entre los distintos ámbitos asistenciales desde un abordaje eficiente y resolutivo en Atención Primaria, hasta la atención urgente o la asistencia especializada en hospitales, ya sea en hospitales de agudos, de media estancia, de apoyo, centros monográficos o recursos sociales, cuando el proceso así lo requiera.

Se entiende la continuidad asistencial, según Reid et al, como “el grado de unión de las experiencias en la atención que percibe el paciente a lo largo del tiempo, de manera que éstas sean coherentes con sus necesidades médicas, de cuidados y su contexto personal”.

En este contexto, se ha elaborado el Plan Estratégico de Continuidad Asistencial 2024- 2028, que da continuidad, en parte, al trabajo desarrollado en el Plan de la Subdirección General de Continuidad Asistencial (SGCA) 2018- 2021, y que ha incorporado nuevas líneas de trabajo contando para ello con la participación de profesionales asistenciales, técnicos y directivos, así como con la colaboración de pacientes y familiares a través de sus asociaciones.

Este Plan supone un reto ambicioso en el crecimiento de la continuidad asistencial, se construye como una prolongación del trabajo realizado y de los logros obtenidos durante estos años, y promoviéndose su avance con el desarrollo de nuevas líneas de actuación.

Así, mientras el Plan 2018-2021 orientaba y encaminaba sus esfuerzos a impulsar la cohesión de la atención sanitaria, **asentando la cultura de la continuidad asistencial** en nuestro sistema sanitario desde un enfoque transversal, este nuevo Plan, tal y como manifiestan profesionales y pacientes en el análisis de situación, ya parte de una cultura de continuidad consolidada, favorecida por el impulso en la coordinación y comunicación entre profesionales, siendo la consolidación de un modelo de atención integral y el despliegue de la eConsulta, dos de los proyectos estrella de esta estrategia.

Este Plan, se estructura en torno a las tres dimensiones de la Continuidad Asistencial (continuidad en la gestión, continuidad en la información y continuidad en la relación) y tiene como visión lograr una **atención sanitaria integral** centrada en las personas, orientada a una **mejor experiencia** del paciente y a los **resultados en salud**, en el que la continuidad asistencial impregne la práctica de todos los profesionales y las estrategias de la organización, en un marco de innovación constante.





METODOLOGÍA DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA



METODOLOGÍA DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA

La planificación estratégica es una herramienta de gestión que permite apoyar la toma de decisiones de las organizaciones, en torno al quehacer actual y al camino que deben recorrer en el futuro con el propósito de alcanzar los objetivos marcados. Es un proceso continuo, participativo y flexible, de desarrollo, de designación de recursos y de implementación de planes, que permite a las organizaciones conseguir su objetivo adaptándose al entorno dinámico y cambiante.

El análisis de la situación actual, posibilita que las organizaciones detecten sus puntos fuertes y áreas de mejora con el fin de anticiparse a los retos y oportunidades que se puedan presentar, facilitando la definición de los objetivos y de las líneas de actuación para cumplir con su misión y alcanzar su visión, teniendo en cuenta sus valores.

El desarrollo del Plan requiere de una estructura organizativa y de un proceso participativo que incluye diferentes fases en las que deben participar todos los grupos de interés implicados en el proceso: pacientes que cuidan y profesionales asistenciales, técnicos y gestores.

Estructura Organizativa

En la Figura 1 se presenta la estructura organizativa diseñada para la elaboración de este Plan.

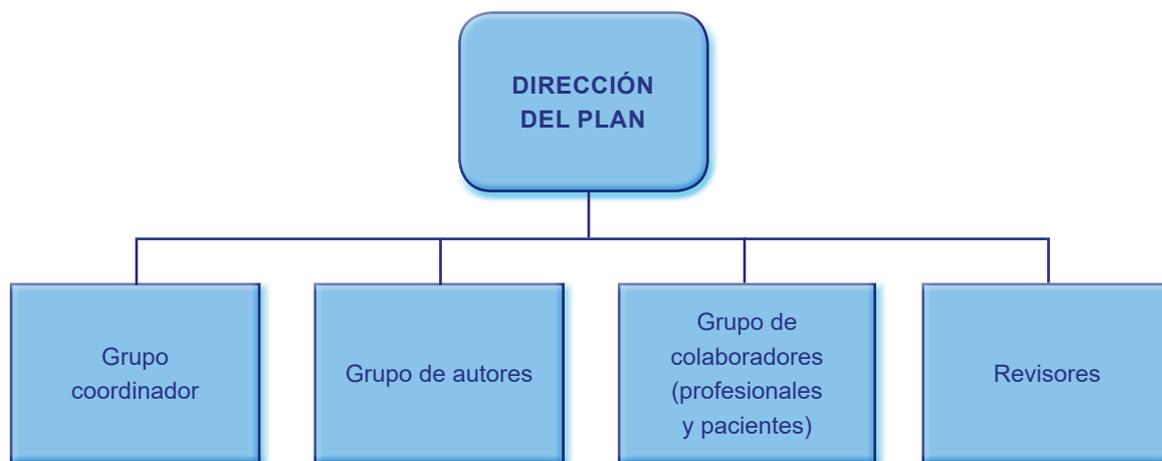


Figura 1. Estructura organizativa.

A continuación, se expone la composición de cada grupo, así como las funciones desarrolladas por cada uno de ellos:

- **Dirección del Plan:** se ha realizado conjuntamente entre la Jefa de la Unidad de Continuidad Asistencial y dos técnicos de la Unidad de Continuidad Asistencial, con las funciones de



coordinación institucional, coordinación general de la elaboración del Plan, verificación de la factibilidad de las líneas y alineamiento con las estrategias de la organización.

- **Grupo Coordinador:** integrado por miembros del equipo de Continuidad Asistencial: Directores y Enfermeras de Continuidad Asistencial y técnicos de la Unidad de Continuidad Asistencial de la Dirección General Asistencial y constituido con el objetivo de definir y coordinar las diferentes etapas de la elaboración del Plan, así como diseñar el seguimiento de su implantación y la evaluación del mismo.
- **Grupo de autores:** integrado por todos los Directores y Enfermeras de Continuidad Asistencial con la función de participar tanto en el análisis de situación como en la identificación y definición de las líneas, objetivos y actuaciones a desarrollar.
- **Grupo de Colaboradores:** se incluyen en este, representantes de asociaciones de pacientes y profesionales del Servicio Madrileño de Salud. Ambos con la función de aportar sus opiniones, necesidades y expectativas en relación a la continuidad asistencial, parte destacada del análisis de situación.
- **Revisores:** se designarán como revisores los cargos directivos del Servicio Madrileño de Salud relacionados con el Plan. Su función será la revisión de las líneas de trabajo y contenidos del Plan, así como la realización de aportaciones que faciliten su viabilidad.

Fases del proceso participativo

En la Figura 2 se presenta el esquema general de las fases del proceso participativo.

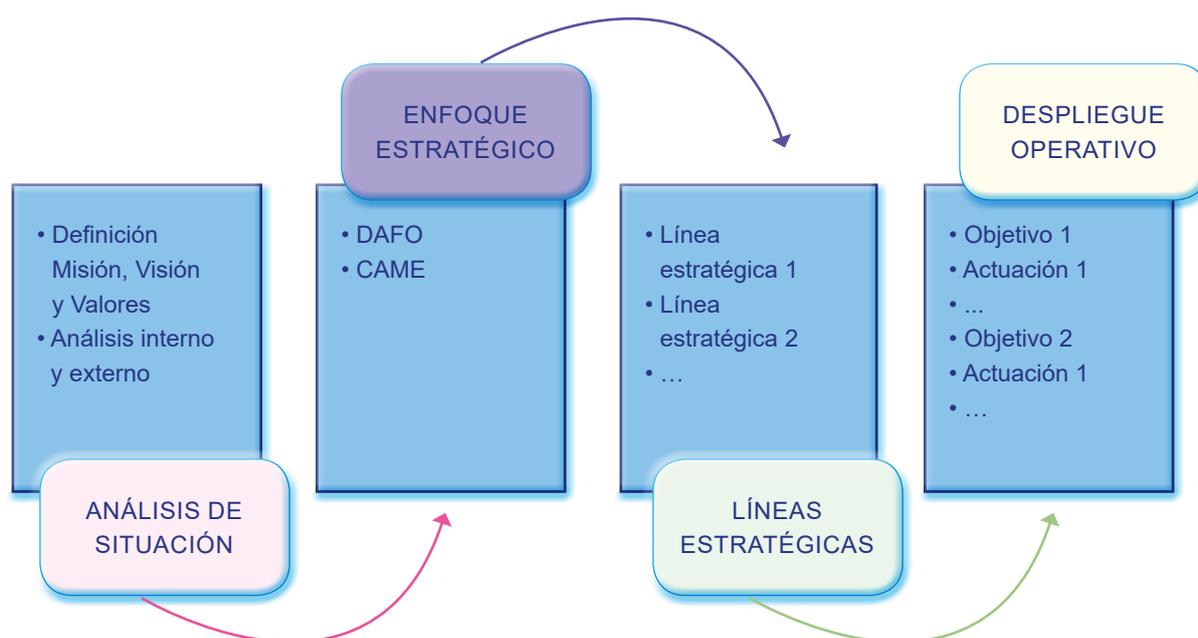


Figura 2. Fases del proceso participativo.

Análisis de situación

Como primera fase del proceso participativo, la Dirección del Plan presentó a los miembros del grupo coordinador los resultados de la evaluación del Plan Estratégico de la Subdirección General de Continuidad Asistencial 2018-2021, siendo el análisis de los mismos uno de los puntos de partida de este proceso.

Analizados los resultados conseguidos y siguiendo la metodología propuesta, se definieron la Misión, Visión y Valores.

A su vez, como parte del análisis interno se realizó una evaluación cualitativa del Plan 2018-2021 por parte del grupo coordinador.

Así mismo se realizó un análisis externo en el que participaron profesionales mediante la cumplimentación de una encuesta, y pacientes y personas que cuidan mediante la realización de un grupo de discusión.

Análisis estratégico

Se trabajó en la elaboración de un análisis de debilidades, amenazas, fortalezas y oportunidades (DAFO) con el grupo de autores. Esta propuesta fue analizada por el grupo coordinador elaborando el análisis DAFO final que identificó actuales Debilidades y Fortalezas, así como Amenazas y Oportunidades para la organización en materia de Continuidad Asistencial.

El análisis DAFO junto con los objetivos institucionales, los resultados de la evaluación de la estrategia previa, la investigación realizada sobre las diferentes perspectivas que, de la Continuidad Asistencial, tienen los distintos grupos de interés (directivos, profesionales asistenciales y no asistenciales, pacientes, asociaciones de pacientes, etc.), permitió la elaboración de una matriz CAME y el establecimiento de distintas líneas estratégicas.

