

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%**

8%

86,5 %

Ámbito de provisión de cuidados

RESIDENCIA DOMICILIO



66,8%
(20-25/MFyC)



19,7%
(55% de los residentes)

CSS-MLE
HOSPITAL



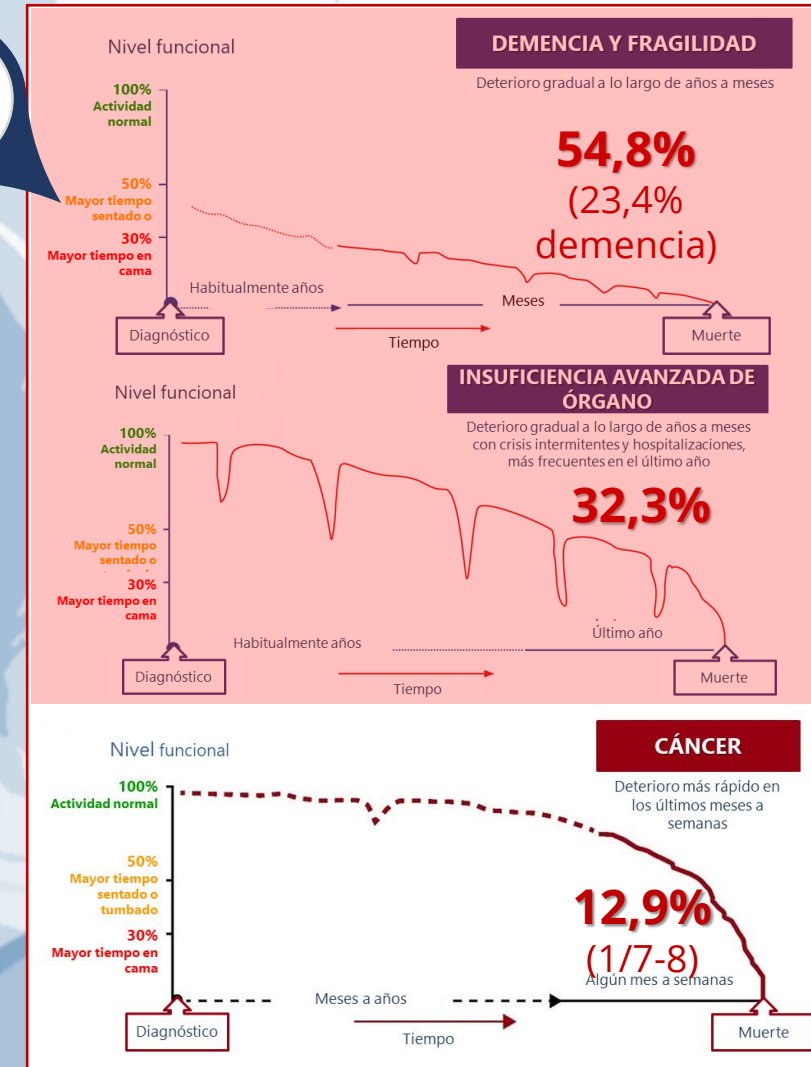
7%
(70% de los ingresados)



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.



