9 788469 590454
ISBN: 978-84-695-9045-4

La Suma de Todos
CONSEJERÍA DE SANIDAD
Comunidad de Madrid

SaludMadrid

Estrategia de Atención a Pacientes con Enfermedades Crónicas en la Comunidad de Madrid

ESTRATEGIA DE

ATENCIÓN A PACIENTES CON ENFERMEDADES CRÓNICAS

EN LA COMUNIDAD DE MADRID

La Suma de Todos
CONSEJERÍA DE SANIDAD
Comunidad de Madrid

SaludMadrid

Estrategia de Atención a Pacientes con Enfermedades Crónicas en la Comunidad de Madrid

Título:
Estrategia de Atención a Pacientes con Efermedades Crónicas en la Comunidad de Madrid

Edita:
Consejería de Sanidad

Tirada:
X ejemplares.

Edición:
Noviembre, 2013

Publicación financiada con fondos del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

Diseño de cubierta:
Sheridan Creative S.L.

Maquetación:
BIG Creativos

Fotocomposición e Impresión:
Monterreina

Depósito Legal: M- 30847-2013
ISBN: 978-84-695-9045-4

ÍNDICE

1. PRESENTACIÓN 5

2. INTRODUCCIÓN. POR QUÉ 9

2.1. El impacto de las enfermedades crónicas 10
2.2. La evidencia científica de las intervenciones en pacientes crónicos. 11

3. OBJETIVOS. PARA QUÉ 15

3.1. Misión de la Estrategia de atención a pacientes con enfermedades crónicas en la Comunidad de Madrid 17
3.2. Visión de la Estrategia de atención a pacientes con enfermedades crónicas en la Comunidad de Madrid 17
3.3. Objetivos generales 17
3.4. Principios rectores. 17

4. MARCO CONCEPTUAL DE LA ESTRATEGIA 19

4.1. El Modelo de Cuidado Crónico 20
4.2. El Modelo de Kaiser Permanente y de King´s Fund 22

5. ETAPAS DEL PROYECTO 25

6. ANÁLISIS DE SITUACIÓN 29

6.1. Análisis cuantitativo. Información epidemiológica 32
6.2. Análisis cuantitativo. Clinical Risk Groups (CRG). 45
6.3. Análisis cualitativo con profesionales. Entrevistas con informadores clave.. 55
6.4. Análisis cualitativo con profesionales. Cuestionario a Directores de Continuidad Asistencial 57
6.5. Análisis cualitativo con profesionales. Evaluación con el instrumento de evaluación de modelos de atención ante la cronicidad (IEMAC). 59
6.6. Análisis cualitativo con pacientes y cuidadores. Grupos de discusión. 66

7. DEFINICIÓN DEL MODELO ESTRATÉGICO DE LA COMUNIDAD DE MADRID 75

7.1. Priorización de patologías crónicas 76
7.2. Adaptación de la estrategia del Sistema Nacional de Salud (SNS) 79
7.3. Modelo de Atención al paciente con patologías crónicas en la Comunidad de Madrid: el Itinerario del paciente. 81

8. DESPLIEGUE ESTRATÉGICO 95

8.1. Líneas de ejecución 98
8.2. Cronograma 124

9. PARTICIPANTES 125

10. BIBLIOGRAFÍA 137

1. PRESENTACIÓN

Estrategia de Atención a Pacientes con Enfermedades Crónicas en la Comunidad de Madrid

2. INTRODUCCIÓN | Por qué

Estrategia de Atención a Pacientes con Enfermedades Crónicas en la Comunidad de Madrid

2.1. EL IMPACTO DE LAS ENFERMEDADES CRÓNICAS

Durante las últimas décadas se han producido importantes cambios demográficos en todo el mundo que se están acentuando en los últimos años y que nos llevan, inevitablemente, a replantearnos el enfoque y la organización de los servicios sanitarios para adaptarnos a ellos. El envejecimiento de la población, el desarrollo tecnológico, los cambios en el papel del paciente y el momento económico actual, entre otros, son elementos que marcan este nuevo escenario.

La esperanza de vida de la población se ha incrementado de forma muy significativa. En la Unión Europea el porcentaje de personas mayores de 65 años pasará del 16,1%, en el año 2000, al 27,5% en el año 2050. España, Italia y Japón encabezarán este proceso de envejecimiento a nivel mundial estimándose que, para esas fechas, cerca del 35% de nuestra población superará los 75 años[1,2].

Además, la mayor parte de los fallecimientos en la actualidad son debidos a enfermedades crónicas, fundamentalmente cardiovasculares, cáncer, diabetes y enfermedades pulmonares crónicas, las cuales llevan asociadas diferentes factores de riesgo evitables[3]. Según datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS), las enfermedades crónicas son la causa del 60% de las muertes a nivel mundial y desencadenan el 75% del gasto sanitario público. Se calcula que, antes del 2020, las enfermedades crónicas supondrán el 60% de la carga global de la enfermedad, serán responsables del 73% de las muertes en todo el mundo y, en los países en vías de desarrollo, representarán más del 50% de la carga de enfermedad[4].

Este tipo de enfermedades provoca importantes efectos adversos en la calidad de vida de los enfermos afectados, es causa de muerte prematura y tiene efectos económicos importantes y subestimados por las familias, comunidades y la sociedad en general.

Nuestro sistema sanitario parte de una muy buena situación en la que la cobertura básica de servicios para los pacientes crónicos está garantizada (cobertura universal). Sin embargo, sigue enfocando todos sus esfuerzos en un modelo de atención que presenta todavía una importante fragmentación entre sus niveles asistenciales (especializada, primaria, servicios sociales). Las principales consecuencias de esta situación son que un 55% de los pacientes más complejos, con una o más enfermedades crónicas, son susceptibles de recibir tratamiento y cuidados más adecuados, y que el 50% de la medicación no se toma correctamente[5].

Bajo estas premisas, parece necesaria una adaptación de la organización de los sistemas sanitarios y, más en concreto, una nueva estrategia para el abordaje de los pacientes crónicos que transforme el actual modelo asistencial centrado en la curación y en el que el paciente es un sujeto pasivo, en un modelo proactivo más centrado en las necesidades de los pacientes, donde éstos cuenten con mayor información y se les dote de más autonomía y protagonismo para que tomen un papel más activo sobre su enfermedad. Es además preciso que en esta adaptación se logre una mayor integración y coordinación entre los distintos ámbitos asistenciales.

En esta línea, tanto la OMS como la Unión Europea definen al paciente crónico como una prioridad y señalan la necesidad de desarrollar estrategias adecuadas con medidas eficaces para hacer frente al desafío de la cronicidad, reorientando los sistemas de salud nacionales[6,7].

En España, el Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud, de 2010, ya identifica como necesidad el llevar a cabo una acción transversal estratégica para la atención a las personas con enfermedades crónicas, habiéndose publicado, en junio de 2012, la Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad en el Sistema Nacional de Salud[8,9].

También en España algunas Comunidades Autónomas han publicado sus propias estrategias[10,11,12,13] y la mayor parte de ellas están inmersas en iniciativas enfocadas a la cronicidad. Del mismo modo, son muchas las Sociedades Científicas que han mostrado su interés por abordar el problema de la cronicidad y han elaborado documentos de referencia[14,15].

Finalmente, no podemos olvidar el contexto económico en el que nos encontramos y es por ello que deberemos ser más eficientes si cabe, para poder proporcionar una atención integral de calidad, que responda a las necesidades de los pacientes garantizando la eficiencia y la sostenibilidad del sistema. Por este motivo, dentro del desarrollo de esta estrategia, debemos poner nuestro foco de atención en priorizar aquellas patologías que son, al mismo tiempo, más frecuentes y que requieren la inversión de un mayor número de recursos. Además, debemos tener en cuenta la adopción de aquellas medidas e intervenciones que han demostrado previamente ser más efectivas y más eficientes. Se trata, pues, de ofrecer la atención adecuada, en el lugar adecuado, por los profesionales adecuados y con los recursos necesarios.

2.2. LA EVIDENCIA CIENTÍFICA DE LAS INTERVENCIONES EN PACIENTES CRÓNICOS

Actualmente disponemos de un buen nivel de evidencia sobre algunos modelos de gestión y estrategias concretas de atención dirigidas al paciente crónico.

Los estudios que han evaluado diversos modelos de gestión diseñados para organizar los sistemas sanitarios de una manera más integrada y proactiva para mejorar la salud de los pacientes crónicos apuntan resultados beneficiosos en términos de calidad de vida, mejora del estado de salud, satisfacción con los servicios y con su utilización, nivel de conocimiento del paciente de su enfermedad, adherencia a los tratamientos y disminución de ingresos hospitalarios innecesarios[16,17].

Un elemento básico dentro de las estrategias de abordaje a los pacientes crónicos es la implantación de un sistema de estratificación de la población en base a modelos predictivos unido al establecimiento de intervenciones efectivas. No todos los pacientes crónicos son iguales y no todos los pacientes necesitan lo mismo[18]; la correcta identificación de los pacientes más complejos resulta fundamental para lograr satisfacer sus necesidades sociosanitarias.

La revisión sistemática que evalúa la capacidad discriminatoria de diferentes sistemas de clasificación utilizados en diferentes países en entornos hospitalarios concluye que la capacidad predictiva de dichos modelos es modesta. Hasta el momento, son pocos los estudios que evalúan la capacidad predictiva de ingreso hospitalario de estos modelos cuando se comparte información de Atención Primaria y hospitalaria[19]. Un reciente estudio publicado por la Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del Servicio Catalán de la Salud[20] muestra un modelo predictivo de reingresos hospitalarios que parece obtener mejores resultados que los que obtienen otros modelos predictivos estudiados hasta el momento.

En relación con las intervenciones, un informe realizado por la Universidad de Birmingham[21] que recoge más de 10.000 estudios de investigación que evalúan el efecto de intervenciones a largo plazo en la atención de los pacientes complejos, priorizadas en función de la calidad de la evidencia científica, destaca como elementos con un impacto positivo con mayor nivel de evidencia el seguimiento telefónico por enfermería, las visitas domiciliarias proactivas, y el soporte para el autocuidado.

Se han mostrado como elementos clave las iniciativas de soporte al autocuidado, potenciando el desarrollo de pacientes expertos y pacientes activos[22]. A nivel internacional, el *Chronic Disease Self Management Program* (CDMSP)[23] es el pionero en las iniciativas de soporte al autocuidado y el que cuenta con el enfoque estructurado más utilizado y con mayor evidencia de su efectividad. Otros programas utilizados son el *Expert Patient Programme*[24] y el *Co-creating Health*[25] de Reino Unido, el programa *Flinder*[26] de Australia y otros programas de Canadá[27] y Dinamarca[28].