Líneas estratégicas

Las líneas estratégicas definidas, fueron agrupadas posteriormente según las tres dimensiones de la Continuidad Asistencial: Continuidad de la gestión, Continuidad de la información y Continuidad de la relación, descritas por Reid et al. 2002, y que se desarrollan en la Figura 3.



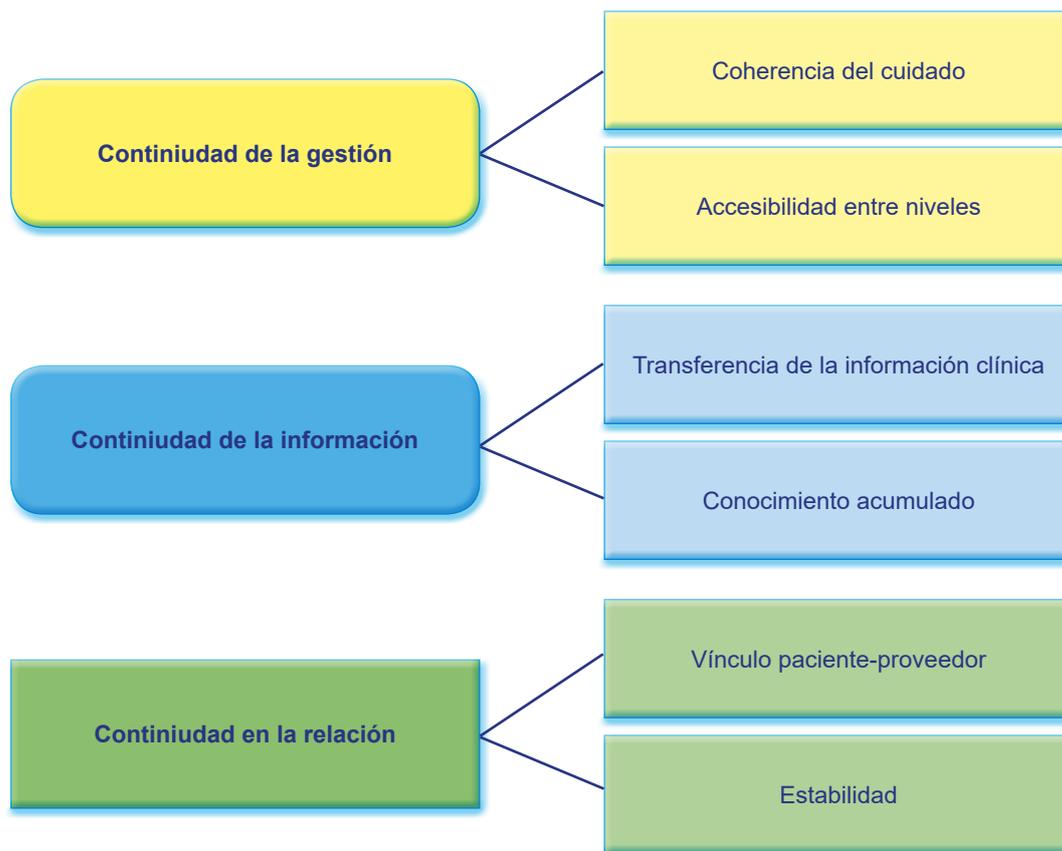


Figura 3. Tipos y dimensiones de la Continuidad Asistencial.



ANÁLISIS DE SITUACIÓN

ANÁLISIS DE SITUACIÓN

Análisis interno

El análisis interno incluyó dos aspectos: la evaluación de los resultados obtenidos tras la implantación del Plan Estratégico de la Subdirección General de Continuidad Asistencial 2018-2021 y la evaluación cualitativa del mismo Plan por parte del grupo coordinador. A continuación, se desarrollan sus principales conclusiones:

Evaluación de resultados del Plan Estratégico de la Subdirección General de Continuidad Asistencial 2018-2021

Durante el año 2021 se **evaluó el desarrollo** de las 47 líneas de trabajo de Plan. De ellas se ejecutaron el 85%, un 13% estaban en fase inicial y el 2% restante se desestimaron al no considerarse su realización.

De las 40 líneas de actuación ejecutadas/implantadas, 6 de ellas fueron finalizadas y el resto se mantienen de forma continuada en el tiempo, monitorizando sus resultados con periodicidad anual.

Analizando los datos, podemos concluir que durante la vigencia del Plan evaluado se pusieron en marcha prácticamente todas las líneas de trabajo reflejadas en el mismo.

El grado de cumplimiento de los **indicadores por línea estratégica** se muestra en la Figura 4.

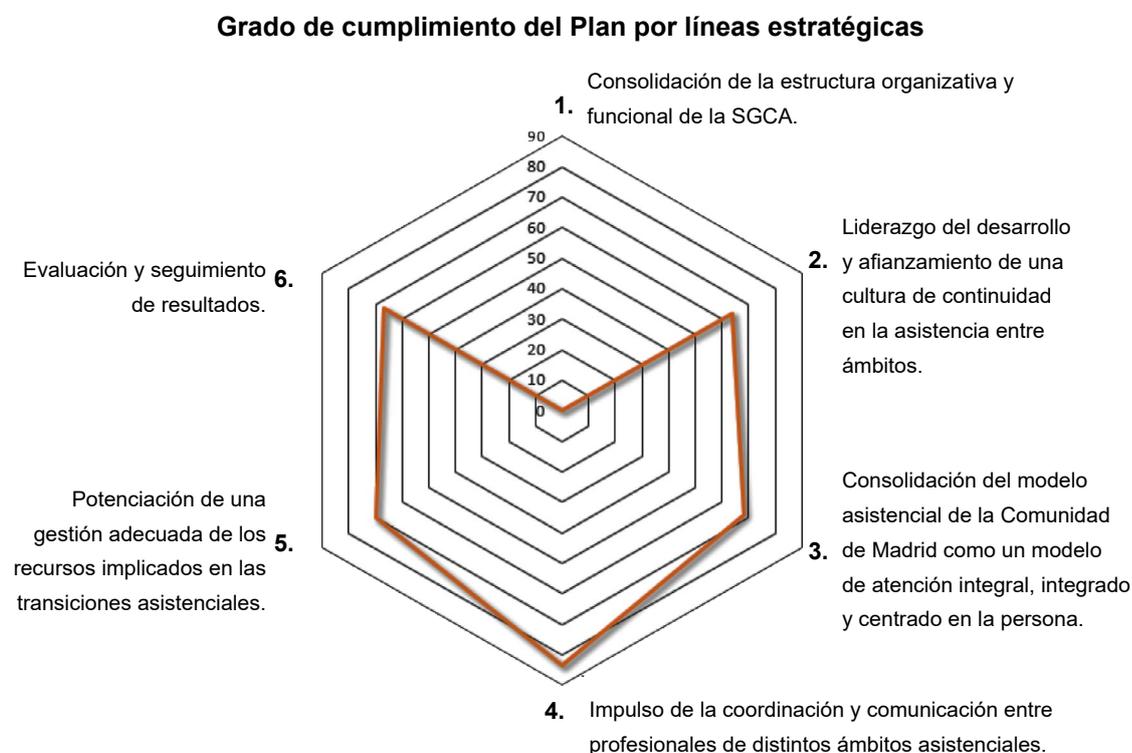


Figura 4. Grado de cumplimiento de los indicadores por líneas estratégicas del Plan 2018.



El análisis del cumplimiento de los indicadores por línea estratégica manifiesta claramente el avance en la continuidad asistencial y pone de manifiesto las sólidas bases para la elaboración del Plan actual. A continuación, se destacan los siguientes:

- Se obtuvieron resultados óptimos en el **impulso de la coordinación y comunicación entre profesionales**, siendo el proyecto estrella de esta línea el despliegue de la **eConsulta** y la gestión adecuada de los recursos utilizados en las transiciones asistenciales.
- Se evidencia un buen grado de cumplimiento en las líneas, cuyas actuaciones van dirigidas al **impulso de la cultura de Continuidad Asistencial**, a la consolidación del **modelo de atención** integral e integrado y centrado en la persona y en la línea orientada a la **monitorización, evaluación y seguimiento** de los resultados.
- Queda por avanzar en la línea relativa a la consolidación de la estructura organizativa y funcional, habiéndose iniciado ya gran parte de las actividades que incluye.

Evaluación cualitativa del Plan Estratégico

Tras la evaluación de resultados realizada, los miembros del grupo coordinador expusieron opiniones, percepciones, cumplimiento de expectativas, etc. valorando su identificación con el Plan, los mecanismos de seguimiento y la utilidad global.

A continuación, se recogen las principales conclusiones:

- En lo referente a la identificación del Plan, manifiestan sentirse **identificados con el Plan** y sus contenidos.
- Consideran que la existencia de un Plan de Continuidad Asistencial es un **rasgo diferencial** de la Comunidad de Madrid, que facilita la realización de **alianzas estratégicas** que favorecen la consecución de los objetivos de continuidad.
- Las **figuras** del Director de Continuidad Asistencial (DCA) y de la Enfermera de Continuidad Asistencial (ECA) están **consolidadas**.
- Refieren que el Plan da **soporte formal a la continuidad asistencial** sirviendo de guía en el trabajo del día a día. Ayuda a “recordar” a “reflexionar” sobre el qué hacer y los objetivos de la continuidad asistencial, favoreciendo una relación fluida, facilitando los canales de comunicación entre ámbitos y profesionales.
- Las memorias de seguimiento de cada hospital facilitan la **recogida sistemática de información** y permiten la comparación entre hospitales.

Los aspectos tratados se valoraron positivamente y se propusieron las siguientes mejoras:

- Necesidad de **avanzar en la transformación digital** que facilite la comunicación y la posibilidad de compartir información.



- Necesidad de **integrar este Plan en el marco de la Comunidad de Madrid** y que los contratos programa recojan objetivos de Continuidad Asistencial adecuados a la tipología de cada hospital.
- Seguir avanzando en las estrategias de **coordinación entre Atención Hospitalaria-Atención Primaria (AH-AP) y entre estos y el ámbito sociosanitario**.

Análisis externo

El análisis externo incluye dos estudios realizados con metodología cualitativa, uno con profesionales y otro con asociaciones de pacientes, cuyas conclusiones se exponen a continuación.

Conclusiones del Proyecto de investigación cualitativa con profesionales:

Se exploraron y analizaron las opiniones, necesidades y expectativas en relación a la continuidad asistencial con un grupo de profesionales de los centros sanitarios del Servicio Madrileño de Salud.

A nivel general, los profesionales destacan la necesidad de garantizar la continuidad asistencial entre los diferentes ámbitos asistenciales y entre servicios, siendo esta un elemento clave a la hora de mejorar la calidad de la atención al paciente.

