



Servicio Andaluz de Salud  
**CONSEJERÍA DE SALUD**

**COMISIÓN DE CUIDADOS DE ÁREA**

Dirección Regional de Desarrollo e Innovación en Cuidados

Dirección General de Asistencia Sanitaria



## ÍNDICE

1. Introducción.....	3
2. Funciones.....	5
3. Objetivos.....	6
4. Estructura.....	8
4.1 Organización y dependencia funcional	
4.2 Miembros de la Comisión	
4.3 Mecanismos de comunicación	
5. Bibliografía.....	11
Anexo I	
Normas Básicas de Calidad del Informe	
de Continuidad de Cuidados.....	13



## 1. INTRODUCCIÓN

Desde que la Ley General de Sanidad estableciera la atención sanitaria en dos niveles asistenciales interconectados entre sí: Atención Primaria como puerta de entrada de los usuarios al sistema y Atención Especializada como apoyo y complemento de la Atención Primaria, necesaria para todos aquellos procesos cuya complejidad lo requiera, la continuidad de cuidados entre ambos niveles ha sido un reto para los diferentes servicios de salud con distintos resultados.

La discontinuidad aparece en el momento en que un centro asistencial, servicio o unidad desestima o subordina a otras prioridades la información relativa a los pacientes y/o cuidadores.

La Comisión de Cuidados de Área (CCA), como queda recogida en el Contrato Programa entre el SAS y sus centros asistenciales, es uno de los elementos que deben desarrollarse en todas las áreas para la mejora de la continuidad asistencial. Está integrada por enfermeras de ambos niveles asistenciales y de diferentes ámbito de responsabilidad.

La CCA ha de trabajar para organizar el intercambio efectivo de información que requiere la continuidad de cuidados entre las enfermeras de ambos niveles asistenciales ofreciendo instrumentos de soporte para la información que facilite el flujo de información interniveles y favorezca la mejora de la práctica clínica de las enfermeras. De esta manera se minimizan las duplicidades, omisiones y contradicciones en la transmisión de la información interniveles asistenciales, disminuye la variabilidad clínica y la enfermera se convierte en un instrumento de cohesión en el cuidado, identificando el servicio que aporta y el valor añadido al proceso asistencial.

La Comisión de Cuidados de Área ha de facilitar la planificación de la asistencia y facilitar el abordaje de forma estandarizada para un grupo de pacientes con necesidades similares.

Este enfoque facilita el abordaje de cuidados y beneficia en particular a los grupos de pacientes identificados como vulnerables para la Continuidad de Cuidados y que conforman una población diana prioritaria, como son:

- Pacientes crónicos con descompensaciones frecuentes.
- Pacientes inmovilizados
- Ancianos dependientes y/o en riesgo de dependencia
- Pacientes y/o familiares con manejo inefectivo del régimen terapéutico, falta de conocimientos, cansancio en el desempeño del rol del cuidador, pacientes con nivel de dependencia/suplencia alto.
- Pacientes y/o cuidadores con afrontamiento inadecuado de su situación de salud.
- Mujeres en situación de embarazo, parto y puerperio.



- Pacientes que han sido intervenidos de cirugía de corta estancia y de cirugía mayor ambulatoria (CMA)
- Pacientes con trastorno mental grave
- Pacientes sometidos a tratamientos oncológicos (radioterapia y/o quimioterapia)
- Pacientes que precisen Cuidados Paliativos

Por tanto la Comisión de Cuidados de área es un órgano de gestión que trabaja para estabilizar y mejorar el proceso de continuidad de cuidados entre AP y AE, y viceversa, introduciendo elementos de mejora basados en la mejor evidencia posible e integrando recursos para promover resultados clínicos óptimos en los pacientes especialmente en los más vulnerables.



## **2. FUNCIONES**

- a. Establecer los canales de comunicación necesarios para garantizar la continuidad de cuidados interniveles asistenciales
- b. Coordinar la normalización de la práctica clínica para disminuir su variabilidad.
- c. Constituirse como instrumento de análisis de calidad y mejora permanente.
- d. Lograr la colaboración activa de los profesionales en la gestión clínica.
- e. Facilitar la implantación y el funcionamiento de los procesos asistenciales.



### **3. OBJETIVOS**

#### **General**

Garantizar la continuidad de cuidados entre los distintos niveles asistenciales.

#### **Específicos**

La CCA deberá:

- A. Especificar y desarrollar los canales de comunicación necesarios para la continuidad de cuidados, diseñando y estableciendo los mecanismos pertinentes para la implantación del Informe de Continuidad de Cuidados estandarizado y bidireccional en los dos niveles asistenciales. Estos canales han de incluir:
  - Informe de continuidad de cuidados al alta desde Hospitales a Atención Primaria.
  - Informe de continuidad de cuidados al ingreso programado desde Atención Primaria a Hospitales.
  
- B. Desarrollar Guías de Actuación Compartida en pacientes pluripatológicos, frágiles y crónicos con deterioro de la movilidad física, afrontamiento familiar inadecuado, cansancio del rol de cuidador principal y manejo inefectivo de régimen terapéutico.
  