Los numerosos estudios que evalúan el impacto del CDSMP[29,30,31,32] muestran beneficios, mejorando la calidad de vida, la autoeficacia, el control sobre la enfermedad, la autopercepción de salud y el aumento de la actividad física y social. También se han observado mejoras en la relación del paciente con los profesionales sanitarios[33,34].

En relación con las iniciativas de educación para el autocuidado, una revisión del 2013[35] identifica en España siete iniciativas de educación estructurada con un nivel de desarrollo avanzado. El programa de paciente experto implementado por el Instituto Catalán de la Salud[36] en el grupo de pacientes con insuficiencia cardiaca obtiene un incremento de los conocimientos del 7,06% y una mejora en los hábitos y estilos de vida del 9,3%, resultados que alcanzan el 11,61% y 5,8% a los 6 y 12 meses respectivamente.

La aparición de nuevos roles y servicios en la gestión de casos también ha sido objeto de evaluación en nuestro medio. Entre otros el estudio ENMAD[37] de 2008, realizado en el Servicio Sanitario Andaluz, con el objetivo de comparar la efectividad del modelo de gestión de casos liderado por enfermería en el domicilio, frente a la intervención habitual, concluye que el nuevo modelo mejora significativamente la autonomía para la realización de las actividades de la vida diaria, la activación de proveedores de servicios (trabajo social, fisioterapia y rehabilitación), el manejo del régimen terapéutico, y disminuye significativamente la carga de la persona cuidadora, y la frecuentación del centro de salud por parte de las personas cuidadoras.

Entre las herramientas utilizadas, el servicio de seguimiento proactivo telefónico es un tipo de servicio de seguimiento estructurado y secuencial que sigue un plan de cuidados consensuado e individualizado en función de las necesidades del paciente. Una reciente revisión sistemática encuentra que en pacientes con insuficiencia cardiaca (IC) la telemonitorización o seguimiento estructurado con llamadas telefónicas reduce la hospitalización entre un 9-29%[38].

En cuanto al papel de los nuevos servicios orientados a pacientes crónicos, la cooperación entre los profesionales de Atención Hospitalaria y Primaria en la planificación del alta facilita la continuidad del proceso asistencial y el seguimiento de los pacientes. La planificación del alta hospitalaria podría reducir en un 18% los reingresos hospitalarios según una revisión Cochrane[39] y aumentar el tiempo hasta el reingreso según datos de un trabajo realizado en la Comunidad de Madrid[40].

En los modelos de abordaje de la cronicidad, la potenciación de la atención domiciliaria y la hospitalización a domicilio aparecen como una alternativa asistencial, capaz de dispensar un conjunto de atenciones y cuidados médicos y de enfermería a los pacientes en su domicilio cuando no precisan la infraestructura hospitalaria, pero sí necesitan todavía vigilancia activa y asistencia compleja.

Una revisión sistemática[41] que aborda la eficacia de la hospitalización a domicilio para evitar los ingresos hospitalarios frente a la asistencia urgente hospitalaria tradicional concluye que este tipo de servicio reduce de manera significativa la mortalidad en los primeros seis meses, reduce la estancia media hospitalaria entre 5 y 13 días en caso de ingreso y los pacientes muestran mayor satisfacción.

Las nuevas Tecnologías de la Información y la Comunicación (TICs), se han ido incorporando progresivamente en los últimos años a los sistemas de salud facilitando las intervenciones realizadas a distancia entre profesional sanitario y paciente[42]. La teleasistencia y la telemonitorización domiciliaria, los sistemas de ayuda a la prescripción, los recursos web, la historia clínica informatizada y la receta electrónica son algunos ejemplos de herramientas de ayuda al seguimiento en este tipo de pacientes.

Una reciente revisión sistemática que incluye 141 estudios[43] sobre la efectividad del uso de estas herramientas muestra reducción de la mortalidad en pacientes con insuficiencia cardiaca, disminución del número de visitas a urgencias y mejoría en la calidad de vida en pacientes con EPOC, así como reducción de la hospitalización en todas las patologías crónicas estudiadas (Asma, EPOC e IC), excepto en diabetes.

Otra revisión sistemática recientemente publicada que incluye 68 estudios[44] encuentra pruebas a favor de la teleasistencia y la telemonitorización domiciliaria en pacientes mayores de 60 años con patología cardiovascular, diabetes, enfermedades pulmonares crónicas o enfermedad renal crónica, en cuánto a reducción de la mortalidad, hospitalización, re-ingreso y mejora en la calidad de vida.

2. INTRODUCCIÓN | Por qué

La evidencia disponible en el abordaje del paciente crónico apoya un cambio en el modelo de atención a estos pacientes. Este cambio supone la asunción de nuevas competencias, el rediseño de los servicios, y la existencia de herramientas que faciliten la implantación de los mismos.

3. OBJETIVOS | Para qué

Enmarcada en la Estrategia del SNS, la Estrategia de la Comunidad de Madrid desarrolla la misma y asume por tanto, su misión, su visión, objetivos generales y sus principios rectores como referencia.

3.1. MISIÓN DE LA ESTRATEGIA DE ATENCIÓN A PACIENTES CON ENFERMEDADES CRÓNICAS EN LA COMUNIDAD DE MADRID

Desarrollar los objetivos y recomendaciones de la Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad en el SNS, estableciendo los elementos a desarrollar en la Comunidad de Madrid para orientar la organización de los servicios hacia la mejora de la salud de la población y sus determinantes, la prevención de las condiciones de salud y limitaciones en la actividad de carácter crónico y su atención integral.

3.2 VISIÓN DE LA ESTRATEGIA DE ATENCIÓN A PACIENTES CON ENFERMEDADES CRÓNICAS EN LA COMUNIDAD DE MADRID

Adaptar el Sistema de Salud de la Comunidad de Madrid para poder responder a los cambios en las necesidades de atención sanitaria y sociosanitaria que ocasionan el envejecimiento de la población y el incremento de la cronificación de las condiciones de salud y limitaciones en la actividad, garantizando la calidad, la seguridad, la continuidad en los cuidados, la equidad y la participación social y potenciando la sostenibilidad del Sistema.

3.3. OBJETIVOS GENERALES

Disminuir la prevalencia de las condiciones de salud y limitaciones en la actividad de carácter crónico, reducir la mortalidad prematura de las personas que ya presentan alguna de estas condiciones, prevenir el deterioro de la capacidad funcional y las complicaciones asociadas a cada proceso y mejorar su calidad de vida y la de las personas cuidadoras.

3.4. PRINCIPIOS RECTORES

- Las personas, tanto en su esfera individual como social, son el centro del Sistema de Salud de la Comunidad de Madrid.
- El abordaje de la cronicidad ha de tener un enfoque de salud poblacional.
- Consideración de la perspectiva del ciclo de vida y de los determinantes sociales de la salud.
- Consideración de todas las condiciones de salud y limitaciones en la actividad de carácter crónico.
- La Atención Primaria es el eje de la atención al paciente con condiciones de salud y limitaciones en la actividad de carácter crónico.
- La continuidad asistencial es un elemento esencial a desarrollar.
- Los profesionales del Sistema de Salud de la Comunidad de Madrid han de compartir con toda la ciudadanía la responsabilidad en los cuidados de salud y en la utilización adecuada de los servicios sanitarios y sociales.

4. MARCO CONCEPTUAL DE LA ESTRATEGIA

Los modelos de gestión diseñados para mejorar la salud de los pacientes complejos con enfermedades crónicas no llevan más de dos décadas en uso[45].

Existen diversos modelos para organizar los sistemas sanitarios de una forma más integrada y proactiva, siendo el Modelo de Cuidado Crónico (CCM) y el modelo de Kaiser Permanente (estratificación del riesgo) los más influyentes en Europa, Estados Unidos, Australia y Canadá.

4.1. EL MODELO DE CUIDADO CRÓNICO

El primer modelo, que ha servido de base para enfoques posteriores, es el *Modelo de Cuidado Crónico* (CCM) desarrollado por Ed Wagner y asociados en el MacColl Institute for Healthcare Innovation de Seattle (EE.UU.)[46,47].

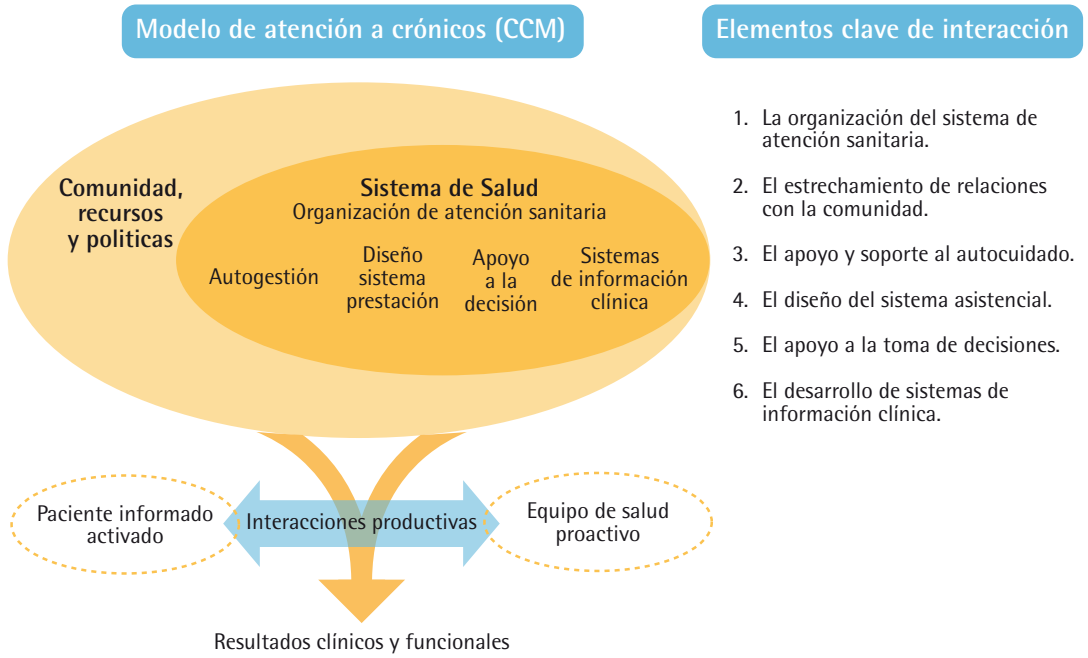
El CCM fue el resultado de una amplia revisión bibliográfica y de las aportaciones de un grupo de expertos que identificaron las intervenciones que podrían mejorar la atención de los pacientes con enfermedades crónicas.