Consideran que la continuidad asistencial es fundamental para que, independientemente del lugar de atención, los servicios sanitarios tengan un objetivo asistencial común. Manifiestan que se ha avanzado mucho al respecto y resaltan la importancia de impulsarla de forma continuada en el tiempo para evitar retrocesos en el desarrollo de iniciativas ya puestas en marcha.

Se insiste en la importancia de desarrollar un nuevo Plan Estratégico de Continuidad Asistencial que continúe impulsando el modelo de atención integral. Las líneas de continuidad asistencial deberían considerarse prioritarias en todos los ámbitos asistenciales con objetivos e indicadores compartidos dirigidos a obtener los mejores resultados en salud.

El mencionado estudio aborda las diferentes dimensiones de la Continuidad Asistencial obteniéndose las siguientes conclusiones por cada dimensión:

- **Continuidad de la Gestión.** En este punto, se preguntó por la percepción de la coherencia de cuidados (coordinación y gestión, de manera que se complementen entre sí) y por la accesibilidad entre ámbitos asistenciales. A continuación, se exponen las conclusiones.
 - El trabajo en la continuidad asistencial, requiere de un **apoyo organizacional** y de un **liderazgo participativo** en el que los profesionales se sientan partícipes del cambio. Es importante que los directivos transmitan la cultura de continuidad, motiven el cambio y potencien la colaboración de todos los profesionales que participan en los procesos.



- Se identifica la necesidad de establecer líneas de trabajo y objetivos comunes entre los que se incluyan **objetivos de continuidad asistencial** y una gestión integral Atención Primaria - Atención Hospitalaria en las patologías más prevalentes.
 - Se reitera la necesidad de **normalización** de herramientas, de actuaciones, de prestaciones, de procesos y de vías de comunicación, en toda la Comunidad de Madrid, para la **reducción de la variabilidad en la continuidad asistencial**.
 - Hay consenso en la necesidad de implantar **modelos de atención centrados en la persona** que mejoren y potencien la coordinación entre profesionales y con ello la continuidad asistencial, integrando a la persona en el proceso dándole un papel activo en su autocuidado y contando con su participación en la toma de decisiones.
 - Se valoran los **Procesos Asistenciales Integrados (PAIs)** puestos en marcha, como una herramienta imprescindible para una atención coordinada e integrada, en función de las necesidades de cada persona siendo necesario avanzar en su completa implantación.
 - Hay necesidad de seguir avanzando en la **coordinación sociosanitaria** en la que ya se han puesto en marcha líneas de coordinación y de actuación.
 - La **accesibilidad** es uno de los puntos destacados y hacen referencia a diferentes aspectos:
 - Se destaca el papel clave del DCA y la ECA y la accesibilidad a estas figuras.
 - Necesidad de seguir trabajando en los circuitos y los procesos de atención que faciliten la accesibilidad al ámbito más adecuado según las necesidades de los pacientes con patología crónica en cada momento, de forma coordinada entre los profesionales de referencia de AP- AH potenciando la atención ambulatoria y domiciliaria en coordinación con AP.
 - Se percibe como aspecto positivo el **acceso a las citas desde AP a AH** de solicitud de valoración previa por el especialista (VPE) y poder citar rápidamente a un paciente ante una sospecha de malignidad (SM).
 - Destacan la importancia de mantener activas las **Comisiones de Continuidad Asistencial y la de Cuidados**, como herramientas para la puesta en marcha y desarrollo conjunto de proyectos de continuidad asistencial.
- **Continuidad de la Información.** Se consultó en relación a la transferencia de información: disponibilidad, utilización de la información previa existente para dar una atención apropiada a las necesidades actuales del paciente:
- Destacan, que pesar de la gran variabilidad en el desarrollo las nuevas tecnologías, su desarrollo es un elemento clave que facilita la continuidad asistencial y opinan que, además de favorecer la relación y la comunicación entre profesionales, su acceso a ella contribuye al aumento de la satisfacción de los pacientes.



- Los profesionales consideran necesario el desarrollo de nuevas tecnologías con **interoperabilidad** que faciliten que la información accesible a todos los profesionales asistenciales.
 - Hacen referencia a que la clave es el proceso de atención siendo la historia clínica electrónica un elemento indispensable en la **gestión por procesos**.
 - Resaltan como área de mejora el disponer de herramientas de apoyo para la **solicitud de pruebas** según protocolo por patología.
 - Hacen referencia que, para el seguimiento de los objetivos comunes, es preciso disponer de un **cuadro de mando** conjunto con indicadores que midan resultados en salud en la población de referencia.
- **Continuidad en la relación.** Se preguntó en referencia a la relación y comunicación entre los profesionales de diferentes servicios y ámbitos asistenciales y a la relación que mantiene el paciente con los diferentes profesionales que le atienden a lo largo del tiempo:
- Los profesionales manifiestan tener **buena relación y comunicación** entre ellos, aunque es importante mejorar el conocimiento de otros ámbitos asistenciales para avanzar en la coordinación.
 - El desarrollo de reuniones, jornadas, congresos, rotaciones, u otros contactos formales, de forma periódica y sistemática, parecen ser algunos de los **elementos clave** que permiten a los profesionales, conocerse, relacionarse, compartir experiencias y opiniones y consensuar métodos de trabajo que garanticen esta continuidad.
 - La **eConsulta** ha facilitado mucho la coordinación entre ámbitos asistenciales y se dispone de canales que **facilitan la comunicación** entre los profesionales. Proponen que la eConsulta sea **bidireccional** (que pueda realizarse desde Atención hospitalaria a Atención Primaria) con el fin de mejorar esta coordinación.
 - Los profesionales conceden un papel importante, a la **elaboración de proyectos/protocolos de actuación conjuntos**, destacando la necesidad de difundirlos de forma continuada para que se mantengan vigentes.
 - Ponen de manifiesto la necesidad de **trabajar la continuidad asistencial** entre unidades y servicios **del mismo ámbito** e incluso la interrelación entre el **sistema sanitario y social**.
 - Consideran que la relación con los responsables de Continuidad Asistencial facilita la gestión individualizada de los pacientes (**gestión de casos**).
 - El DCA y la ECA son reconocidas como **figuras clave de referencia** de la continuidad asistencial. Estas figuras y sus funciones tienen que **consolidarse y normalizarse a nivel institucional**.
 - La **formación** entre profesionales es una herramienta clave identificada para potenciar la continuidad asistencial destacando la importancia de poner en valor las **buenas prácticas** y su difusión.



Conclusiones del Proyecto de investigación cualitativa con pacientes:

Se creó un grupo de discusión con representantes de asociaciones de pacientes con el objetivo de explorar y analizar opiniones, experiencias, necesidades y expectativas de pacientes en relación a la continuidad asistencial en el proceso salud-enfermedad.

Los resultados y conclusiones del mismo fueron:

- El **concepto de Continuidad Asistencial es amplio** e implica el abordaje de múltiples aspectos con posibilidad de mejora en la coordinación sociosanitaria y entre ámbitos asistenciales, humanización de la asistencia, participación en la toma de decisiones, interoperabilidad de los sistemas y desarrollo tecnológico e innovación, entre otros.
- Consideran que ha habido un importante **avance en la continuidad asistencial**, aunque el ritmo del cambio es variable en función del servicio y/o centro sanitario.
- Existe **necesidad de mejorar la continuidad asistencial entre los diferentes ámbitos sociosanitarios / niveles asistenciales / servicios intrahospitalarios**, etc. considerando a esta, como un elemento clave que incrementa la calidad de la atención prestada y la mejora de la experiencia del usuario.
- En relación al papel que ejercen las asociaciones de pacientes, se aboga por que los profesionales prescriban y vean las **asociaciones de pacientes como un elemento más de la cadena asistencial** que pueda facilitar y contribuir a esa continuidad asistencial.
- Creen necesario incrementar y agilizar el **desarrollo de sistemas de información** de forma que los profesionales dispongan de toda la información para atender su proceso asistencial.
- Consideran que la atención a lo largo del proceso salud-enfermedad precisa un **abordaje integral** y que para ello es necesaria la coordinación de recursos, estructuras, sistemas y modelos que permitan **procesos asistenciales integrados**.
- Abogan por un **abordaje multidisciplinar** y reiteran la importancia de contar con los pacientes como miembros del mismo equipo desde que se diseñan los procesos.
- Opinan que la **normalización de planes y protocolos** hace que la atención sea más coordinada, reduciendo la variabilidad de la atención, teniendo en cuenta la individualidad de la persona.
- Consideran necesaria la continuidad asistencial en la **transición de la etapa infantil a la de adulto**.
- Son conscientes de la complejidad que supone la atención que se presta a los **pacientes con enfermedades crónicas** y valoran de forma positiva la estratificación de la población para adaptar la atención según su complejidad, edad y necesidades.
- Reconocen el **papel protagonista de la Atención Primaria** en la prevención, educación y en la atención **a los pacientes con enfermedades crónicas**, resaltando además una atención en el lugar más apropiado para el paciente según sus necesidades (AP, AH).



- Respaldan la **longitudinalidad de la atención**, minimizando los cambios de profesionales que los atienden.
- Manifiestan **confianza en sus profesionales sanitarios** y perciben de manera **satisfactoria la relación** que mantienen con ellos a lo largo del tiempo. Cada vez la comunicación es más eficiente y esto posibilita la toma de decisiones consensuadas.
- Consideran positiva la posibilidad de la **libre elección** de profesionales.
- Proponen seguir avanzando en **la coordinación de la información con las oficinas de farmacia**, considerando fundamentales a los farmacéuticos comunitarios como agentes de salud.





**MISIÓN, VISIÓN
Y VALORES**

MISIÓN, VISIÓN Y VALORES

Misión

Liderar, a lo largo del proceso de atención del paciente, la continuidad de la gestión, la relación y la información, impulsando la comunicación y coordinación entre profesionales de diferentes ámbitos para que los ciudadanos perciban una asistencia de calidad, integrada, segura y humanizada.

Visión

Lograr una atención sanitaria integral centrada en las personas, orientada a una mejor experiencia del paciente y resultados en salud, en la que la continuidad asistencial impregne la práctica de todos los profesionales y las estrategias de la organización, en un marco de innovación constante.

Valores

Asistencia centrada en las personas siendo éstas el centro y el fin último de las actividades a desarrollar, tratando de satisfacer sus necesidades y expectativas, respetando el principio de autonomía y su participación en la toma de decisiones.

Equidad. Disposición para dar a cada uno lo que precisa, de forma justa e imparcial, adecuando los recursos a las necesidades de cada persona y su entorno.

Comportamiento ético y responsable. Asunción de pautas de comportamiento honestas y respetuosas hacia nuestros grupos de interés basadas en la transparencia, legalidad, profesionalidad, confidencialidad y responsabilidad corporativa.