- C. Informar a las Unidades de Atención al Usuario de ambos niveles asistenciales de los canales de comunicación y medidas que se vayan estableciendo.
  
- D. Establecer vías de comunicación ágiles para la planificación del alta mediante contacto con la enfermera de A.P del paciente durante la estancia de éste en el hospital.
  
- E. Acordar los mecanismos de contacto entre las enfermeras que atiendan al mismo paciente en AE/AP.
  
- F. Establecer objetivos para cada grupo de pacientes que garanticen la equidad en el abordaje de éstos. Es decir, ofrecer a cada paciente aquellas intervenciones que necesita en función de su proceso o grupo de pacientes vulnerables en el que se encuadre.



- G. Identificar problemas en la continuidad asistencial y propuesta de acciones de mejora.
  
- H. Desarrollar estrategias para la continuidad de cuidados en los Procesos Asistenciales contando con las nuevas tecnologías puestas en marcha en los centros asistenciales del Sistema Sanitario Público Andaluz (SSPA) como el “Plan de Continuidad Asistencial de Personas Frágiles: Seguimiento por Enfermeras desde el Centro de Información y llamadas “Salud Responde”
  
- I. Desarrollar programas de formación conjunto para las enfermeras de ambos niveles asistenciales.



## **4. ESTRUCTURA**

### **4.1. Organización y dependencia funcional**

1º.- Cada Hospital constituirá al menos una Comisión de Cuidados de Área con los Distritos de referencia. Esto puede conllevar que un Distrito esté presente en más de una comisión cuando tenga más de un Hospital de referencia.

Si así se considera, se podrá establecer además una Comisión de Cuidados de Área Provincial, con iguales objetivos y similar composición, es decir Directivos Enfermeros de AE y AP y un miembro de cada nivel asistencial que pertenezca a las Comisiones de Cuidados de Área existentes.

Así mismo, si se considera necesario por operatividad, se podrá crear subcomisiones para tratar temas específicos, dichas subcomisiones dependerán de la CCA y tendrán un responsable que será el encargado de elevar a dicha Comisión de Cuidados de Área los acuerdos alcanzados, donde quedará radicada la toma de decisiones.

En los Hospitales que dispongan de dispositivos de Salud Mental se ha de crear una subcomisión para la mejora de la coordinación de los cuidados de los pacientes en salud mental integrada por:

- Una enfermera de cada Dispositivo de Salud Mental:
  - Una enfermera de uno de los Equipos de Salud Mental del Distrito.
  - Una enfermera de la Comunidad Terapéutica.
  - Una enfermera de la Unidad de Rehabilitación del Área (URA)
  - Una enfermera de la Unidad de Hospitalización
  - Una enfermera de la USMI-J
- Una enfermera de familia de un Distrito.
- Una enfermera de Pediatría de referencia, donde se hospitalicen los niños con trastornos de salud mental.

2º.- La Comisión de Cuidados de Área la compondrán:

- 1 presidente, 1 secretario, que deberán ser los Directivos Enfermeros de más alta responsabilidad de los Distritos y Hospitales que la compongan y que alternarán la responsabilidad del cargo periódicamente.
- 6 a 10 vocales, que serán nombrados por los Directivos Enfermeros del Hospital y del Distrito, de forma que esté compuesta por similar número de miembros de Atención Primaria que de Atención Especializada.



**3º.-** El presidente y el secretario no podrán delegar en ningún otro miembro. El presidente tendrá la responsabilidad de la convocatoria de reuniones. El secretario será el garante de la elaboración de las actas y de la emisión de los informes de la comisión.

**4º.-** El presidente y el secretario velarán por el cumplimiento de los acuerdos tomados en el seno de la CCA.

**5º.-** La Comisión dependerá funcionalmente de los responsables de enfermería del Hospital y Distrito a los que pertenezca dicha Comisión. Estos son responsables de la constitución de las mismas, y elevarán a la Comisión de Dirección de sus centros los informes y conclusiones que se deriven de los acuerdos de estas.

**6º.-** La Comisión de Cuidados de Área deben facilitar la formación de grupos de mejora que analicen los informes emitidos por la comisión y propongan estrategias para la resolución de problemas.

**7º.-** Será responsabilidad de cada comisión desarrollar una programación que contemple el calendario de trabajo, los objetivos específicos, el período de rotación de sus componentes, la ampliación de los grupos de pacientes vulnerables a incluir y la difusión del trabajo realizado y acordado en el seno de la CCA al resto de las enfermeras de AP y AE. Se aconseja al menos una reunión bimensual.

**8º.-** Los componentes de la CCA deben asumir un compromiso con su funcionamiento y resultados. Se les facilitará un nombramiento que acredite su pertenencia a la misma por el periodo que se establezca.