Tomando como referencia este modelo, la atención a los pacientes crónicos debe discurrir en tres planos que se superponen: las políticas y los recursos establecidos por la comunidad, la organización de la asistencia sanitaria determinada por los Sistemas Sanitarios y la interacción de los pacientes que se produce en la práctica clínica (*Figura 1*).

El CCM identifica 6 elementos clave que interactúan entre sí y que son esenciales para el logro de una atención óptima a pacientes con patologías crónicas. Estos elementos son:

1. La organización del sistema de atención sanitaria.
2. El estrechamiento de relaciones con la comunidad.
3. El apoyo y soporte al autocuidado.
4. El diseño del sistema asistencial.
5. El apoyo a la toma de decisiones.
6. El desarrollo de sistemas de información clínica.

Figura 1. Modelo de Cuidado Crónico



De esta forma, la atención a la cronicidad debe producirse en un contexto en el que los pacientes suficientemente informados tengan un papel activo y sean los auténticos protagonistas de su enfermedad dentro de un modelo asistencial orientado a ellos de forma proactiva.

Coleman y colaboradores[48] valoran el impacto del CCM en el proceso de atención, la salud de los pacientes y el coste de los servicios mediante una revisión de la literatura de enero 2000 a marzo 2008. En la revisión sólo incluyen aquellos modelos aplicados que cuentan con al menos cuatro de los seis elementos esenciales y excluyen a los que dependen de agencias especializadas o no se refieren a pacientes ambulatorios. Demuestran que puede aplicarse el CCM incluso en centros con gran carga asistencial, que en general se mejora el proceso de atención y que, en algunos casos concretos, también se consiguen resultados positivos en salud: menos hospitalizaciones en pacientes con insuficiencia cardíaca, mejor calidad de vida de los pacientes asmáticos y menos eventos cardiovasculares en diabéticos.

Todos los componentes del modelo, a excepción de la participación comunitaria (sobre la que se carece de un mínimo de estudios), mejoran los resultados clínicos y de proceso[49]. Los componentes del modelo que se muestran más efectivos de forma aislada son la mejora en la atención clínica y el apoyo al autocuidado. Estudios observacionales e investigaciones cualitativas[50] muestran que el efecto combinado de los componentes del modelo, conjunta o parcialmente, es superior al de las intervenciones aisladas, si bien existen estudios que no muestran ese efecto[51].

4.2. EL MODELO DE KAISER PERMANENTE Y DE KING'S FUND

El modelo poblacional de Kaiser Permanente se centra en la minimización de la utilización y la prestación de servicios en el nivel de atención más coste-efectivo para mejorar la salud poblacional. Las barreras tradicionales entre niveles se difuminan y surge un modelo de atención integrada con soluciones innovadoras, donde se potencia al máximo la capacidad resolutiva en el nivel de Atención Primaria (AP) y se presta especial atención a la minimización de las hospitalizaciones que son vistas como un "fallo del sistema"[52].

Para ello, identifica tres niveles de intervención según el nivel de complejidad del paciente, lo que permite una gestión más eficiente de los recursos sanitarios (*Figura 2*).

En esta intervención adaptada a las necesidades de cada nivel de riesgo, la población general es susceptible de intervenciones de prevención y promoción que traten de controlar los factores de riesgo que pueden llevar a los individuos a padecer una patología crónica (en esto el despliegue de nuestro actual Plan de Promoción y Prevención[53] es un elemento clave). Una vez que se establece la condición de cronicidad, la intervención varía según su complejidad; así distinguimos:

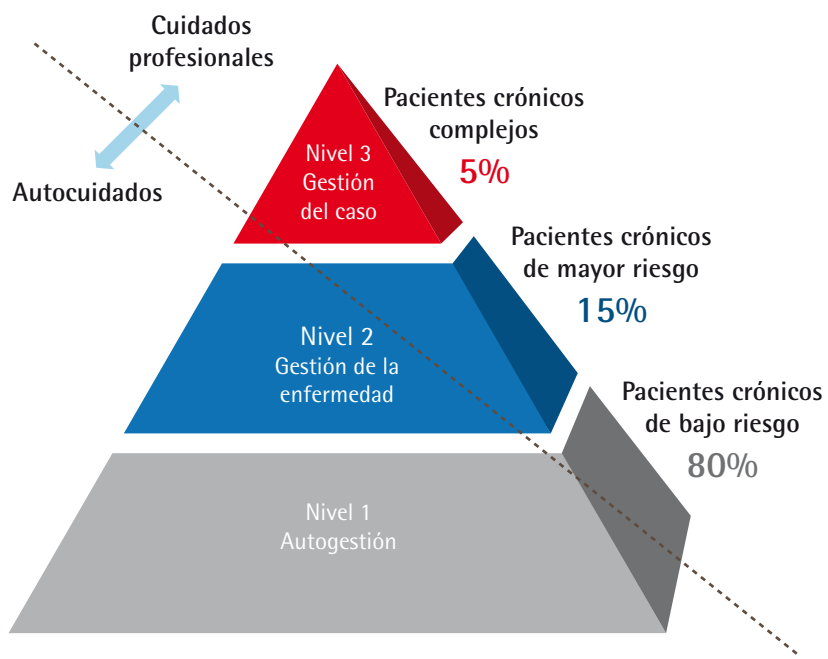
- **NIVEL 1.** La mayoría de pacientes crónicos; presentan condiciones todavía en estadios incipientes, reciben apoyo para su autogestión.

- **NIVEL 2.** Pacientes de mayor riesgo que presentan menor complejidad; requieren una gestión de la enfermedad que combina autogestión y cuidados profesionales.

- **NIVEL 3.** Pacientes de mayor complejidad, con frecuente comorbilidad, precisan una autogestión integral del caso en su conjunto, con cuidados fundamentalmente profesionales.

Por tanto, el objetivo que se persigue con la estratificación es evitar que la población sana enferme, fortaleciendo la prevención y promoción de la salud, que los pacientes enfermos se mantengan controlados y no desarrollen complicaciones desarrollando su implicación, su autonomía y el apoyo profesional adecuado y que los pacientes pluripatológicos y/o complejos sean atendidos de la manera más adecuada asegurando la coordinación sistemática de todos los profesionales implicados en su tratamiento y seguimiento.

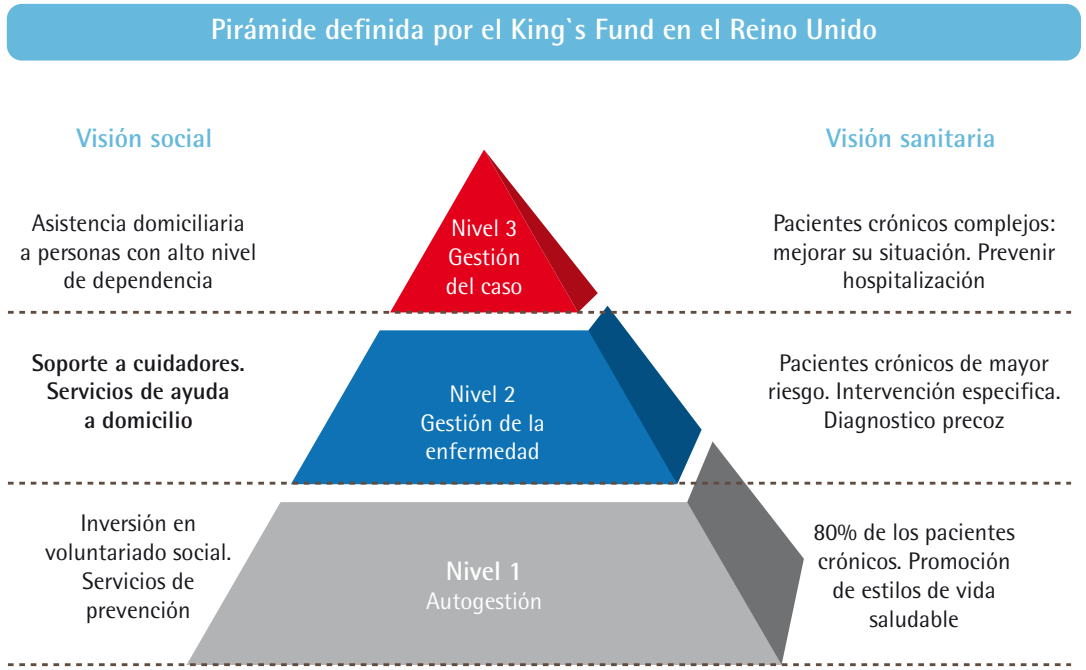
Figura 2. Pirámide de Kaiser Permanente



El modelo Kaiser Permanente ha sido aplicado en el Reino Unido en los últimos años, en parte como consecuencia de la publicación de un estudio comparativo[54] con el Nacional Health Service (NHS) del Reino Unido que mostraba un mejor rendimiento de Kaiser Permanente de California en la mayoría de los indicadores analizados (destacando la frecuentación hospitalaria, aproximadamente una tercera parte en Kaiser respecto al NHS).

El modelo del King´s Fund en el Reino Unido realiza una adaptación de la pirámide de Kaiser combinando la visión sanitaria y social como dos partes integradas de la atención que requiere el paciente (*Figura 3*).

Figura 3. Modelo de estratificación de el King´s Fund



El King's Fund examina recientemente en un informe[55] las tendencias recientes del gasto en servicios sociales dirigido a las personas mayores y resume la evidencia acerca de la interdependencia de estos recursos con los del NHS. Destaca el impacto que tiene el programa *Partnership for Older People Projects* en la utilización de los servicios y en consecuencia en el coste: Las estancias en hospitales de estas personas se reducen un 47% y el uso de servicios de emergencia un 29%. Dicho cambio tuvo un impacto en los costes, con una reducción total de 123 libras (140,5 EUR) por persona durante un período de seis meses.

5. ETAPAS DEL PROYECTO

5. ETAPAS DEL PROYECTO

Para el desarrollo de esta Estrategia, la Comunidad de Madrid ha establecido las siguientes etapas:

1. Constitución de un Grupo Director
2. Análisis de la situación en la Comunidad de Madrid
3. Definición del modelo de atención a los pacientes crónicos en la Comunidad de Madrid
4. Despliegue Estratégico: establecimiento de las líneas de ejecución

El Grupo Director se constituyó en el mes de febrero de 2012, liderado por la Viceconsejera de Asistencia Sanitaria, y constituido por los Directores Generales de Atención Primaria, de Hospitales, de Atención al Paciente y de Sistemas de Información Sanitaria así como por miembros de estas direcciones generales y gerencias con un papel necesario en el liderazgo de esta estrategia.