Atención de calidad. Prestar una atención basada en conocimientos científicos con unos criterios de referencia establecidos y mínimo riesgo, y que persiga la mejora en la salud y la satisfacción de los usuarios.

Trabajo en equipo. Promover la participación coordinada de todos los profesionales implicados en la atención y su compromiso en la consecución de los objetivos y metas establecidas potenciando el talento colectivo.

Compromiso con la organización, compartiendo su estrategia e implicándose y corresponsabilizándose de los resultados conseguidos y en su sostenibilidad.



A graphic illustration featuring two large blue gears meshing together. The gears are surrounded by smaller blue gears, three blue checkmarks in speech bubbles, and curved arrows indicating a process or flow. A white line with circular nodes connects the centers of the gears. The text "ENFOQUE ESTRATÉGICO" is centered over the gears in a bold, blue, sans-serif font.

ENFOQUE ESTRATÉGICO

ENFOQUE ESTRATÉGICO

Análisis DAFO

Como se ha señalado en el apartado que aborda la metodología de trabajo, con la información recogida en el análisis de situación y teniendo en cuenta la misión, visión y valores, se han identificado las **Debilidades** y **Fortalezas** a nivel interno y las **Oportunidades** y **Amenazas**, externas a nuestra organización. En la Tabla 1 se muestra el análisis DAFO.

DEBILIDADES	<ul style="list-style-type: none"> • Inestabilidad de la estructura orgánica y funcional de la Unidad de Continuidad Asistencial. • Heterogeneidad en la tipología de los hospitales y en la estructura y funciones de sus unidades de continuidad asistencial hospitalarias. • Situación de sobrecarga de los profesionales asistenciales. • Baja representatividad de los objetivos de continuidad asistencial en los contratos de gestión. • Falta de visión compartida que dificulta la prestación de una atención integral a la persona durante el proceso salud-enfermedad. • Dificultad de medir resultados en salud y los relacionados con la experiencia del paciente. • Barreras en el despliegue de la formación a todos los profesionales de la organización. 	AMENAZAS
DAFO		
FORTALEZAS	<ul style="list-style-type: none"> • Afianzamiento de las figuras de continuidad asistencial y de las estructuras organizativas y funcionales de continuidad asistencial que se encargan del despliegue de proyectos/procesos/procedimientos de atención integrada. • Consolidación de los roles profesionales identificados en la Estrategia de atención a pacientes con enfermedades crónicas de la Comunidad de Madrid. • Desarrollo de herramientas que facilitan la comunicación entre profesionales y la transmisión de información clínica. • Desarrollo, implantación y seguimiento de los procesos asistenciales integrados elaborados a nivel de Comunidad. • Inclusión de la visión de Continuidad Asistencial en los planes estratégicos de la organización. • Integración de la Unidad de Coordinación de la Media Estancia en la Unidad de Continuidad Asistencial. • Existencia de un cuadro de mandos para la evaluación y seguimiento de los proyectos de Continuidad Asistencial. 	OPORTUNIDADES
	<ul style="list-style-type: none"> • No existencia de Historia Clínica compartida e interoperable. • Envejecimiento de la población. Multimorbilidad y fragilidad. Mayor nivel de discapacidad y dependencia. • Fragmentación en la gestión de los recursos socio-sanitarios. • Insuficiente nivel de alfabetización en salud de la población (habilidades sociales y cognitivas que determinan el nivel de motivación y la capacidad de una persona para acceder, entender y utilizar la información de forma que le permita promover y mantener una buena salud). • Dificultad en la gestión de los recursos humanos. • Restablecimiento de la atención a las personas con patología crónica tras el contexto post-pandémico. • Heterogeneidad en la implantación de procesos. 	

Tabla 1. Análisis DAFO.



Matriz CAME

Una vez elaborado el análisis DAFO, se construyó la matriz CAME, revisada por todos los autores del Plan, para establecer las diferentes estrategias a desarrollar en los próximos años. En esta matriz se identifican las estrategias a Corregir (estrategias de supervivencia), Afrontar (estrategias defensivas), Modificar (estrategias de re-orientación) y Emprender (estrategias ofensivas). El resultado de la matriz CAME se presenta a continuación en la Tabla 2.

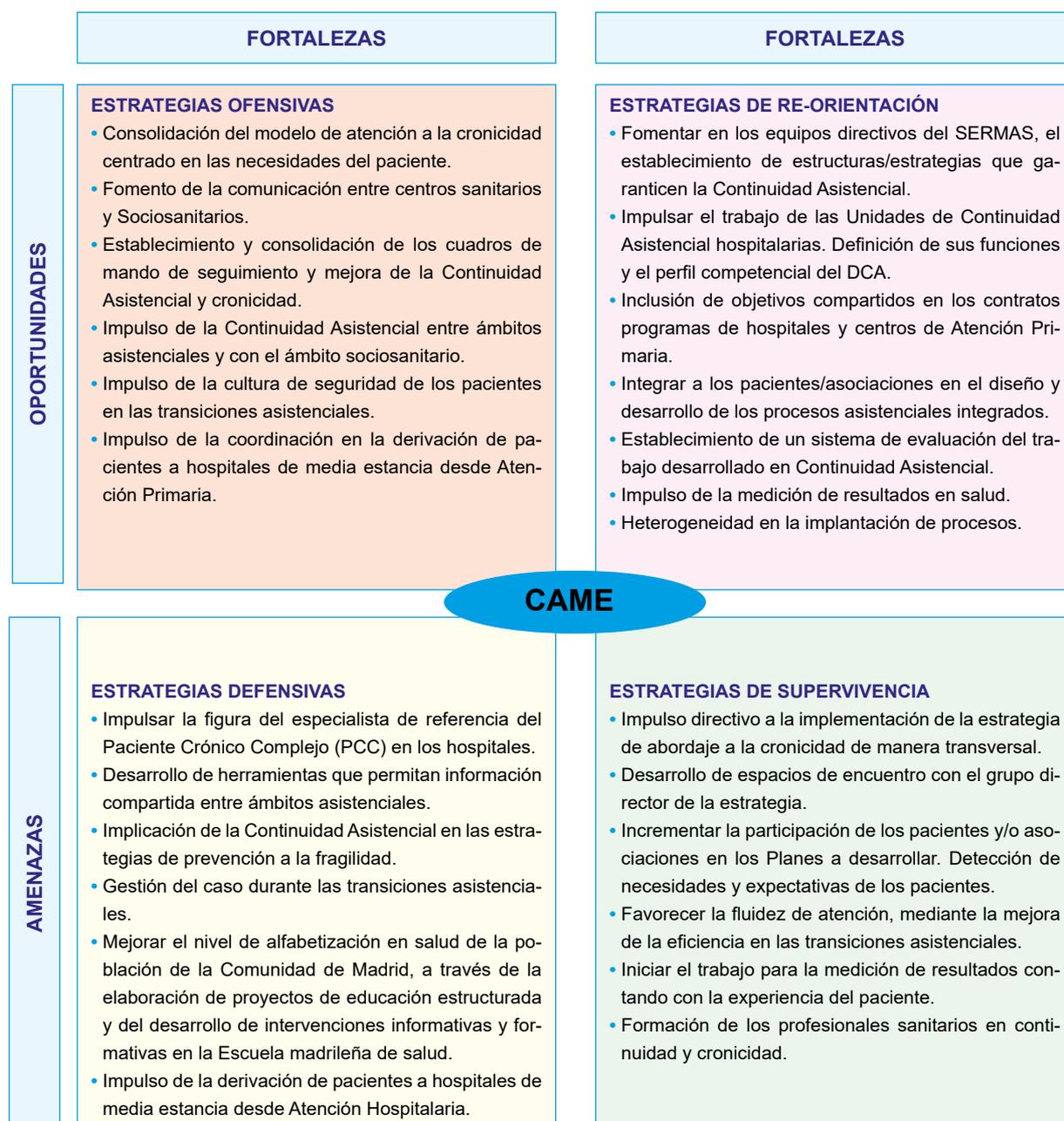


Tabla 2. Matriz CAME.



Una vez desarrollada la Matriz CAME se definen y se priorizan las líneas estratégicas a incluir en el Plan (Tabla 3).

LÍNEAS ESTRATÉGICAS

1. Consolidar el modelo de atención a la cronicidad centrado en las necesidades del paciente.
2. Impulsar la coordinación y mejora de la accesibilidad entre ámbitos asistenciales.
3. Impulsar la comunicación entre profesionales y la información clínica compartida durante las transiciones asistenciales.
4. Evaluar, seguir y mejorar las líneas de trabajo de Continuidad Asistencial y de la Estrategia de abordaje a la cronicidad.
5. Fomentar la relación con los clientes internos.
6. Fomentar la relación e implicación de las personas (clientes externos).

Tabla 3. Líneas Estratégicas.



A graphic illustration featuring two large blue gears interlocking. The text "LÍNEAS ESTRATÉGICAS" is centered across the gears in a bold, blue, sans-serif font. Surrounding the gears are several smaller blue gears, three blue checkmarks inside speech bubbles, and grey curved arrows indicating a clockwise flow or process. A thin grey line with circular endpoints also passes through the gears.

LÍNEAS ESTRATÉGICAS

LÍNEAS ESTRATÉGICAS

Las seis líneas estratégicas identificadas se han agrupado teniendo en cuenta las dimensiones de la Continuidad Asistencial:

DIMENSIONES DE LA CONTINUIDAD	LÍNEAS ESTRATÉGICAS
CONTINUIDAD DE LA GESTIÓN	1. Consolidar el modelo de atención a la cronicidad centrado en las necesidades del paciente.
	2. Impulsar la coordinación y mejora de la accesibilidad entre ámbitos asistenciales.
CONTINUIDAD DE LA INFORMACIÓN	3. Impulsar la comunicación entre profesionales y compartir la información clínica del paciente durante las transiciones asistenciales.
	4. Evaluar, seguir y mejorar las líneas de trabajo de Continuidad Asistencial y de la Estrategia de abordaje a la cronicidad.
CONTINUIDAD DE LA RELACIÓN	5. Fomentar la relación con los clientes internos.
	6. Fomentar la relación e implicación de las personas (clientes externos).

A continuación, se desarrolla cada una de las líneas estratégicas:

I Continuidad de la Gestión

Línea Estratégica 1: Consolidar el modelo de atención a la cronicidad centrado en las necesidades del paciente.

• **Objetivo 1.1 Impulsar el desarrollo de elementos que faciliten una asistencia sanitaria adaptada a las necesidades de cada persona a lo largo de todo su proceso salud-enfermedad.**

- **Actuación 1.1.1.** Estratificación de la población. Asignación del Nivel de Intervención.
- **Actuación 1.1.2.** Impulso y consolidación de la figura del especialista de referencia del paciente crónico complejo, como figura clave, especialmente en escenarios de complejidad, en todos los hospitales convencionales de la Comunidad de Madrid.
- **Actuación 1.1.3.** Fomento y consolidación de la existencia de la figura del especialista consultor en los diferentes servicios hospitalarios.