**9º.-** Cada cuatro años se renovarán los miembros vocales de la Comisión.

## **4.2. Miembros de la Comisión**

Las enfermeras que formen la CCA deben tener experiencia y conocimiento en alguno de los siguientes campos:

- Área asistencial de hospitalización
- Circuito ambulatorio de hospitalización
- Área de gestión de Cuidados

- Área asistencial de Atención Primaria
- Gestión de casos
- Área de Consultas externas y pruebas complementarias asistenciales
- Área de Dispositivos asistenciales de Salud Mental (en caso de no tener creado subcomisión específica de salud mental)

### 4.3 Mecanismos de Comunicación

Uno de los elementos de comunicación fundamental es el que se realiza a través de los informes de continuidad de cuidados por tanto es necesario establecer garantías en esta materia:

- Las Enfermeras Supervisoras junto con las Direcciones de Enfermería serán los garantes de que el Informe de Continuidad de Cuidados (ICC) llegue a Atención Primaria y en este nivel serán los Adjuntos de enfermería quienes garanticen su entrega a la enfermera responsable del paciente
- Deberán estar operativos al menos una de estas dos vías de comunicación para la derivación de ICC y viceversa e informes de ingresos y altas:
  - Vía correo electrónico: desde la unidad de hospitalización al centro o consultorio de referencia.
  - Vía Fax: desde la unidad de hospitalización o zona administrativa más próxima al centro o consultorio de referencia.

Los plazos para la remisión de informes son los que se detallan a continuación:

TIPO DE PACIENTE	HOSPITAL		ATENCIÓN PRIMARIA	
	Plazo máximo de remisión informe	Procedimiento	Plazo máximo de respuesta	Procedimiento
Pacientes dados de alta sin criterios de vulnerabilidad	<b>48 horas</b>	Informe de continuidad de cuidados	<b>24 horas tras la recepción del informe</b>	Contacto telefónico y/o visita domiciliaria
Pacientes con criterios de vulnerabilidad recogidos en la cartera de servicios de la CCA	<b>24 horas</b>	Informe de continuidad de cuidados y contacto telefónico con centro de salud (opcional)	<b>24 horas tras la recepción</b>	Contacto telefónico y/o visita domiciliaria



## **5. BIBLIOGRAFÍA**

1. Lacida M, Garrido M, Morales JM, Galdeano N, Terol J. Grupo CODAE. Continuidad de Cuidados entre Atención Especializada y Atención Primaria. SAS, mayo 2002.
2. Comisión de Cuidados de Área. Estructura operativa. Grupo CODAE, febrero 2002.
3. Grupo de trabajo para la continuidad asistencial SAS-ASANEC
4. Plan de Calidad de la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía. 2001.
5. Guía para el diseño y mejora de procesos asistenciales. Consejería de Salud de la Junta de Andalucía. 2001.
6. Comisión de Cuidados de Área Hospital de Antequera / Distrito Sanitario de Atención Primaria La Vega. 2002.
7. Terol J. Continuidad de cuidados en pacientes críticos. Rev. Internacional para el cuidado del paciente crítico. Tem Vit Dic 2001 1 (1).
8. Morales Asencio JM y cols. Validación de un instrumento para el análisis de la continuidad de cuidados en pacientes críticos. Premio de investigación FUDEN 1999.
9. Escudero MC y cols. Incidencia y factores predictores de atención domiciliaria de Enfermería en población anciana. Enf Clin 2001 11 (3), 91-96.
10. Dunston J. Cuidados gestionados: un método que trabaja para usted. Nur 1991, agos.-sep.:50-53.
11. Amador M, y cols. Experiencia de coordinación entre Atención Primaria y Atención Especializada. Rev. Enf Cien 1996 ene-feb, nº 166-167: 50-53.
12. Kesby SG. Nursing care and collaborative practice. J Clin Nur 2002; 11: 357-366.
13. Mora JR, Ferrer C, Ramos E. Gestión Clínica por procesos: mapa de procesos de Enfermería en centros de Salud. Rev Admin San, ene-mar 2002 VI(21): 135-159.
14. González RM y cols. Identificación y evaluación de la efectividad de la indicación de continuidad de cuidados de Enfermería interniveles asistenciales del Servicio Vasco de Salud / Osakidezta. Rev Cal Asis 2002; 17 (4) 232-236.
15. II Jornadas de Trabajo de Directivos de Enfermería. Revisión documento Comisión de Cuidados de Área. Marzo 2004



Servicio Andaluz de Salud  
**CONSEJERÍA DE SALUD**

## **Anexo I**

### **Normas Básicas de Calidad del Informe de Continuidad de Cuidados**



## **Informe de Continuidad de Cuidados (Icc):**

### **Normas básicas para su elaboración:**

El Icc se emitirá de manera bidireccional entre las enfermeras de ambos niveles asistenciales. Se elaborará por las enfermeras de la Comisión de Cuidados de Área y debe contener como mínimo:

- Datos de filiación.
- Edad.
- Cuidador principal.
- Enfermera responsable.
- Zona Básica de Salud y Centro de Salud o consultorio.
- Diagnósticos CIE.
- Cuestionarios, test e índices (valor final) utilizados para la valoración del paciente.
- Diagnósticos enfermeros (codificados), procesos asistenciales en los que está incluido y otras situaciones de salud de la cartera de servicios especificada en el documento de la Comisión de Cuidados de Área.
- Reingreso SI/NO.