La Estrategia de atención a pacientes con enfermedades crónicas en la Comunidad de Madrid persigue abordar la cronicidad de manera sistémica e integrada. Por tanto, es un proyecto conjunto de todos los ámbitos asistenciales y en colaboración con otros grupos de interés y organizaciones, que se soporta en las siguientes premisas (*Figura 4*):

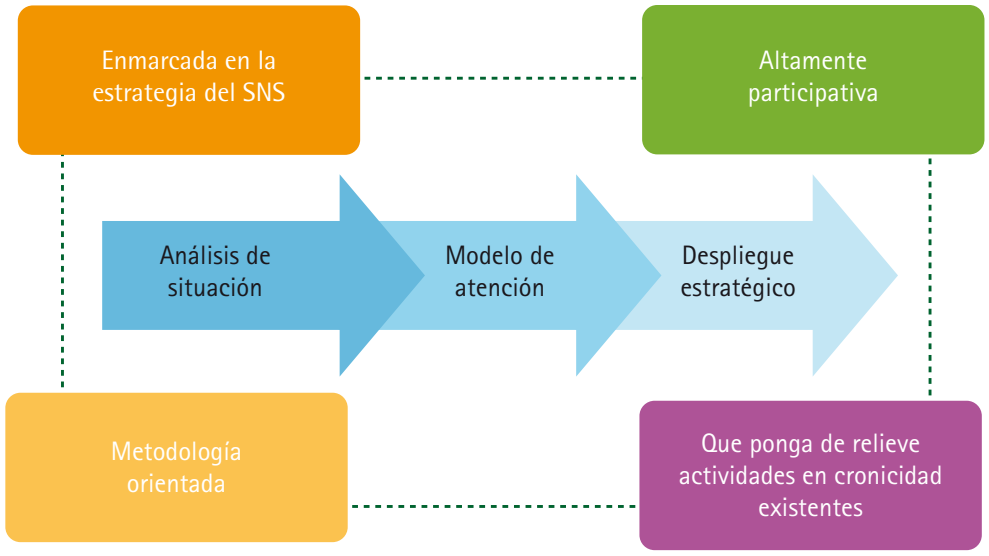
- **ENMARCAR LA ESTRATEGIA DE ABORDAJE A LOS PACIENTES CRÓNICOS DE LA COMUNIDAD DE MADRID EN LA ESTRATEGIA DEL SNS:** para ello se han tomado como referencias los objetivos y recomendaciones de la Estrategia Nacional, adaptándolos, validando su aplicación, y desarrollándolos en forma de elementos estratégicos.

- **SER ALTAMENTE PARTICIPATIVA:** por esta razón se ha contado con 180 profesionales del sistema sanitario madrileño, con diferentes perfiles, pertenecientes a distintos ámbitos, representantes de Sociedades Científicas y responsables de Planes Estratégicos. Esta participación se ha producido en las distintas etapas del diseño de esta Estrategia, siendo especialmente relevante en la fase de Análisis de Situación y en la de Diseño Estratégico.

- **UTILIZAR UNA METODOLOGÍA ORIENTADA A LAS NECESIDADES DE NUESTRA COMUNIDAD:** la metodología utilizada en cada apartado se describe a lo largo de este documento. El objetivo final ha sido que la metodología facilitase la participación, la trasparencia, y la coherencia del plan.

- **PONER EN VALOR AQUELLAS ACTIVIDADES QUE YA SE VENÍAN REALIZANDO EN LA COMUNIDAD Y QUE PODRÍAN APARECER BAJO EL PARAGUAS DE LA ATENCIÓN A LA CRONICIDAD:** para esto, se ha incidido en el Análisis de Situación en identificar aquellas actuaciones que ya existen y que se tienen que consolidar o que potenciar y desarrollar.

Figura 4. Etapas y premisas del proyecto

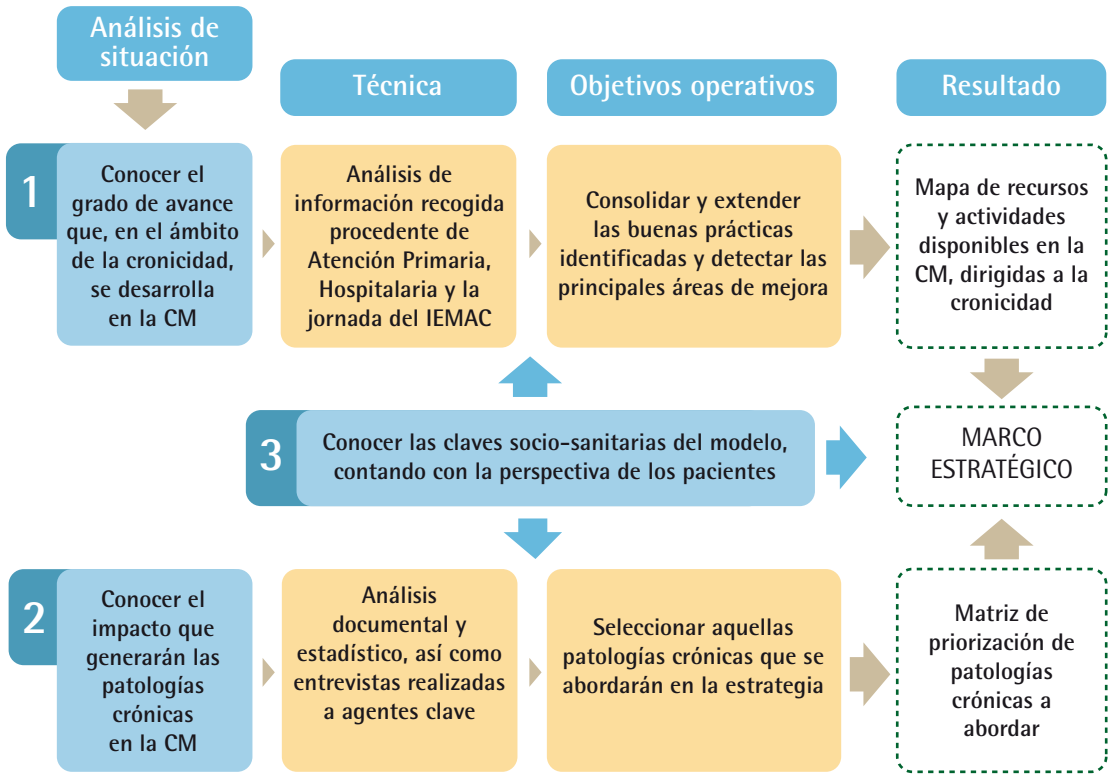


6. ANÁLISIS DE SITUACIÓN

El análisis de situación se ha planteado con la finalidad de dar respuesta a la formulación de tres objetivos, claves para la posterior definición del modelo de atención a pacientes crónicos (*Figura 5*):

1. Conocer el **impacto que generan las patologías crónicas** en la Comunidad de Madrid.
2. Conocer el grado de **avance de iniciativas orientadas al abordaje de pacientes crónicos** existente en la Comunidad de Madrid.
3. Conocer la **opinión del paciente y sus cuidadores**, sus necesidades y expectativas, como perspectiva para definir las claves sociosanitarias del modelo.

Figura 5. Objetivos del análisis de situación y resultados esperados

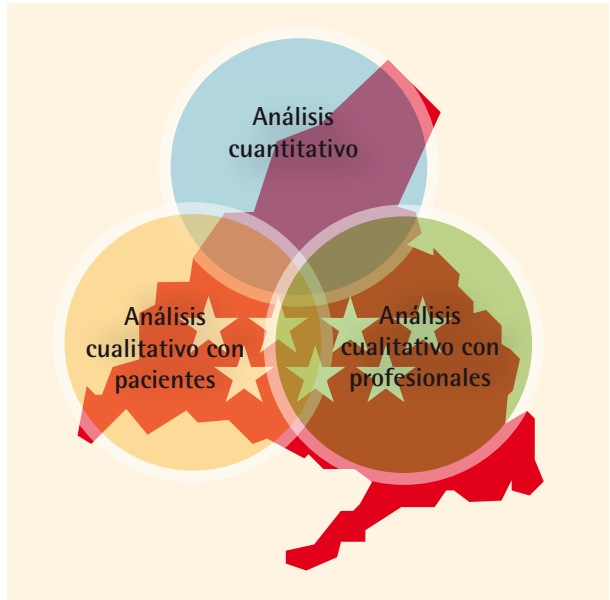


Para este fin, el análisis de situación se ha abordado desde dos perspectivas (*Figura 6*):

1. **Análisis de situación cuantitativo:** Se ha llevado a cabo una amplia revisión de la bibliografía disponible y de los **estudios epidemiológicos** realizados hasta la fecha. Además se ha contado con el **Estudio** poblacional de la Comunidad de Madrid **con CRG** (Clinical Risk Groups), realizado por la Dirección General de Sistemas de Información Sanitaria de la Consejería de Sanidad en el año 2009.

2. **Análisis de situación cualitativo,** para el que se ha buscado:
   - Identificar aquellos elementos estratégicos existentes en la Comunidad de Madrid necesarios como base para la atención a la cronicidad, a través de **entrevistas con informadores clave** de la Organización.
   - Identificar iniciativas de continuidad asistencial a través de los **Directores de Continuidad Asistencial**. Para ello éstos cumplimentaron un cuestionario elaborado con el fin de conocer y consolidar las iniciativas más válidas y desarrollar aquellas que se consideren necesarias.
   - Analizar la situación de la Comunidad de Madrid desde la perspectiva de los profesionales. Para ello se ha empleado el **Instrumento para la evaluación de modelos de atención ante la cronicidad** (IEMAC) contando con la participación de 120 profesionales de la Organización.
   - Analizar las **expectativas y necesidades de los pacientes**. Para ello, la Dirección General de Atención al Paciente junto con la Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias Laín Entralgo ha llevado a cabo una investigación cualitativa a través de grupos de discusión con pacientes crónicos y sus cuidadores.

Figura 6. Perspectivas en el abordaje del análisis de situación



El análisis de situación ha permitido establecer los puntos fuertes del sistema sanitario madrileño en el abordaje de la cronicidad y concretar sus áreas de mejora, siendo clave para el posterior diseño del modelo estratégico.

A continuación se describen la metodología y los resultados obtenidos con este análisis de situación.

6.1. ANÁLISIS CUANTITATIVO. INFORMACIÓN EPIDEMIOLÓGICA

6.1.1. Estructura de la población

La estructura de la población de la Comunidad de Madrid está en un proceso de transformación demográfica (*Gráfico 1*). En los últimos 10 años, la población se ha incrementado un 17,2 %, siendo el número total de habitantes en el año 2011 de 6.489.680, según datos del Instituto Nacional de Estadística (INE).

Este incremento se debe en parte a la mayor esperanza de vida, a un repunte en la tasa de natalidad y a una menor tasa de mortalidad.