- **Objetivo 1.2 Establecer modelos de atención integrada a las personas, acordes a su situación clínica y necesidades, sin fragmentación entre ámbitos de atención.**
 - **Actuación 1.2.1.** Priorización y coordinación de la elaboración de procesos asistenciales integrados siguiendo los criterios establecidos en el documento marco.
 - **Actuación 1.2.2.** Coordinación de la revisión y actualización de los procesos asistenciales integrados puestos en marcha siguiendo los criterios establecidos en el documento marco.
 - **Actuación 1.2.3.** Mejora de los circuitos asistenciales en procesos crónicos: seguimiento específico, seguimiento al alta.
 - **Actuación 1.2.4.** Identificación y análisis de las patologías crónicas prevalentes en los pacientes frágiles.
 - **Actuación 1.2.5.** Diseño y/o revisión de circuitos asistenciales en pacientes frágiles y/o vulnerables.

Línea Estratégica 2: Impulsar la coordinación y mejora de la accesibilidad entre ámbitos asistenciales.

- **Objetivo 2.1 Impulsar las actuaciones que faciliten el acceso a la asistencia en el ámbito más adecuado (hospitalización convencional, media estancia etc.) especialmente para los pacientes con mayor complejidad y fragilidad.**
 - **Actuación 2.1.1.** Identificación y puesta en marcha de áreas de mejora en la derivación de pacientes entre los hospitales de agudos y hospitales y unidades de media estancia.
 - **Actuación 2.1.2.** Impulso de la derivación de pacientes a hospitales de media estancia desde Atención Primaria.
- **Objetivo 2.2 Optimizar los flujos de atención a las personas en las transiciones entre ámbitos asistenciales racionalizando los tiempos de atención y contribuyendo a la mejora de la calidad en la atención sanitaria.**
 - **Actuación 2.2.1.** Gestión adecuada de las derivaciones preferentes/urgentes en función de las necesidades del paciente: sospecha de malignidad (SM) y valoración previa por el especialista (VPE).
 - **Actuación 2.2.2.** Impulso de una oferta asistencial orientada a la mejora de la accesibilidad, la adecuación en la atención y la resolución efectiva, eficiente y segura de los procesos (creación de consultas monográficas).
 - **Actuación 2.2.3.** Impulso al desarrollo de las herramientas orientadas a mejorar la accesibilidad, la adecuación en la atención y la resolución efectiva, eficiente y segura de los procesos.



- **Objetivo 2.3 Impulso de la coordinación institucional y de la continuidad asistencial entre los ámbitos sanitario y social.**

- **Actuación 2.3.1.** Participación en la elaboración de planes conjuntos de actuación socio-sanitaria, que incluyan la valoración integral y multidisciplinar de las necesidades de cada persona.
- **Actuación 2.3.2.** Consolidar la Unidad de Continuidad Asistencial hospitalaria como equipo de referencia hospitalario impulsor de la coordinación sanitaria y sociosanitaria.

- **Objetivo 2.4 Mejora de la seguridad durante las transiciones asistenciales.**

- **Actuación 2.4.1.** Impulsar la elaboración de vías clínicas, protocolos, circuitos de comunicación consensuados.
- **Actuación 2.4.2** Establecer un circuito de comunicación de alertas de resultados críticos desde los servicios hospitalarios a sus centros de salud de referencia.
- **Actuación 2.4.3.** Elaborar un proyecto de seguridad del paciente específico de las transiciones entre hospitales de agudos, atención primaria y unidades y hospitales de media estancia.

II Continuidad de la Información

Línea Estratégica 3: Impulsar la comunicación entre profesionales y compartir la información clínica del paciente durante las transiciones asistenciales.

- **Objetivo 3.1. Desarrollar herramientas de comunicación y compartir la información clínica entre profesionales de diferentes ámbitos asistenciales.**

- **Actuación 3.1.1.** Fomento de la comunicación entre profesionales para el trabajo multidisciplinar mediante tecnologías digitales.
- **Actuación 3.1.2.** Establecimiento de circuitos de comunicación bidireccional que permitan la solicitud y respuesta de las eConsultas desde los diferentes ámbitos asistenciales.
- **Actuación 3.1.3.** Establecimiento de procedimientos que faciliten la transmisión de la información clínica y de cuidados entre profesionales asistenciales.
- **Actuación 3.1.4.** Elaboración e implantación de procedimientos que garanticen la transmisión de la información desde los servicios de urgencias hospitalarios a los profesionales de AP.
- **Actuación 3.1.5.** Promover nuevas funcionalidades de la eConsulta que contribuyan a aumentar la calidad de la atención.



- **Objetivo 3.2 Impulsar la comunicación entre los profesionales de los centros sanitarios con los centros residenciales.**

- **Actuación 3.2.1.** Elaboración e implantación de circuitos de coordinación y comunicación entre profesionales de hospitales de agudos y los profesionales de los centros residenciales.
- **Actuación 3.2.2.** Elaboración e implantación de circuitos de coordinación y comunicación entre profesionales de las unidades y hospitales de media estancia y los profesionales de los centros residenciales.

Línea Estratégica 4: Evaluar, seguir y mejorar las líneas de trabajo correspondientes a Continuidad Asistencial y a la Estrategia de abordaje a la Cronicidad.

- **Objetivo 4.1. Establecer y consolidar los cuadros de mando para el seguimiento y mejora de la continuidad asistencial y cronicidad.**

- **Actuación 4.1.1.** Impulso a la medición de resultados en salud.
- **Actuación 4.1.2.** Diseño y actualización del cuadro de mando de cronicidad y continuidad asistencial.
- **Actuación 4.1.3.** Actualización del cuadro de mando de la Unidad de Coordinación de Media Estancia para el seguimiento de las derivaciones.

- **Objetivo 4.2. Favorecer la fluidez de la atención, mediante la mejora en las transiciones asistenciales.**

- **Actuación 4.2.1.** Identificación e impulso al desarrollo de formularios que den respuesta a las necesidades de información en las interconsultas no presenciales.
- **Actuación 4.2.2.** Impulso a la adecuación de la información necesaria para la derivación a unidades y hospitales de media estancia con el objetivo de dar respuesta a las necesidades asistenciales.

III Continuidad de la Relación

Línea Estratégica 5: Fomentar la relación con los clientes internos.

- **Objetivo 5.1. Liderar y afianzar la cultura de continuidad asistencial y de la atención a la cronicidad entre profesionales y equipos directivos de la organización.**

- **Actuación 5.1.1.** Impulso directivo a la implementación de la estrategia de abordaje a la cronicidad de manera transversal. Desarrollo de espacios de encuentro en los que se aborde la cronicidad y la continuidad asistencial.



- **Actuación 5.1.2.** Inclusión de objetivos compartidos en los contratos programas de hospitales y centros de Atención Primaria.
 - **Actuación 5.1.3.** Colaboración en el diseño de los diferentes planes estratégicos, programas y proyectos marco de la Consejería de Sanidad, introduciendo la visión de continuidad asistencial y de atención integrada centrada en la persona.
 - **Actuación 5.1.4.** Impulso a la investigación e innovación relacionada con la atención continuada e integral de los pacientes.
 - **Actuación 5.1.5.** Formación de los profesionales sanitarios en continuidad y cronicidad.
 - **Actuación 5.1.6.** Impulso de la formación en la medición de resultados en salud relacionado con la continuidad asistencial y/o el abordaje a la cronicidad.
- **Objetivo 5.2 Establecer estructuras organizativas multidisciplinares, estables y finalistas lideradas por el Director de Continuidad Asistencial que impulsen y fomenten la cultura de continuidad asistencial e implanten la filosofía de trabajo coordinado en todos los ámbitos asistenciales.**
 - **Actuación 5.2.1.** Rediseño de las comisiones normalizadas de Continuidad Asistencial.
 - **Actuación 5.2.2.** Consolidación de las comisiones normalizadas de Continuidad Asistencial.
 - **Actuación 5.2.3.** Definición del trabajo de las Unidades de Continuidad Asistencial.
 - **Actuación 5.2.4.** Establecimiento y difusión de un sistema de evaluación del trabajo desarrollado en Continuidad Asistencial.

Línea Estratégica 6: Fomento de la relación e implicación de las personas (clientes externos).

- **Objetivo 6.1. Contribuir en la capacitación y el empoderamiento de las personas para el cuidado de su salud y el manejo de su enfermedad.**
 - **Actuación 6.1.1.** Desarrollo de intervenciones informativas y formativas en el marco de actuación de la Escuela Madrileña de Salud.
 - **Actuación 6.1.2.** Elaboración de proyectos educativos estructurados.
- **Objetivo 6.2 Integrar a los pacientes/familiares /asociaciones en el diseño y desarrollo de los procesos asistenciales integrados.**
 - **Actuación 6.2.1.** Detección de necesidades y expectativas de los pacientes, familiares y/o asociaciones en los procesos asistenciales integrados que se elaboran.





**IMPLANTACIÓN,
SEGUIMIENTO
Y EVALUACIÓN**

IMPLANTACIÓN, SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN

Para realizar el despliegue e implantación, seguimiento y evaluación del presente Plan se cuenta con los siguientes recursos:

– Unidades de Continuidad Asistencial:

- Unidades de Continuidad Asistencial hospitalarias: Directores de Continuidad Asistencial y Enfermeras de Continuidad Asistencial de los diferentes hospitales.
- Unidad de Continuidad Asistencial de la Dirección General Asistencial.

– Comisión de Impulso y Seguimiento del Plan de la Unidad de Continuidad Asistencial: estructura funcional integrada por Directores de Continuidad Asistencial y Enfermeras de Continuidad Asistencial y liderada por la Unidad de Continuidad Asistencial.

Despliegue e implantación

En esta fase, tanto los profesionales de los equipos de Continuidad Asistencial como los miembros de la Comisión de impulso y seguimiento del Plan, serán los encargados de realizar la difusión del Plan y de sus contenidos entre los profesionales implicados en su desarrollo con el fin de favorecer la implantación de las actuaciones.

Seguimiento

El **seguimiento** de la implantación de este Plan se llevará a cabo de forma continuada por parte de los Directores de Continuidad Asistencial, Enfermeras de Continuidad Asistencial y profesionales de la Unidad de Continuidad Asistencial.

• Herramientas para el seguimiento:

- **Cuadros de mando de Continuidad Asistencial y de cronicidad.** Un número relevante de indicadores del Plan están incluidos en estos cuadros de mando, posibilitando el acceso a la información actualizada que facilita la evaluación y el seguimiento de los indicadores.
- **Memorias de seguimiento y evaluación anual** por cada hospital: incluyen la medición los indicadores de los objetivos y actuaciones establecidas en el Plan. Cada uno de los indicadores contará con una ficha de seguimiento en la que se incluirá la definición del indicador, la fórmula de medición, la fuente utilizada para la obtención de los datos, la meta a conseguir, así como las aclaraciones necesarias.