Complejidad de necesidades

Nivel especializado



PACIENTE F



PACIENTE E



PACIENTE D



PACIENTE C



PACIENTE B



PACIENTE A

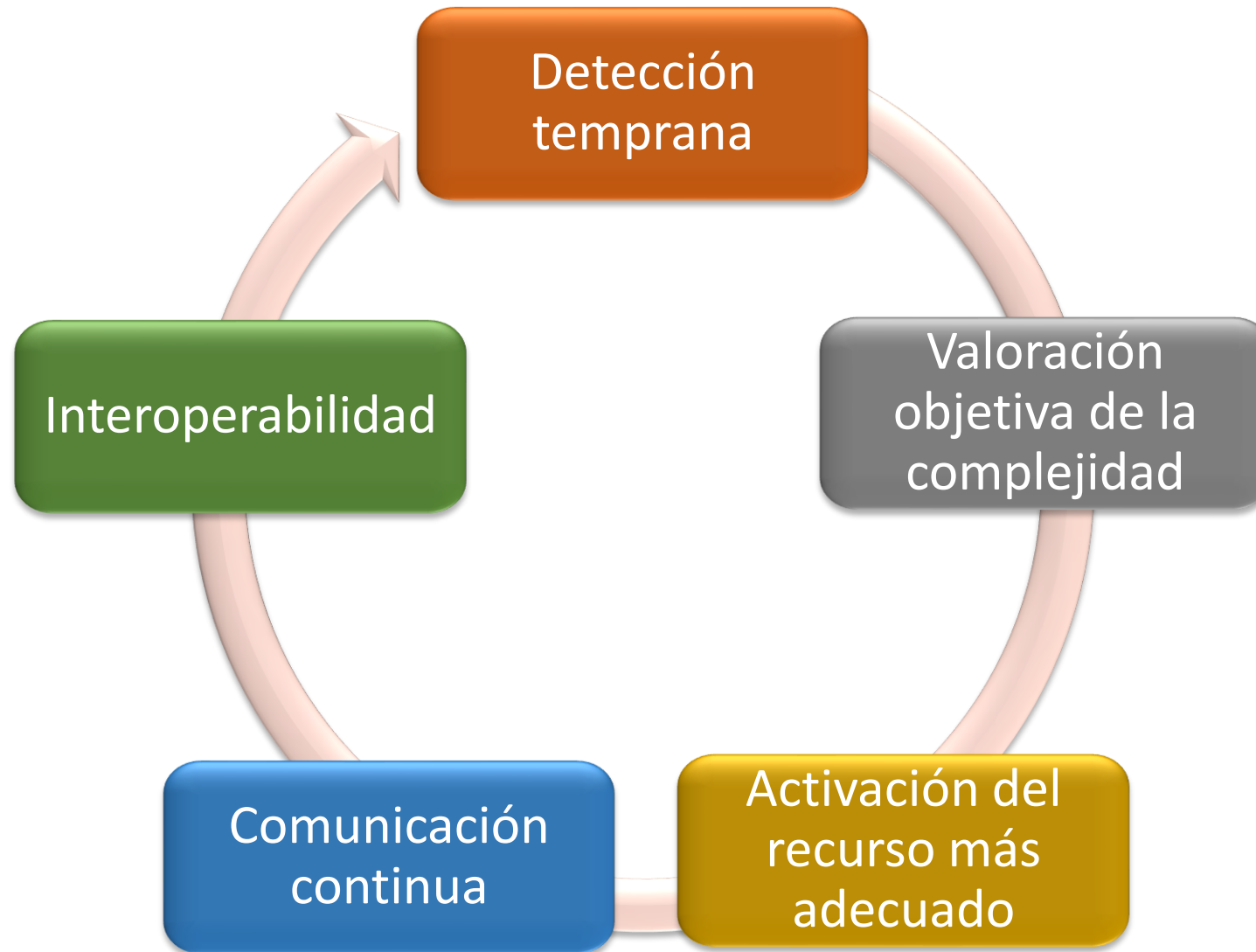
ENTORNO COMUNITARIO

Una pequeña cantidad de pacientes con necesidades complejas persistentes requieren transferir su atención a recursos especializados

Algunos pacientes con necesidades fluctuantes precisan ocasionalmente asistencia especializada (consulta o manejo conjunto)

Una mayoría de pacientes tienen necesidades claras y predecibles precisando sólo cuidados generalistas (EAP, servicios hospitalarios de otras especialidades)

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;
Guarda-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**

Paciente identificado
con necesidades
paliativas

Inclusión en
programa de CP

Valoración de
complejidad

Seguimiento por
EAP

Media/alta

Baja/Media

Contactar con
ESAD

¿Cumple
criterios?

NO

SI

Seguimiento por
ESAD

↓ Complejidad



PUNTOS DÉBILES

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



Descompensación
aguda

Ingreso en
UHCPA/ESHCP

Necesidad
estancia
prolongada

Ingreso en
UCPME

Imposibilidad
manejo domiciliario

Estabilidad

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.