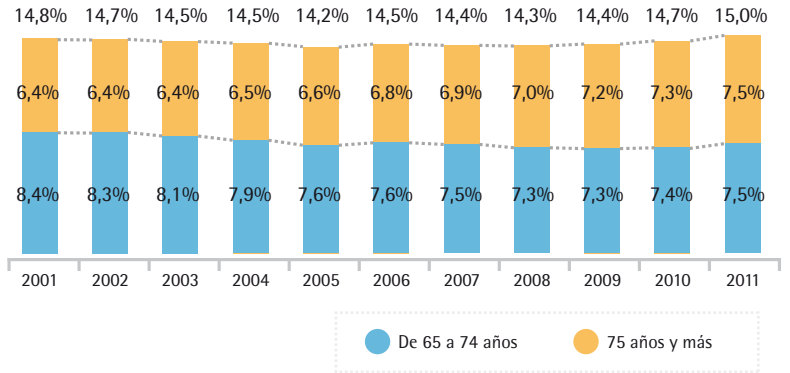
Gráfico 1. Pirámide de población de la Comunidad de Madrid. Años 2001, 2011 y 2020

Fuente: INE. Datos del Padrón Municipal de Habitantes, años 2001 y 2011 y proyecciones de población a corto plazo (2020).

6.1.2. Envejecimiento y dependencia

En la última década se ha ralentizado el proceso de envejecimiento de la Comunidad de Madrid. A pesar de que, en términos absolutos, la población de personas de 65 y más años ha continuado incrementándose de forma progresiva, en términos relativos, el porcentaje de mayores de 65 años con relación a la población total se ha mantenido más o menos estable en estos últimos años, siendo en el año 2001 del 14,8% y en el año 2011 del 15,0% (*Gráfico 2*).

Gráfico 2. Proporción de personas de 65 años y más en la Comunidad de Madrid. Años 2001 a 2011



Fuente: INE. Principales series de población. Comunidad de Madrid. Años 2001 a 2011

Este hecho se debe fundamentalmente a que el incremento de la población en otros tramos etarios ha compensado el de la población mayor. De esta forma, la región ha sido receptora de la llegada de población en edad de trabajar, tanto procedente de otras comunidades autónomas como de otros países. Asimismo, durante estos últimos años también se ha producido un incremento significativo de la tasa de natalidad.

Cabe destacar que, a pesar del estancamiento global del porcentaje de población mayor de 65 años, se aprecia un incremento paulatino y sostenido del número de personas con 75 y más años. Así, este porcentaje representaba en el año 2001 el 6,4% de la población, mientras que en el año 2011 era del 7,5%, habiendo crecido 1,1 punto porcentual en una década.

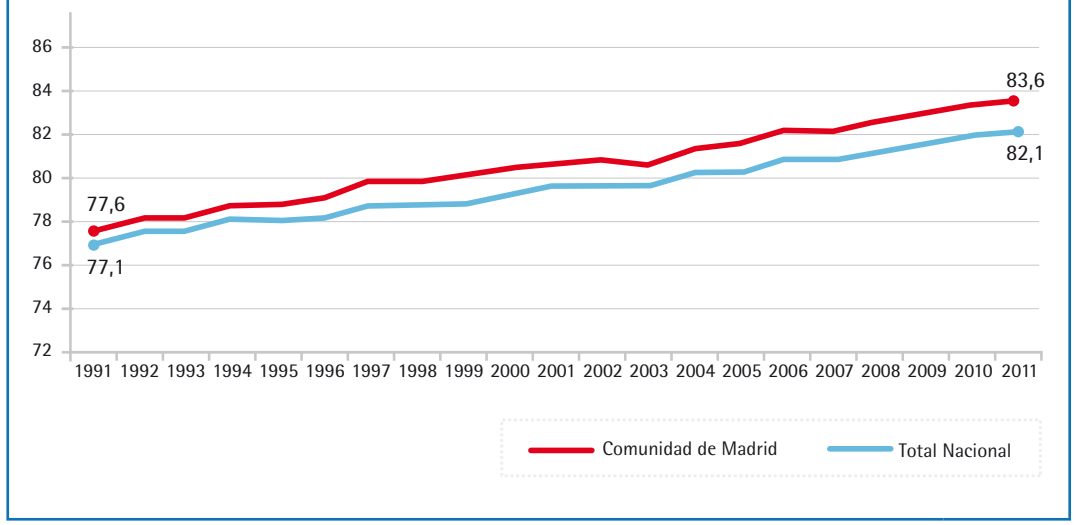
La actual situación de crisis económica está dando lugar a una disminución del saldo migratorio que hace esperar que tanto el número de personas en edad de trabajar como el número de nacimientos en nuestra región se reduzca, incrementando de esta forma el proceso de envejecimiento de la población.

Este hecho también se verá favorecido a medida que los tramos generacionales venideros, con un mayor volumen de población que se incrementa de forma progresiva, vayan alcanzando los tramos de edad superiores.

6.1.3. Esperanza de vida y salud

La esperanza de vida en la Comunidad de Madrid, como en el conjunto de España, ha mantenido una tendencia creciente en los últimos años. Este crecimiento ha sido de mayor intensidad en la Comunidad de Madrid que en la media española, tal y como se refleja en la gráfica adjunta (*Gráfico 3*).

Gráfico 3. Esperanza de Vida al Nacimiento. España y Comunidad de Madrid. Años 1991 a 2011



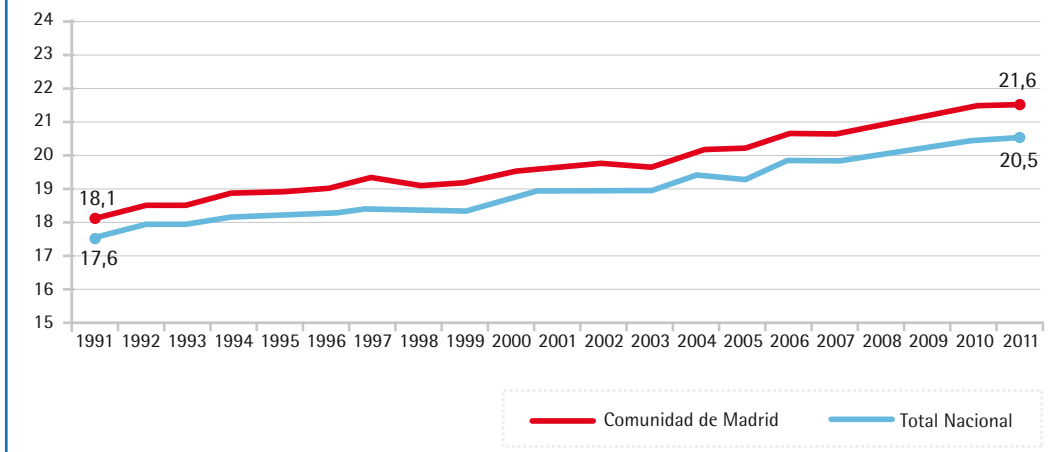
Fuente: INE. Indicadores Demográficos Básicos. Años 1991 a 2011.

De igual forma, la esperanza de vida a los 65 años en la Comunidad de Madrid, en el año 2011, supera la media del territorio nacional (*Gráfico 4*).

La disminución de la mortalidad en los tramos de edad más avanzados es la principal contribución al aumento de la esperanza de vida según el Informe del Estado de Salud de la Población de la Comunidad de Madrid del año 2012.

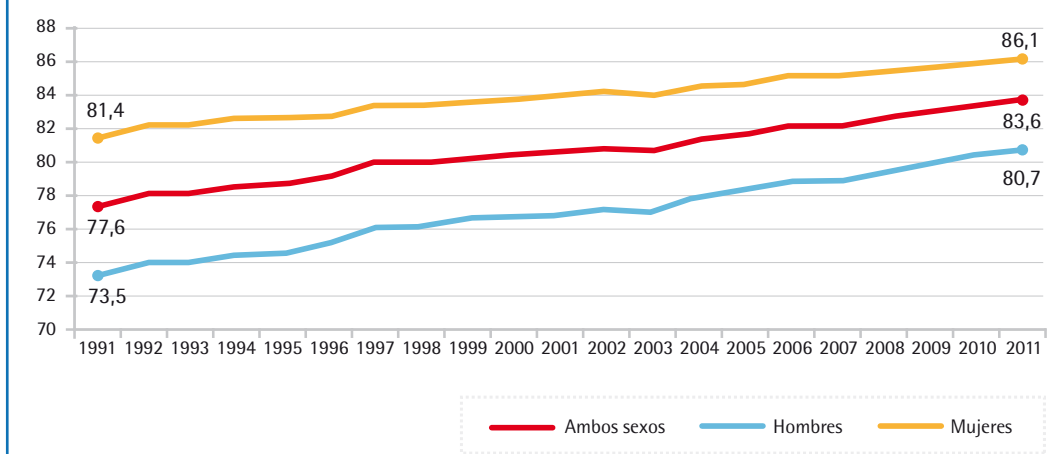
Analizada por sexos, la esperanza de vida al nacimiento en la Comunidad de Madrid de las mujeres en el año 2011 ha sido de 86,1 años mientras que la de los hombres se ha situado en 80,7 años (*Gráfico 5*).

Gráfico 4. Esperanza de Vida a los 65 años. España y Comunidad de Madrid. Años 1991 a 2011



Fuente: INE. Indicadores Demográficos Básicos. Años 1991 a 2011.

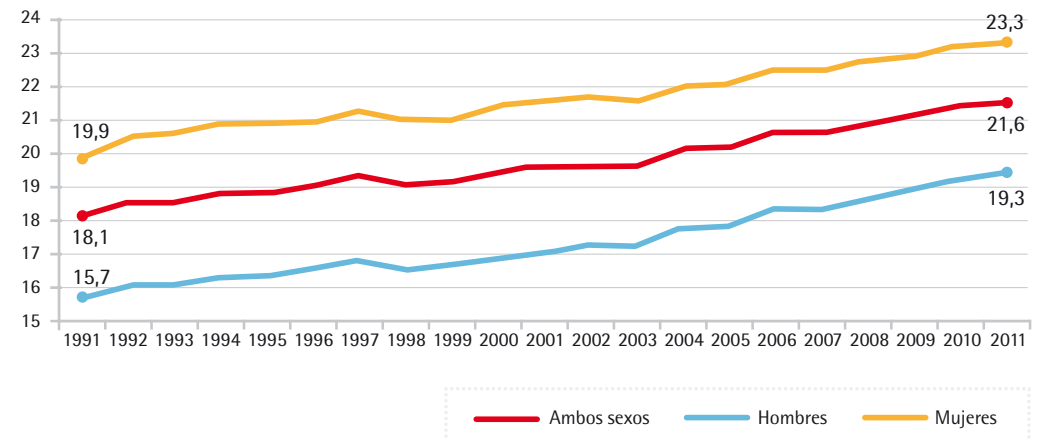
Gráfico 5. Esperanza de Vida al Nacimiento en la Comunidad de Madrid, según sexo. Años 1991 a 2011



Fuente: INE. Indicadores Demográficos Básico. Años 1991 a 2011.