Evaluación

La Comisión de Impulso y seguimiento del Plan realizará **un informe de seguimiento y evaluación anual** basado en la información facilitada en las memorias de evaluación y de seguimiento anual de cada hospital, y en el análisis cualitativo de las mismas.

Por ello, para evaluar el **grado de cumplimiento del Plan** se valorarán los datos contenidos en las memorias de cada hospital referentes a:

1. El nivel de ejecución de las actividades:

- El porcentaje de actividades ejecutadas en relación al total de actividades definidas en su totalidad y por línea estratégica.
- El porcentaje de actividades puestas en marcha en relación al total de actividades definidas en su totalidad y por línea estratégica.
- El porcentaje de actividades reprogramadas en relación al total de actividades definidas en su totalidad y por línea estratégica.
- Porcentaje de actividades suprimidas en relación al total de actividades definidas en su totalidad y por línea estratégica.

2. El grado de avance del Plan, que vendrá determinado por el nivel de consecución de las actividades de cada línea estratégica en el periodo analizado.

Análisis cualitativo

A partir del análisis cuantitativo de los resultados, grado de cumplimiento del Plan y su seguimiento, se identificarán los logros y avances conseguidos, así como las dificultades encontradas, con el fin de evaluar el Plan y readaptar la planificación estratégica ante los nuevos escenarios surgidos, reprogramando el desarrollo de actividades y/o modificando objetivos, si procede. El Plan Estratégico de Continuidad Asistencial será revisado de forma anual.

Esta evaluación será compartida con los Directores y Enfermeras de Continuidad Asistencial de todos los hospitales y remitida a la Dirección General con competencias asistenciales.





RESUMEN DEL PLAN

RESUMEN DEL PLAN

CONTINUIDAD EN LA GESTIÓN	
Línea 1.	
Consolidar el modelo de atención a la cronicidad centrado en las necesidades del paciente.	
Objetivo 1.1 Impulsar el desarrollo de elementos que faciliten una asistencia sanitaria adaptada a las necesidades de cada persona a lo largo de todo su proceso salud/enfermedad.	
1.1.1 Estratificación de la población. Asignación del Nivel de Intervención.	
1.1.2 Impulso y consolidación de la figura del especialista de referencia del PCC, como figura clave especialmente en escenarios de complejidad, en todos los hospitales convencionales de la Comunidad de Madrid.	
1.1.3 Fomento y consolidación de la existencia de la figura del especialista consultor en los diferentes servicios hospitalarios.	
Objetivo 1.2 Establecer modelos de atención integrada a las personas, acordes a su situación clínica y necesidades, sin fragmentación entre ámbitos de atención.	
1.2.1 Priorización y coordinación de la elaboración de procesos asistenciales integrados siguiendo los criterios establecidos en el documento marco.	
1.2.2 Coordinación de la revisión y actualización de los procesos asistenciales integrados puestos en marcha siguiendo los criterios establecido en el documento marco.	
1.2.3 Mejora de circuitos asistenciales en procesos crónicos: seguimiento específico y seguimiento al alta.	
1.2.4 Identificación y análisis de las patologías crónicas prevalentes en los pacientes frágiles	
1.2.5 Diseño y/o revisión de circuitos asistenciales en pacientes frágiles y/o vulnerables.	
Línea 2.	
Impulsar la coordinación y mejora de la accesibilidad entre ámbitos asistenciales.	
Objetivo 2.1 Impulsar las actuaciones que faciliten el acceso a la asistencia en el ámbito más adecuado (hospitalización convencional, media estancia etc.).	
2.1.1 Identificación y puesta en marcha de áreas de mejora en la derivación de pacientes entre los hospitales de agudos y hospitales de media estancia especialmente en los pacientes con mayor complejidad y fragilidades.	
2.1.2 Impulso de la derivación de pacientes a hospitales de media estancia desde Atención Primaria.	



Objetivo 2.2. Optimizar los flujos de atención a las personas en las transiciones entre ámbitos asistenciales racionalizando los tiempos de atención y contribuyendo a la mejora de la calidad en la atención sanitaria.

2.2.1 Gestión apropiada de las derivaciones preferentes/urgentes en función de las necesidades del paciente: sospecha de malignidad (SM) y valoración previa por el especialista (VPE).

2.2.2 Impulso de una oferta asistencial orientada a la mejora de la accesibilidad, la adecuación en la atención y la resolución efectiva, eficiente y segura de los procesos.

2.2.3 Impulso al desarrollo de herramientas orientadas a mejorar la accesibilidad, la adecuación en la atención y la resolución efectiva, eficiente y segura de los procesos.

Objetivo 2.3 Impulso de la coordinación institucional y de la Continuidad Asistencial entre los ámbitos sanitario y social.

2.3.1 Participación en la elaboración de proyectos de coordinación sociosanitaria en los que participa la UCA.

2.3.2 Consolidar la Unidad de Continuidad Asistencial como equipo de referencia hospitalario impulsor de la coordinación sanitaria y sociosanitaria.

Objetivo 2.4 Mejora de la seguridad durante las transiciones asistenciales.

2.4.1 Impulsar la elaboración de vías clínicas, protocolos, circuitos de comunicación consensuados.

2.4.2 Establecer un circuito de comunicación de alertas de resultados críticos desde los servicios hospitalarios a sus centros de salud de referencia.

2.4.3. Elaborar un proyecto de seguridad del paciente específico de las transiciones entre hospitales de agudos, atención primaria y unidades y hospitales de media estancia.



CONTINUIDAD DE LA INFORMACIÓN

Línea 3.

Impulsar la comunicación entre profesionales y compartir la información clínica del paciente durante las transiciones asistenciales

Objetivo 3.1 Desarrollar herramientas de comunicación y traslado de información clínica entre profesionales de diferentes ámbitos asistenciales.

3.1.1 Fomento de la comunicación entre profesionales para el trabajo multidisciplinar mediante tecnologías digitales.

3.1.2 Establecimiento de circuitos de comunicación bidireccional que permitan la solicitud y respuesta de las eConsultas desde los diferentes ámbitos asistenciales.

3.1.3 Establecimiento de procedimientos que faciliten la transmisión de la información clínica y de cuidados entre profesionales asistenciales.

3.1.4 Elaboración e implantación de procedimientos que garanticen la transmisión de la información desde los servicios de urgencias hospitalarios a los profesionales de AP.

3.1.5 Promover nuevas funcionalidades de la eConsulta que contribuyan a aumentar la calidad de la atención.

Objetivo 3.2 Impulsar la comunicación entre los profesionales de los centros sanitarios con los centros sociosanitarios.

3.2.1 Elaboración e implantación de circuitos de coordinación y comunicación entre profesionales de hospitales de agudos y los profesionales de los centros sociosanitarios.

3.2.2 Elaboración e implantación de circuitos de coordinación y comunicación entre profesionales de las unidades y hospitales de media estancia y los profesionales de los centros sociosanitarios

Línea 4.

Evaluar, seguir y mejorar las líneas de trabajo correspondientes a Continuidad Asistencial y a la Estrategia de abordaje a la cronicidad.

Objetivo 4.1 Establecer y consolidar los cuadros de mando para el seguimiento y mejora de la Continuidad Asistencial y Cronicidad.

4.1.1 Impulso a la medición de resultados en salud.

4.1.2 Actualización del cuadro de mando para seguimiento de la cronicidad y continuidad asistencial.

4.1.3 Actualización del cuadro de mando de la Unidad de Coordinación de Media Estancia para el seguimiento de las derivaciones.



Línea 4.
Evaluar, seguir y mejorar las líneas de trabajo correspondientes a Continuidad Asistencial y a la Estrategia de abordaje a la cronicidad.
Objetivo 4.1 Establecer y consolidar los cuadros de mando para el seguimiento y mejora de la Continuidad Asistencial y Cronicidad.
4.1.1 Impulso a la medición de resultados en salud.
4.1.2 Actualización del cuadro de mando para seguimiento de la cronicidad y continuidad asistencial.
4.1.3 Actualización del cuadro de mando de la Unidad de Coordinación de Media Estancia para el seguimiento de las derivaciones.
Objetivo 4.2 Favorecer la fluidez de atención, mediante la mejora en las transiciones asistenciales.
4.2.1 Identificación e impulso al desarrollo de formularios que den respuesta a las necesidades de información en las interconsultas no presenciales.
4.2.2 Impulso de la adecuación de la información necesaria en la derivación a unidades y hospitales de media estancia para dar respuesta a las necesidades asistenciales.



CONTINUIDAD EN LA RELACIÓN

Línea 5.

Fomentar la relación con los clientes internos.

Objetivo 5.1 Liderar y afianzar la cultura de Continuidad Asistencial y de la atención a la cronicidad entre profesionales y/o equipos directivos de la organización.

5.1.1 Impulso directivo a la implementación de la estrategia de abordaje a la cronicidad de manera transversal. Desarrollo de espacios de encuentro en los que se aborde la cronicidad y la continuidad asistencial.

5.1.2 Inclusión de objetivos compartidos en los contratos programas de hospitales y centros de Atención Primaria.

5.1.3 Colaboración en el diseño e implementación de los diferentes planes estratégicos, programas y Proyecto Marco de la Consejería de Sanidad, introduciendo la visión de la continuidad asistencial y de atención integrada centrada en la persona.

5.1.4 Impulso a la investigación e innovación relacionada con la atención continuada e integral de los pacientes.

5.1.5 Formación de los profesionales sanitarios en continuidad y cronicidad.

5.1.6 Impulso de la formación en la medición de resultados en salud relacionado con la continuidad asistencial y/o el abordaje en la cronicidad.

Objetivo 5.2 Establecer estructuras organizativas multidisciplinares, estables y finalistas lideradas por el Director de Continuidad Asistencial que impulsen y fomenten la cultura de Continuidad Asistencial e implanten la filosofía de trabajo coordinado en todos los ámbitos asistenciales.

5.2.1 Rediseño de las comisiones normalizadas de Continuidad Asistencial.

5.2.2 Consolidación de las comisiones normalizadas de Continuidad Asistencial.

5.2.3 Definición del trabajo de las Unidades de Continuidad Asistencial.

5.2.4 Establecimiento y difusión de un sistema de evaluación del trabajo desarrollado en Continuidad Asistencial.



Línea 6.
Fomento de la relación e implicación de las personas (clientes externos).
Objetivo 6.1 Contribuir en la capacitación y el empoderamiento de las personas para el cuidado de su salud y manejo de su enfermedad.
6.1.1 Desarrollo de intervenciones informativas y formativas en el marco de actuación de la EMS.
6.1.2 Elaboración de proyectos educativos estructurados.
Objetivo 6.2 Integrar a los pacientes/familiares/asociaciones en el diseño y desarrollo de los procesos asistenciales integrados.
6.2.1 Detección de necesidades y expectativas de los pacientes en los Procesos Asistenciales Integrados que se elaboran.





