

ESTRATEGIA EN CUIDADOS PALIATIVOS SNS

# Jornada de Cuidados Paliativos en el Sistema Nacional de Salud

19 Noviembre 2025  
Ministerio de Sanidad



## Coordinación de la Atención Paliativa Visión desde Atención Primaria e Intermedia

Javier Resa

Unidad de Cuidados Paliativos | Hospital Hestia-Madrid

# De la terminalidad a la cronicidad avanzada

1,5 %

## Necesidades paliativas



POBLACIÓN GENERAL



MAYORES DE 65 AÑOS

Edad media: **81,4 a.**  
Mujeres: **61,4%**

86,5 %

8%

## Ámbito de provisión de cuidados

RESIDENCIA DOMICILIO



**66,8%**  
(20-25/MFyC)

HOSPITAL CSS-MLE

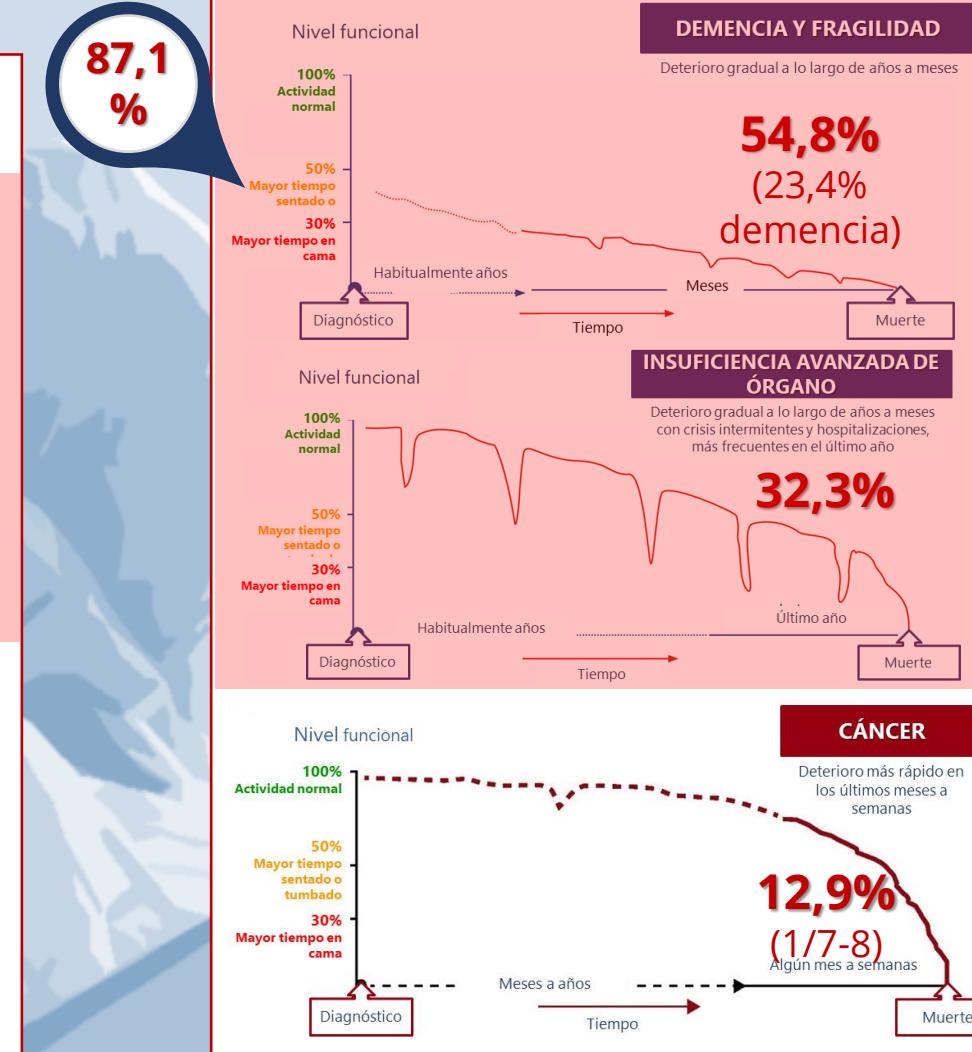


**19,7%**  
(55% de los residentes)  
**7%**  
(70% de los ingresados)



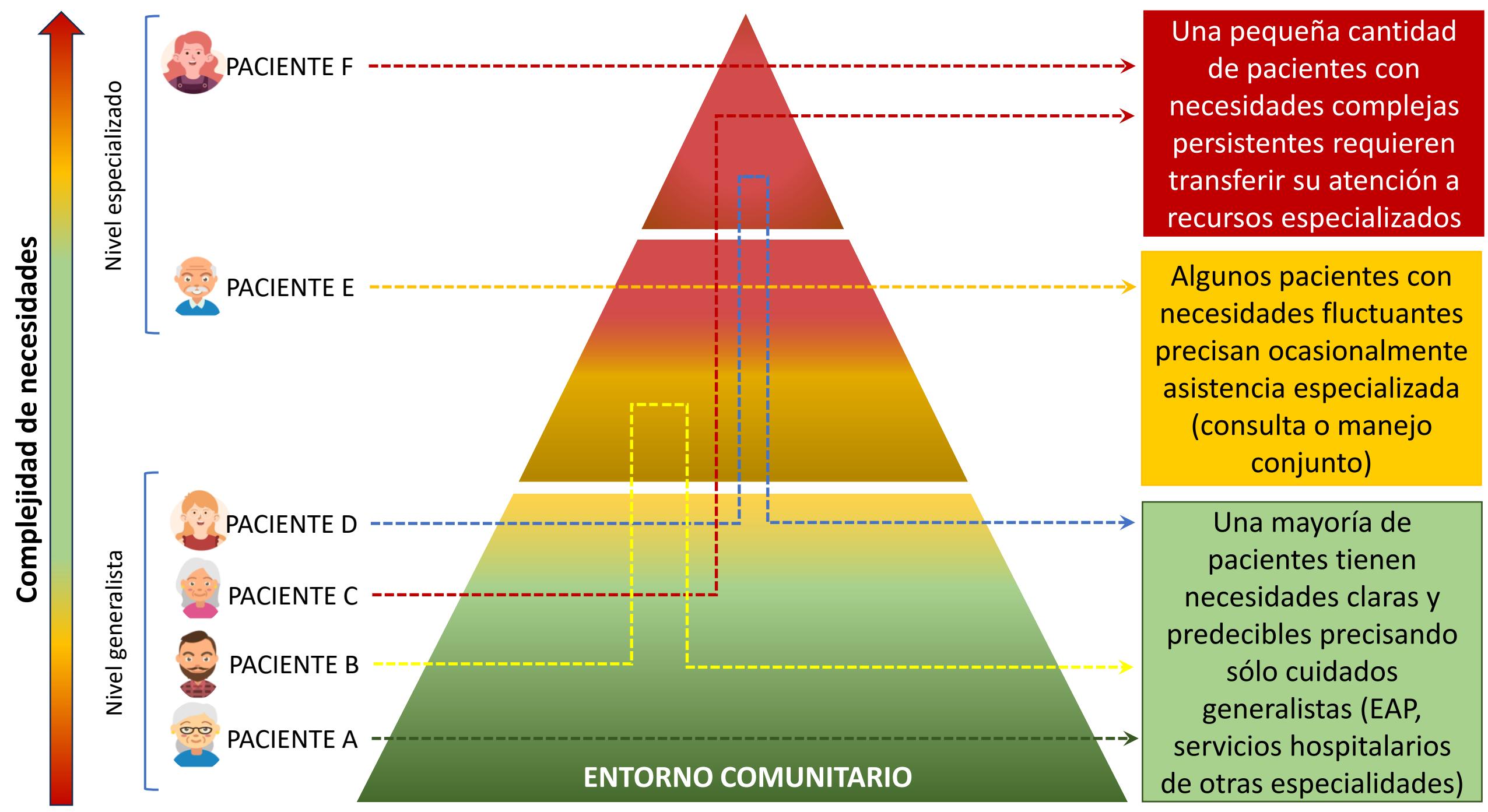
**6,5%**  
(38% de los ingresados)

87,1 %



Blay C, et al. Aten Primaria. 2019;51(2):71-9

Gómez-Batiste X, et al. Palliat Med. 2014;28(4):302-11.



# El reto de la coordinación



# Modelos de coordinación y administración



# Problemas en Atención Primaria

- **Sobrecarga asistencial, falta de tiempo.**
- **Dificultades en acceso a material/medicación específica.**
- **Fragmentación entre niveles/ Deficiencias en comunicación clínica y en información compartida :** dificulta continuidad y equidad en la atención y la toma coordinada de decisiones.
- **Estandarización de los procesos de derivación y responsabilidades**
- **Formación insuficiente y falta de capacitación continua:** no está uniformemente implementada.
- **Cobertura insuficiente fuera del horario habitual.**
- **Escasez de indicadores sistemáticos y auditorías de coordinación**

Dopico P. et al. SEMERGEN.2025;51:102457; Morán-Roldán L, et al. Rev Pediatr Aten Primaria. 2021;23:261-72;  
Guardia-Mancilla P, et al. An Sist Sanit Navarra. 2018; 41(1): 35-46; Meléndez-Gracia A. AMF 2014;10(5):241-242 .