Igualmente, a los 65 años las mujeres presentaron una esperanza de vida de 23,3 años, frente a los 19,3 años de los hombres (*Gráfico 6*).

Gráfico 6. Esperanza de Vida a los 65 años en la Comunidad de Madrid, según sexo. Años 1991-2011



Fuente: INE. Indicadores Demográficos Básicos. Años 1991 a 2011.

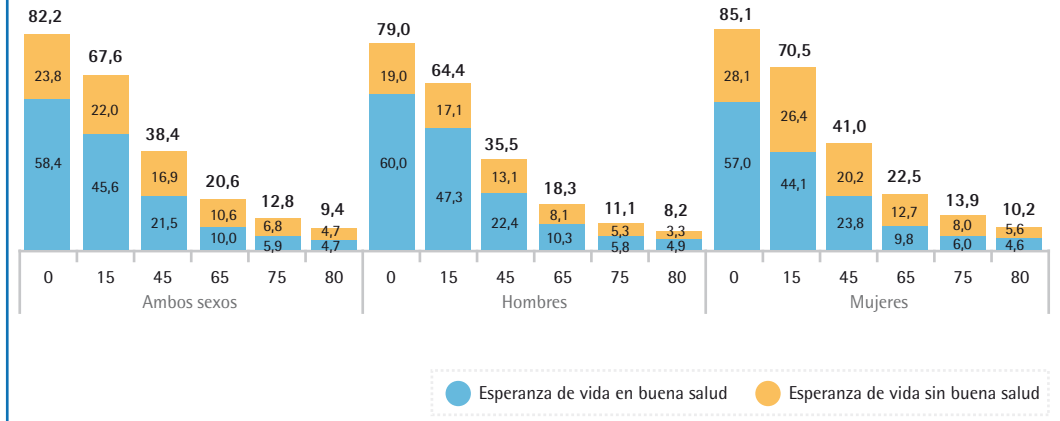
De forma complementaria a la esperanza de vida, las esperanzas en salud permiten valorar la calidad de vida (vida en estado saludable).

Es importante, para el conjunto de la población, que el incremento de la esperanza de vida experimentado durante las últimas décadas permita vivir con autonomía individual, familiar y social el número de años ganados.

Del análisis de las esperanzas en salud por género se observa que las mujeres perciben que su estado de salud es, en general, peor y que padecen enfermedades crónicas antes que los hombres. De este modo, al nacimiento, se espera que las mujeres vivan 57 años con buena salud, mientras que en el caso de los hombres alcanzan los 60 años en ese estado (*Gráfico 7)*. Igualmente, el número de años esperados al nacimiento sin enfermedad crónica es de 26,5 años para las mujeres y de 33,0 para los hombres (*Gráfico 8*).

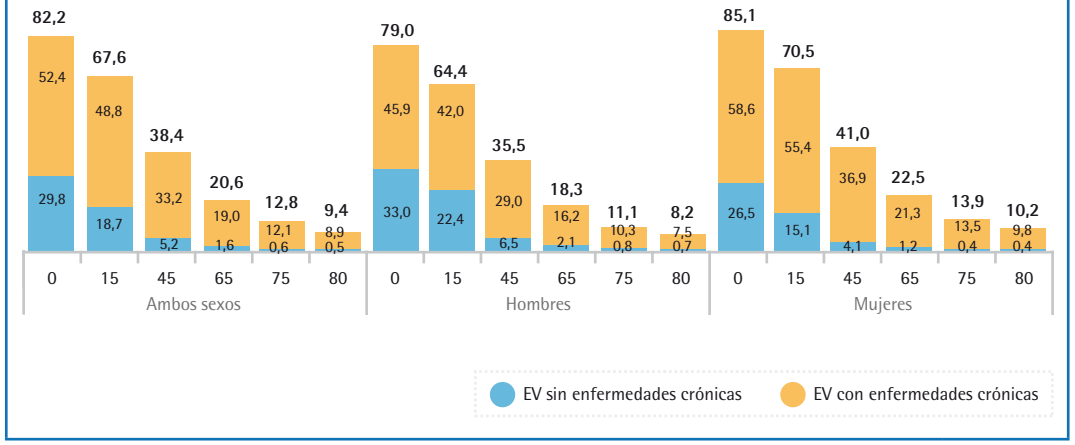
En cambio, en lo relativo a la esperanza de salud libre de discapacidad, las mujeres esperan vivir sin discapacidad 3,2 años más que los hombres. Sin embargo, dado que la esperanza de vida de las mujeres es de 6 puntos superior a la de los hombres, el tiempo durante el cual padecen alguna discapacidad es mayor. De esta forma, al nacimiento se espera que las mujeres vivan 9,8 años con discapacidad, mientras que los hombres 6,6 años (*Gráfico 9*).

Gráfico 7. Esperanza de vida con y sin buena salud, según sexo y edad. Año 2008.



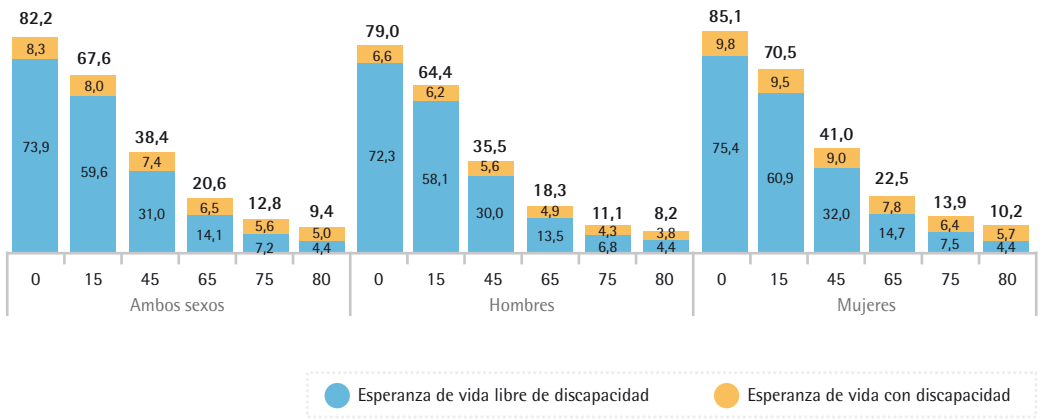
Fuente: INE. Encuesta de Discapacidad, Autonomía Personal y Situaciones de Dependencia 2008.

Gráfico 8. Esperanza de vida libre de y con enfermedades crónicas, según sexo y edad. Año 2008.



Fuente: INE. Encuesta de Discapacidad, Autonomía Personal y Situaciones de Dependencia 2008.

Gráfico 9. Esperanza de vida libre de y con discapacidad, según sexo y edad. Año 2008.



Fuente: INE. Encuesta de Discapacidad, Autonomía Personal y Situaciones de Dependencia 2008.

6.1.4. Mortalidad asociada a patologías crónicas

Dentro de las 20 causas de muerte más frecuentes en la Comunidad de Madrid, en el año 2011, destacan las producidas por enfermedades crónicas. La cardiopatía isquémica es la principal causa de mortalidad seguida por las enfermedades cerebrovasculares, la insuficiencia cardíaca y las enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores (exceptuando las producidas por asma), que representan casi la cuarta parte de todas las defunciones producidas en la Comunidad. El segundo grupo de enfermedades crónicas que produce mayor mortalidad estaría formado por las enfermedades hipertensivas, la enfermedad de Alzheimer, y la diabetes mellitus, que suman un 6,8% de defunciones respecto del total (*Tabla 1*).

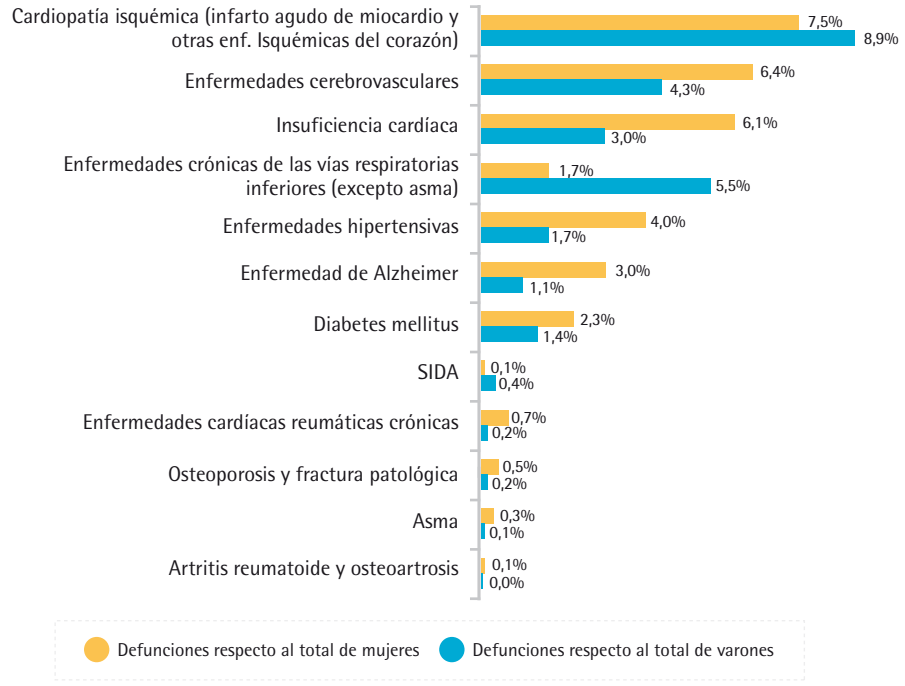
Tabla 1: Defunciones según la causa de muerte en la Comunidad de Madrid (2011)

DEFUNCIONES SEGÚN LA CAUSA DE MUERTE 2011. COMUNIDAD DE MADRID	AMBOS SEXOS	% RESPECTO TOTAL
Cardiopatía isquémica (infarto agudo de miocardio y otras enfermedades isquémicas del corazón)	3.418	8,2%
Otras enfermedades del sistema respiratorio	2.523	6,1%
Tumor maligno de tráquea, de los bronquios y del pulmón	2.448	5,9%
Paro cardiaco, muerte sin asistencia y otra causa desconocida de mortalidad	2.347	5,6%
Enfermedades cerebrovasculares	2.248	5,44%
Insuficiencia cardíaca	1.891	4,5%
Otras insuficiencias del corazón	1.684	4,0%
Enfermedades crónicas de las vias respiratorias inferiores (excepto asma)	1.493	3,6%
Neumonía	1.304	3,1%
Tumor maligno de colon	1.264	3,0%
Otras enfermedades del sistema digestivo	1.181	2,8%
Enfermedades hipertensivas	1.177	2,8%
Otras enfermedades del sistema nervioso y de los órganos de los sentidos	1.043	2,5%
Enfermedad de Alzheimer	859	2,1%
Trastornos mentales orgánicos, senil y presenil	807	1,9%
Enfermedades del riñón y del uréter	786	1,9%
Diabetes mellitus	776	1,9%
Tumor maligno de mama	740	1,8%
Tumor maligno de páncreas	669	1,6%
Tumor maligno de hígado y vías biliares intrahepáticas	650	1,6%

Fuente: INE. Defunciones según la causa de muerte 2011.