AUTORES

AUTORES

Dirección del Plan

- **Carmen García Cubero.** Jefa Unidad de Continuidad Asistencial.
- **Carmen Jiménez Gómez.** Enfermera Técnico de Apoyo. Unidad de Continuidad Asistencial.
- **David Rodríguez Morales.** Médico Técnico de Apoyo. Unidad de Continuidad Asistencial.

Coordinadores de la elaboración del Plan

- **José David Cerdeño Arconada.** Fisioterapeuta Técnico de Apoyo. Unidad de Continuidad Asistencial.
- **Concepción Díaz Tordable.** Responsable Unidad de Coordinación de Media Estancia. Unidad de Continuidad Asistencial.
- **Pablo Fernández Valcarce.** Enfermero Técnico de Apoyo. Unidad de Continuidad Asistencial.
- **Ana Cristina García Álvarez.** Directora de Continuidad Asistencial. H.U. La Paz.
- **Óscar Gómez Martín.** Director de Continuidad Asistencial. H. Fundación Jiménez Díaz
- **Silvia Heredia Marín.** Enfermera de Continuidad Asistencial. H. La Fuenfría..
- **Miryam Liaño Riera.** Médico Técnico de Apoyo. Unidad de Continuidad Asistencial.
- **Maria Isabel Melero Pellicer.** Directora de Continuidad Asistencial. H.U. Severo Ochoa.
- **Juana María Molina Ramos.** Directora de Continuidad Asistencial. H.U. Móstoles.
- **Rosa María Moreno Rodríguez.** Enfermera Técnico de Apoyo. Unidad de Continuidad Asistencial.
- **Jose Julián Ortega Martínez.** Enfermero de Continuidad Asistencial. H.U. Fuenlabrada.
- **Remedios Sánchez-Tembleque Díaz-Pache.** Directora de Continuidad Asistencial. H.U. del Henares.
- **Leticia Vega Requena.** Supervisora de Área de Continuidad Asistencial. H.U. Príncipe de Asturias
- **María Villares Ojea.** Supervisora de Área de enfermería. Continuidad Asistencial y recursos materiales. Hospital Universitario Ramón y Cajal.
- Ex miembros del Grupo coordinador del Plan:
 - **María Rosario Azcutia.** Directora de Continuidad Asistencial H.U 12 de Octubre (hasta enero 2023).
 - **Marcelino Cucarella Galiana.** Director de Continuidad Asistencial. H. U. de Fuenlabrada (hasta octubre 2022).
 - **Susana de Juan García.** Directora de Continuidad Asistencial H. Infantil U. Niño Jesús (hasta enero 2024).
 - **Sonia Jiménez Aguilar.** Enfermera de Apoyo Técnico. Unidad de Continuidad Asistencial (hasta octubre 2023).



- **Marta Sánchez-Celaya del Pozo.** Directora de Continuidad Asistencial H.U Gregorio Marañón (hasta enero 2024).
- **Paloma Santos Álvarez.** Directora de Continuidad Asistencial H.U Sureste (hasta enero 2024).

Autores

- **Salvadora Aleza Esteras.** Enfermera de Continuidad Asistencial. H. Infantil U. Niño Jesús.
- **Santiago Alonso Corral.** Director de Continuidad Asistencial. H. De Guadarrama
- **Inés Alonso González.** Enfermera de Continuidad Asistencial. H.U. El Escorial.
- **Ascensión Amaro Amate.** Enfermera de Continuidad Asistencial. H.U. Puerta de Hierro Majadahonda.
- **Cristina Arias Baelo.** Supervisora de Enfermería. Gestión de Procesos. H.G.U. Gregorio Marañón.
- **Cristina Blázquez Talabán.** Enfermera de Continuidad Asistencial. H.U. Ramón y Cajal.
- **Silvia Bru Amantegui.** Responsable de Continuidad Asistencial H.U. Infanta Cristina.
- **César Campo Gallarta.** Director De Continuidad Asistencial. H.U. Santa Cristina.
- **Sandra Carrasco Gómez.** Enfermera de Continuidad Asistencial. H.U. Príncipe de Asturias.
- **Vanesa Castellanos Galiano.** Enfermera de Continuidad Asistencial (Infantil). H.U. La Paz.
- **Raquel Chorro Fito.** Enfermera de Continuidad Asistencial. H.U. 12 de Octubre.
- **Delia Cornejo Corrales.** Enfermera de Continuidad Asistencial. H. General Villalba.
- **Silvia Croas Entrambasaguas.** Enfermera de Continuidad Asistencial. H.U. Rey Juan Carlos.
- **Mercedes Cuesta Rodríguez-Torices.** Directora de Continuidad Asistencia. H.U. Getafe.
- **José Eugenio Delgado Ferreiros.** Director de Continuidad Asistencial H. Virgen de La Poveda.
- **Pilar Delgado Sánchez.** Supervisora de Enfermería de Continuidad Asistencial y geriatría. H.U. Fundación Alcorcón.
- **Montserrat Estepa Muñoz.** Enfermera de Continuidad Asistencial. H.U. Infanta Leonor.
- **Aurora Fabero Jiménez.** Directora de Continuidad Asistencial. H.U. Fundación Alcorcón.
- **Jesús Fernández Tabera.** Director de Continuidad Asistencial. H. General Villalba.
- **Elena García Paños.** Enfermera de Continuidad Asistencial. H.U. Infanta Sofía.
- **Mercedes García Romero.** Enfermera de Continuidad Asistencial. H. Gómez Ulla.
- **José Manuel García Trancón.** Enfermero de Continuidad Asistencial. Hospital U. José Germain.
- **Susana Garcia Tejada.** Enfermera de Continuidad Asistencial. H.U. Infanta Leonor.
- **José Gilberto González Antón.** Director Médico, Director de Continuidad Asistencial. H.U. Infanta Cristina.
- **Verónica González Gutiérrez.** Enfermera de Continuidad Asistencial. H.U. 12 de Octubre.



- **Alba Granda Arguelles.** Enfermera de Continuidad Asistencial. H.U. De Torrejón.
- **Olalla Guzón Illescas.** Directora de Continuidad Asistencial. H. La Fuenfría.
- **Mercedes Hellín Del Campo.** Directora Médico. Hospital U. José Germain.
- **M^a Ángeles Higuera Sanz.** Enfermera de Continuidad Asistencial H.G.U. Gregorio Marañón.
- **José Manzanera Escribano.** Directora de Continuidad Asistencial. H.U. Del Tajo.
- **Marisa Martínez Fabuel.** Enfermera de Continuidad Asistencial. H.U. Severo Ochoa.
- **Javier Martínez Sánchez.** Director de Continuidad Asistencial. H.E. Enfermera Isabel Zandal.
- **Carolina Medina Campos.** Enfermera de Continuidad Asistencial. H.U. Infanta Cristina.
- **Pedro Medina Cuenca.** Director de Continuidad Asistencial. H.U. Puerta De Hierro Majadahonda.
- **Albina Melo Almiñana.** Directora de Continuidad Asistencial. H.U. Infanta Elena.
- **Ana Isabel Mena Pérez.** Directora Médico. H. Dr. Rodríguez. Lafora.
- **Paula Molina Ávila.** Directora de Continuidad Asistencial. H.U. De Torrejón.
- **José Antonio Molina Ortiz.** Enfermero de Continuidad Asistencial. H.U. Móstoles.
- **Andrea Mora Capín.** Director de Continuidad Asistencial. H. Infantil U. Niño Jesús.
- **Sandra Morales Cubo.** Enfermera de Continuidad Asistencial. H.U. Rey Juan Carlos.
- **Laura Muñoz Areta.** Enfermera de Continuidad Asistencial. H. Fundación Jiménez Díaz.
- **Guadalupe Olivera Cañada.** Directora de Continuidad Asistencial. H.U. Clínico San Carlos.
- **Maria José Del Olmo Rubio.** Enfermera de Continuidad Asistencial. H.U. 12 de Octubre.
- **Carmen Ortega Atienza.** Enfermera de Continuidad Asistencial. H.G.U. Gregorio Marañón.
- **Begoña Ortiz Ortega.** Enfermera de Continuidad Asistencial. H.U. La Paz.
- **Manuel Ortiz Vega.** Director de Continuidad Asistencial. H.U. El Escorial.
- **Teresa Pablo Blas.** Enfermera de Continuidad Asistencial. H.U. Getafe.
- **Marisa Palacios Romero.** Directora de Continuidad Asistencial. H.U. Ramón y Cajal.
- **Silvia Parras Domínguez.** Enfermera de Continuidad Asistencial. H.U. Ramón y Cajal.
- **Zaida Pérez Chico.** Enfermera de Continuidad Asistencial. H.U. Príncipe de Asturias.
- **Justo Pérez Vergara.** Enfermero de Continuidad Asistencial. H.U. Del Sureste.
- **Carmen Plaza Nohales.** Directora de Continuidad Asistencial. H.U. Rey Juan Carlos.
- **Cristina Pontón Soriano.** Supervisora Hospitalización Medicina Interna H.U. El Escorial.
- **Sonia De Prado Vega.** Enfermera de Continuidad Asistencial. H. Central Cruz Roja.
- **Dulce Ramírez Puerta.** Directora de Continuidad Asistencial. H.U. Infanta Leonor.
- **Carolina Ramos Vital.** Enfermera de Continuidad Asistencial. H.U. Infanta Leonor.
- **Milagros Ranera Rey.** Enfermera de Continuidad Asistencial. Hospital U. José Germain.
- **M^a Pilar Regalón Martín.** Enfermera de Continuidad Asistencial. H.U. del Henares.
- **M^a José Rodríguez Machuca.** Enfermera de Continuidad Asistencial. H. Clínico San Carlos.
- **Amelia Rodríguez Nogueiras.** Enfermera de Continuidad Asistencial. H.U. La Princesa.
- **Alba Rodríguez Sánchez.** Enfermera de Continuidad Asistencial H. Virgen de La Poveda.
- **Rodolfo Romero Pareja.** Director de Continuidad Asistencial. H.G.U. Gregorio Marañón.
- **Cristina Rosado Bolaños.** Directora de Continuidad Asistencial. H.U. Fuenlabrada.