# Atención Intermedia – U. Media/Larga Estancia

- Cuidados de **transición** para personas con fragilidad y condiciones crónicas y complejas, que no necesitan medios del hospital de agudos.
- Enfoque **integral** y **multidisciplinar**.
- Estancias de **breve o medio plazo**, generalmente alrededor de 20-30 días.
- Opera en estrecha **coordinación** con el hospital de agudos y atención primaria, garantizando una atención integral y eficaz.
- **Atención paliativa:** complejidad media/social que dificulta el cuidado en el domicilio (incluidos cuidados de respiro).
- Unidades claramente definidas (Madrid) vs. plazas en CSS/CAI

# Problemas en Atención Intermedia

- **Heterogeneidad** (definición, denominación y misión).
- **Desigualdad territorial.**
- **Transición y derivación poco ágiles entre niveles**
- **Comunicación insuficiente y deficiencias al compartir información clínica**
- **Falta de indicadores, evaluación y mejora de la coordinación específica**

## PUNTOS DÉBILES

- DERIVACIONES LENTAS O POCO CLARAS  
TRANSICIONES MAL PLANIFICADAS
- COMUNICACIÓN FRAGMENTADA,  
INFORMES INCOMPLETOS/TARDÍOS.
- MANEJO SOCIAL y FATIGA DEL CUIDADOR  
SIN SOPORTE ADECUADO.



Paciente identificado con necesidades paliativas

Inclusión en programa de CP

Valoración de complejidad

Contactar con ESAD

¿Cumple criterios?

Seguimiento por ESAD

Seguimiento por EAP

Baja/Media

Media/alta

↓Complejidad



Descompensación aguda

Ingreso en UHCPA/ESHCP

Necesidad estancia prolongada

Imposibilidad manejo domiciliario

Ingreso en UCPME

Estabilidad

NO

SI

# Propuestas para Atención Primaria

- **Protocolos, rutas y criterios de derivación unificados, con tiempos de respuesta claros.**
- **Plan de cuidados compartido y accesible**
- **Canal de comunicación directo con equipos paliativos. Reuniones multidisciplinares con equipos especializados para casos complejos y para retroalimentación.**
- **Formación focalizada y práctica para AP**
- **Refuerzo de la atención fuera de horas, coordinada con AP.**
- **Implantar indicadores locales:** tiempos de respuesta, % pacientes con plan compartido, satisfacción familiar, y auditoría periódica
- **DOTAR ADECUADAMENTE AL PRIMER NIVEL**

# Propuestas para Atención Intermedia

- **Definir criterios de derivación claros (ingreso y alta)**
- **Elaborar un plan de cuidados compartido al ingreso.**
- **Establecer canales de comunicación directa y rápida con AP**
- **Transición de alta al domicilio bien planificada.**
- **Realizar reuniones periódicas con AP:** retroalimentación, revisión de procesos, identificación de cuellos de botella.
- **Monitorizar algunos indicadores de calidad y continuidad:** tiempo solicitud-ingreso, % pacientes con plan compartido al alta, reingresos dentro de 30 días, satisfacción de paciente/familia, domicilio como lugar de muerte si era preferencia.

# Claves de un modelo eficiente

- La coordinación de recursos basada en la **complejidad** de necesidades es la clave para la equidad y continuidad.
- Debe asegurar **transición fluida** entre dispositivos respetando preferencias.
- Los modelos más **eficientes** combinan:
  - Detección temprana en AP
  - Valoración estructurada e individualizada de la complejidad → PIA
  - Gestión centralizada con atención continuada a crisis y urgencias y planificación de transiciones entre recursos.
  - Recursos sociosanitarios bien integrados.
  - Sistemas de información que garanticen la interoperabilidad y transparencia de la información entre distintos niveles asistenciales.

# Conclusiones

- El **cambio de paradigma** en la atención paliativa exige pasar de un modelo centrado en la enfermedad y su pronóstico hacia otro orientado a la cronicidad avanzada y a las **necesidades** de las personas.
- La **atención primaria** debe actuar como eje vertebrador, liderando la detección temprana, la valoración estructurada y la coordinación entre niveles asistenciales.
- Las unidades de **atención intermedia** o de media estancia constituyen un soporte esencial para pacientes con complejidad clínica o social.
- La organización de los recursos debe basarse en la **complejidad**, con comunicación fluida y sistemas interoperables.
- Modelos **sociosanitarios integrados** garantizarán continuidad, equidad y atención centrada en las preferencias del paciente.