Analizado por sexos, las principales causas de muerte por patologías crónicas en hombres se corresponden, en primer lugar, con la cardiopatía isquémica (8,9% sobre el total), seguido de las enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores (5,5%) y las enfermedades cerebrovasculares (4,3%). En mujeres, la cardiopatía isquémica es, igualmente, la principal causa de muerte con un 7,5% sobre el total, seguida de las enfermedades cerebrovasculares (6,4%) y la insuficiencia cardíaca (6,1%) (*Gráfico 10*).

Gráfico 10. Principales causas de muerte por patologías crónicas en la Comunidad de Madrid (2011). Hombres y Mujeres



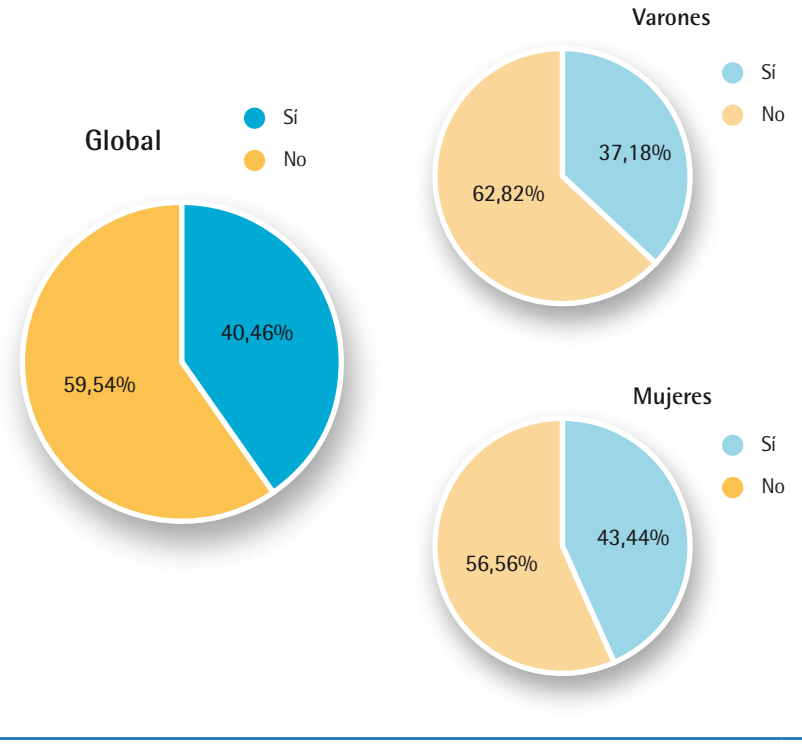
Fuente: INE. Defunciones según la causa de muerte 2011.

6.1.5. Morbilidad asociada a patologías crónicas

La prevalencia de enfermedades crónicas aumenta con la edad, afectando en mayor medida a los mayores de 65 años, con un crecimiento considerable en ciertas patologías como son la hipertensión arterial y la patología osteoarticular. Esto es además de especial relevancia si se tiene en consideración el proceso de envejecimiento de la población y el aumento progresivo del grupo de población de mayor edad.

Según la Encuesta Nacional de Salud 2011-2012, el porcentaje de población en la Comunidad de Madrid, de 15 y más años, con algún problema de salud crónico percibido se sitúa en el 40,46%, siendo mayor en el caso de las mujeres (43,44%) (*Gráfico 11*).

Gráfico 11. Población de 15 y más años con alguna enfermedad o problema de salud crónico percibido. Comunidad de Madrid

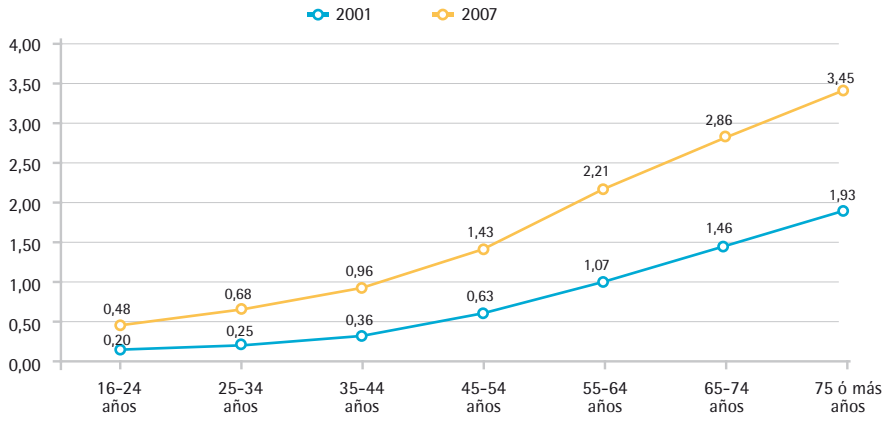


Fuente: INE. Encuesta Nacional de Salud 2011-2012. Estados de salud: cifras relativas.

Por otro lado, el número medio de enfermedades o problemas de salud crónicos en la población de la Comunidad de Madrid ha aumentado significativamente en los últimos años. Los datos correspondientes a la Encuesta Regional de Salud de la Comunidad de Madrid (ERSM2007) muestran un incremento en el número medio de enfermedades crónicas por grupos de edad en el año 2007 respecto al año 2001, situándose este incremento entre el 79% (en el caso del grupo de 75 o más años) y el 167% (en el caso del grupo de 35-44 años).

El análisis indica que el número de enfermedades o problemas de salud crónicos padecidos por la población aumenta progresivamente según se avanza en los grupos de mayor edad. Así, mientras que el número medio de enfermedades o problemas de salud crónicos en el grupo de 16-24 años es de 0,48 en 2007, en la población de 75 años en adelante el número de enfermedades o problemas de salud crónicos es de 3,45 para ese mismo año. Este hecho evidencia nuevamente una estrecha relación entre el número de enfermedades crónicas y la edad del individuo (*Gráfico 12*).

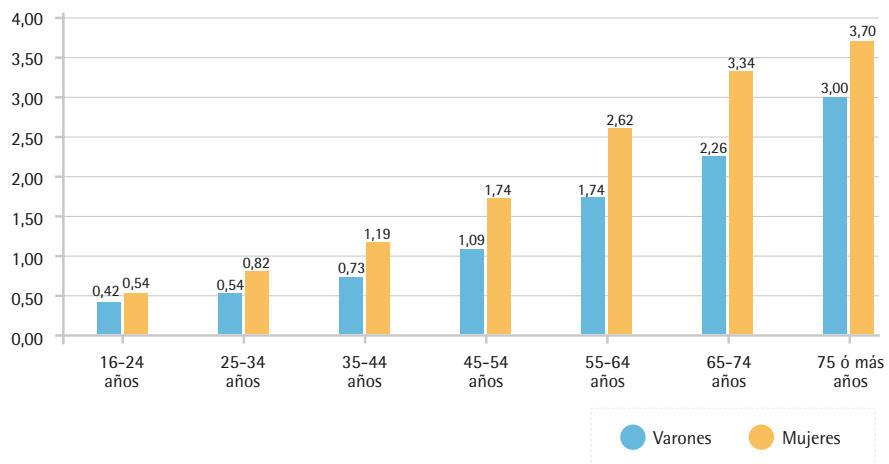
Gráfico 12. Número medio de enfermedades crónicas según grupos de edad. Comparativa 2001 y 2007



Fuente: Encuesta Regional de Salud de la Comunidad de Madrid. 2007.

Con respecto a las diferencias entre sexos, cabe destacar que el número medio de enfermedades crónicas es mayor en mujeres que en varones, siendo especialmente significativo en los grupos de edad comprendidos entre los 55 a 74 años (*Gráfico 13*).

Gráfico 13. Número medio de enfermedades crónicas en varones y mujeres según grupos de edad. 2007



Fuente: encuesta Regional de Salud de la Comunidad de Madrid. 2007.

Según datos de la Encuesta Regional de Salud de la Comunidad de Madrid, las principales causas de morbilidad percibida por enfermedades o problemas de salud crónicos son, en la población mayor de 16 años, la hipertensión con un 13,9%, la artrosis, la artritis y los reumatismos con un 13,8% y la alergia con un 12,8%.

Los siguientes problemas más observados son la ciática, el lumbago y los dolores de espalda con un 11,1% y la hipercolesterolemia con un 10,7%.

En los hombres, las principales causas de morbilidad percibida por patologías crónicas son la hipertensión (12,5%), la alergia (11,2%) y la hipercolesterolemia (10,2%), mientras que en las mujeres el problema crónico más prevalente es la artrosis, artritis y reumatismos (19,2%), seguido igualmente de hipertensión (15,1%) y alergia (14,3%).