- **Alberto San Martín Prado.** Enfermero de Continuidad Asistencial. H.U. Fuenlabrada.
- **Rosa María Sánchez Criado.** Enfermera de Continuidad Asistencial. H.E. Enfermera Isabel Zandal.
- **Angélica Sánchez García.** Enfermera de Continuidad Asistencial. H. Clínico San Carlos.
- **Javier Sánchez Martín.** Enfermero de Continuidad Asistencial. H. Fundación Jiménez Díaz.
- **M^a Dolores Sánchez Roca.** Enfermera de Continuidad Asistencial. H.U. del Henares.
- **Laura Saura Quesada.** Enfermera de Continuidad Asistencial. H. Dr. Rodríguez Lafora.
- **Alberto Socorro García.** Director de Continuidad Asistencial. H. Central Cruz Roja.
- **Lucía Tomas Jiménez.** Enfermera de Continuidad Asistencial. H.U. Severo Ochoa.
- **Julia Torres Morales.** Enfermera de Continuidad Asistencial. H.U. del Henares.
- **Belén Ubach Badía.** Directora de Continuidad Asistencial. H.U. Infanta Sofía.
- **Marina Verano De La Torre.** Enfermera de Continuidad Asistencial. H. Fundación Jiménez Díaz.
- **Sonia Zamorano Cabellero.** Enfermera de Continuidad Asistencial. H.G.U. Gregorio Marañón.
- **Virginia Yuste Porro.** Enfermera de Continuidad Asistencial. H.U. Infanta Elena.





BIBLIOGRAFÍA

- Alfahealth. Por una alfabetización en salud excelente. Disponible en: <https://alfahealth.es/educacion-en-salud/>.
- Aller Hernández, M. B., Vargas Lorenzo, I., Sánchez Pérez, I., Henao Martínez, D., Coderch de Lassaletta, J., Llopart López, J. R., ... & Vázquez Navarrete, M. (2010). La continuidad asistencial entre niveles percibida por usuarios del sistema de salud en Cataluña. *Revista española de salud pública*, 84, 371-387.
- Aller MB, Vázquez ML, Vargas H, Coderch J, Calero S, Llopart JR, Colomé LI, Farré J, Cots F, Vargas I. Indicadores de coordinación asistencial entre niveles de atención. Documento de trabajo. Versión noviembre 2012. Barcelona. Consorci de Salut i Social de Catalunya; 2012. Disponible en: <http://www.consorci.org/coneixement/cataleg-de-publicacions/80/indicadores-decoordinacion-asistencial-entre-niveles-documento-de-trabajo>
- Baker R, Freeman GK, Haggerty JL, Bankart MJ, Nockels KH. Primary medical care continuity and patient mortality: a systematic review. *Br J Gen Pract*. 2020 Aug 27;70(698): e600-e611. doi: 10.3399/bjgp20X712289. PMID: 32784220; PMCID: PMC7425204. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7425204/>
- Belling, R., Whittock, M., McLaren, S., Burns, T., Catty, J., Jones, I. R., ... & ECHO Group bellinri@lsbu.ac.uk. (2011). Achieving continuity of care: facilitators and barriers in community mental health teams. *Implementation Science*, 6, 1-7. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/50592235_Achieving_Continuity_of_Care_Facilitators_and_Barriers_in_Community_Mental_Health_Teams#fullTextFileContent
- Bengoa, R., Nuño, R. (2008). *Curar Y Cuidar: innovación en la gestión de enfermedades crónicas*. Barcelona. Masson.
- Documento Marco para el desarrollo de la continuidad asistencial en la Comunidad de Madrid. Edición 1/2015. Madrid. Servicio Madrileño de Salud.
- Dyer, S.M., Suen, J., Williams, H. et al. Impact of relational continuity of primary care in aged care: a systematic review. *BMC Geriatr* 22, 579 (2022). Disponible en: <https://rdcu.be/dU4Z2>
- Elorriaga E, Esnaola S, de Diego M, Aldasoro E, Martín U. Continuidad Asistencial. La percepción de las personas usuarias del sistema sanitario de la C.A.P.V. Vitoria-Gasteiz: Departamento de Salud, Servicio de Estudios e Investigación Sanitaria 2016. Edición: 1ª septiembre 2016. Administración de la Comunidad Autónoma del País Vasco Departamento de Salud. Disponible en: http://www.euskadi.eus/contenidos/informacion/enc_salud_2013_publicaciones/es_def/adjuntos/contin_asist.pdf
- Estrategia de atención a pacientes con enfermedades crónicas en la Comunidad de Madrid. Madrid: Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid; 2014-2025. Disponible en : <https://www.comunidad.madrid/transparencia/informacion-institucional/planes-programas/estrategia-atencion-personas-enfermedades-cronicas>



- Estrategia de seguridad del paciente del Servicio Madrileño de Salud. Consejería de Sanidad 2027. D.G. de Humanización, Atención y Seguridad del Paciente. Madrid 2022. Disponible en: <https://www.comunidad.madrid/publicacion/ref/50736>.
- Estrategia de Salud Digital. Sistema Nacional de Salud. Secretaría General de Salud Digital, información e Innovación para el SNS. 2 de diciembre de 2021. Disponible en: [Estrategia de Salud Digital del SNS.pdf \(sanidad.gob.es\)](#)
- Fernández Moyano, A., & Ollero Baturone, M. (2010). Percepción de la continuidad asistencial: Conocer para actuar. Revista española de salud pública, 84(4), 349-351.
- Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272010000400001&lng=es
- Fernández Moyano A, García Garmendia JL, Palmero Palmero C, García Vargas-Machuca B, Páez Pinto JM, Álvarez Alcina M, et al. Continuidad asistencial. Evaluación de un programa de colaboración entre Atención Hospitalaria y Atención Primaria. Rev Clin Esp [Internet]. 2007;207(10):510–20. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1157/13111551>
- Garrido-Elustondo, S., Molino-González, A. M., López-Gómez, C., Arrojo-Arias, E., Martín-Bun, M., & Moreno-Bueno, M. A. (2009). Coordinación asistencial entre atención primaria y especializada. Satisfacción con el proyecto especialista consultor. Revista de calidad asistencial, 24(6), 263-271.
- Haggerty JL., Reid, R. J., Freeman, G. K., Starfield, B. H., Adair, C. E., McKendry, R. Continuity of care: a multidisciplinary review. BMJ [Internet]. 2003;327(7425):1219–21. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.327.7425.1219>
- Haggerty JL, Burge F, Pineault R, Beaulieu M-D, Bouharaoui F, Beaulieu C, et al. Management continuity from the patient perspective: comparison of primary healthcare evaluation instruments. Healthc Policy. 2011;7(Spec Issue):139–53.
- Henao Martínez, D., Vázquez Navarrete, M. L., & Vargas Lorenzo, I. (2009). Factores que influyen en la coordinación entre niveles asistenciales según la opinión de directivos y profesionales sanitarios. Gaceta sanitaria, 23, 280-286. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112009000400005&lng=es.
- Jackson, J., MacKean, G., Cooke, T., & Lahtinen, M. (2017). Patient and provider experiences with relationship, information, and management continuity. Patient Experience Journal, 4(3), 38-47. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.35680/2372-0247.1192>
- Letelier, M. J., Aller, M. B., Henao, D., Sánchez-Pérez, I., Vargas Lorenzo, I., Coderch de Lassaletta, J., ... & Vázquez Navarrete, M. L. (2010). Diseño y validación de un cuestionario para medir la continuidad asistencial entre niveles desde la perspectiva del usuario: CCAENA. Gaceta Sanitaria, 24, 339-346. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112010000400013&lng=es.
- Marco Estratégico para la Atención Primaria y Comunitaria. 10 de abril de 2019. Sanidad 2019. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. Disponible en:
- Marco_Estrategico_APS_25Abril_2019.pdf (sanidad.gob.es)



- Peiró, M. (2001). Integración de proveedores de servicios asistenciales. Cuadernos de Gestión, 7(2), 59-64.
- Plan estratégico de la Subdirección General de Continuidad Asistencial 2018-2021. Consejería de Sanidad. Dirección General de Coordinación de la Asistencia Sanitaria. Disponible en: <https://saludanv.salud.madrid.org/ContinuidadAsistencial/Documents/Plan%20Estrat%C3%A9gico%20de%20la%20SG%20de%20Continuidad%20Asistencial.pdf>
- Prieto Rodríguez MA, March Cerdá JC. Paso a paso en el diseño de un estudio mediante grupos focales. Aten Primaria [Internet]. 2002;29(6):366–73. Disponible en: [http://dx.doi.org/10.1016/s0212-6567\(02\)70585-4](http://dx.doi.org/10.1016/s0212-6567(02)70585-4)
- Reid, R. J., Haggerty, J., & McKendry, R. (2002). Defusing the confusion: concepts and measures of continuity of healthcare. Prepared for the Canadian Health Services Research Foundation, the Canadian Institute for Health Information, and the Advisory Committee on Health Services of the Federal/Provincial/Territorial Deputy Ministers of Health.
- Terraza, R. (2004). Coordinación y continuidad: un marco para el análisis [tesina máster]. Barcelona: Universidad Pompeu Fabra.
- Terraza Núñez, R., Vargas Lorenzo, I., & Vázquez Navarrete, M. L. (2006). La coordinación entre niveles asistenciales: una sistematización de sus instrumentos y medidas. Gaceta Sanitaria, 20(6), 485-495. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112006000600012&lng=es.
- Toro Polanco N, Sauto Arce R, Nuño Solinis R, Berraondo Zabalegui I, Pérez Irazusta I. Integrated care as a priority of the Basque Strategy for Chronic Diseases: the Bidasoa Integrated Healthcare Organisation. International Journal of Integrated Care. 2011;11(7). Disponible en: <https://ijic.org/articles/792/files/submission/proof/792-1-2548-1-10-20110721.pdf>
- Van Houdt, S., Sermeus, W., Vanhaecht, K., & De Lepeleire, J. (2014). Focus groups to explore healthcare professionals' experiences of care coordination: towards a theoretical framework for the study of care coordination. BMC Family Practice, 15, 1-11. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1186/s12875-014-0177-6>
- Vargas Lorenzo, I., & Vázquez Navarrete, M. L. (2007). Barreras y facilitadores de la coordinación asistencial en dos organizaciones sanitarias integradas en Cataluña. Gaceta Sanitaria, 21(2), 114-123. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112007000200005&lng=es.
- World Health Organization. (1996). Integration of health care delivery. 861 ed. Geneva: WHO. Disponible en: <https://iris.who.int/handle/10665/38408>
- World Health Organization (WHO). 7 November 2018. Continuity and coordination of care: a practice brief to support implementation of the WHO Framework on integrated people-centred health services. Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241514033>
- Zambrano, X. A. B. (2016). Un acercamiento de la Planificación estratégica y las organizaciones sanitarias. Dom. Cien. 2(3), 3-14.





**Comunidad
de Madrid**

Dirección General Asistencial
CONSEJERÍA DE SANIDAD