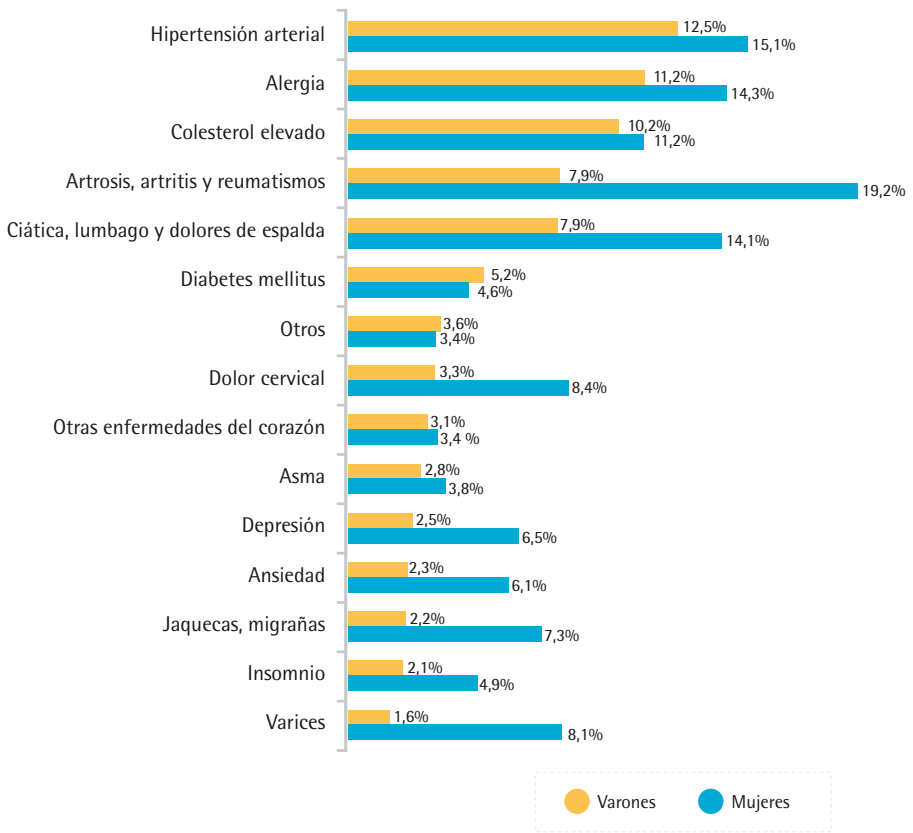
Más del 30% de las causas de morbilidad señaladas corresponden a problemas del aparato locomotor (artrosis, artritis y reumatismos, ciática, lumbago, dolores de espalda y dolor cervical), importante causa de mala salud percibida por la población a pesar de su bajo impacto en mortalidad (*Tabla 2 y Gráfico 14*).

Tabla 2. Problemas crónicos más prevalentes. 2007

PROBLEMAS CRÓNICOS MÁS PREVALENTES 2007	AMBOS SEXOS (%)
Hipertensión arterial	13,9
Artosis, artritis y reumatismos	13,8
Alergia	12,8
Ciática, lumbago y dolores de espalda	11,1
Colesterol elevado	10,7
Dolor cervical	6,0
Varices	5,0
Jaquecas, migrañas	4,8
Diabetes mellitus	4,9
Depresión	4,6
Ansiedad	4,3
Otros	3,5
Otras enfermedades del corazón	3,3
Insomnio	3,5
Asma	3,4

Fuente: encuesta Regional de Salud de la Comunidad de Madrid 2007.

Gráfico 14. Problemas crónicos más prevalentes por sexos. 2007



Fuente: Encuesta Regional de Salud de la Comunidad de Madrid 2007.

Si se analizan los principales problemas de salud relativos a las patologías crónicas y por grupos de edad, la prevalencia de las distintas patologías cambia. De este modo, en el grupo de 16 a 34 años, los principales problemas son la alergia (17%), seguida de la ciática, el lumbago y los dolores de espalda (5,2%), las jaquecas y las migrañas (3,9%) y el asma (3,6%). A partir de los 35 años de edad, aparecen nuevos problemas de salud como son la hipertensión arterial y la artrosis, la artritis y los reumatismos que tienen una baja prevalencia entre los menores de 35 años, pero que ganan peso progresivamente en el grupo de 35-64 años y de forma más evidente en el grupo de más de 65 años. Igualmente, otros problemas de salud que aumentan con la edad son la diabetes mellitus y el colesterol elevado, con una prevalencia muy alta en el grupo de edad más avanzada. Cabe destacar el caso de la ciática, el lumbago y los dolores de espalda ya que se posiciona como uno de los principales problemas de salud común a todos los grupos de edad analizados, aunque la prevalencia es diferente en cada caso, siendo del 5,2% en el grupo de 16-34 años, del 12,4% en el grupo de 35-65 años y, finalmente, del 19,4% en el grupo de 65 años en adelante (*Tabla 3*).

Tabla 3: Principales problemas de salud relativos a las patologías crónicas y por grupos de edad. 2007.

16-34 AÑOS		35-64 AÑOS		65 AÑOS EN ADELANTE	
PROBLEMAS CRÓNICOS MÁS PREVALENTES 2007	AMBOS SEXOS (%)	PROBLEMAS CRÓNICOS MÁS PREVALENTES 2007	AMBOS SEXOS (%)	PROBLEMAS CRÓNICOS MÁS PREVALENTES 2007	AMBOS SEXOS (%)
Alergia	17	Hipertensión arterial	12,9	Hipertensión arterial	43,0
Ciática, lumbago y dolores de espalda	5,2	Ciática, lumbago y dolores de espalda	12,4	Artrosis, artritis y reumatismo	42,8
Jaquecas, migrañas	3,9	Artrosis, artritis y reumatismo	12,3	Colesterol elevado	26,2
Asma	3,6	Alergia	12,1	Ciática, lumbago y dolores de espalda	19,4
Otros	3,3	Colesterol elevado	11,5	Diabetes mellitus	16,0
Ansiedad	2,3	Dolor cervical	6,8	Cataratas	13,8
Dolor cervical	2,2	Jaquecas, migrañas	6,0	Otras enferm. del corazón	12,0
Anemia	2,1	Varices	5,8	Dolor cervical	11,1
Colesterol elevado	2,1	Ansiedad	5,1	Varices	10,4
Artrosis, artritis y reumatismo	1,7	Depresión	5,1	Depresión	9,5

Fuente: Encuesta Regional de Salud de la Comunidad de Madrid 2007.

6.2. ANÁLISIS CUANTITATIVO. CLINICAL RISK GROUPS (CRG)

Este análisis se basa en el estudio poblacional con CRG llevado a cabo en la Comunidad de Madrid en el año 2009.

El estudio relaciona las características clínicas y demográficas de los individuos con la cantidad y el tipo de recursos sanitarios que dichas personas consumirán en un futuro, clasificando a la población en nueve estados de salud. Incluye información tanto de la atención especializada (hospitalaria y ambulatoria) como de la Atención Primaria prestada a un paciente durante el año 2009.

El resultado global de este análisis con CRG muestra la siguiente clasificación de la población de la Comunidad de Madrid (*Tabla 4*):

Tabla 4: Clasificación de la población de la Comunidad de Madrid según su estado de salud. Estudio con CRG (2009)

ESTADO DE SALUD	POBLACIÓN TOTAL	POBLACIÓN (%)	PESO CRG (%)
1 - Estado de salud sano	3.958.730	62,6	8,9
2 - Historia de enfermedad aguda significativa	498.128	7,9	5,3
3 - Enfermedad crónica menor única	493.472	7,8	8,0
4 - Enfermedad crónica menor en múltiples sistemas orgánicos	95.220	1,5	3,0
5 - Enfermedad dominante única o moderada crónica	842.427	13,3	25,6
6 - Enfermedad crónica significativa en múltiples sistemas orgánicos	371.018	5,9	35,5
7 - Enfermedad crónica dominante en tres o más sistemas orgánicos	19.828	0,3	5,6
8 - Neoplasias dominantes, metastásicas y complicadas	32.637	0,5	5,5
9 - Condiciones catastróficas	11.615	0,2	2,6

Fuente: estudio poblacional con CRG. Resultados Comunidad de Madrid.
Dirección General de Sistemas de Información Sanitaria. Servicio Madrileño de Salud. 2009.

Hay que puntualizar que el **estado de salud sano**, aunque incluye a los individuos que no han tenido ningún contacto con el sistema sanitario, no implica ausencia de enfermedad ya que pueden estar presentes episodios agudos de menor importancia (p. ej. infecciones respiratorias de vías altas) o, incluso, patologías crónicas que no requirieron asistencia médica durante el período usado para asignar el CRG.

La **enfermedad crónica menor** engloba patologías de manejo efectivo, con escasas complicaciones y poca contribución a la debilidad de un individuo, a la necesidad futura de asistencia sanitaria o a su muerte (migraña, pérdida de audición, etc.). No obstante, la enfermedad crónica menor puede ser precursora de patologías más importantes (p. ej. hiperlipemia).

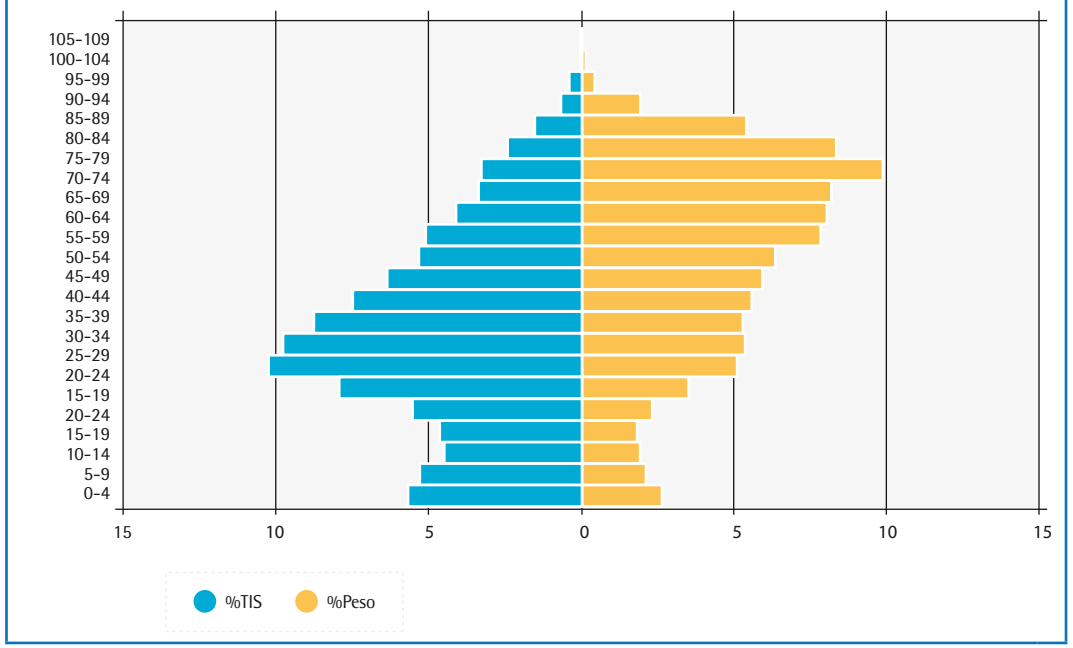
Las **patologías crónicas moderadas, dominantes y significativas** son aquellas que pueden contribuir perceptiblemente a la debilidad de un individuo, a la necesidad futura de asistencia sanitaria o a su muerte.

El estado de salud 8 engloba los procesos neoplásicos malignos dominantes, por su gran requerimiento de atención sanitaria (p. ej. neoplasia maligna cerebral) o no dominantes pero con metástasis (p. ej. neoplasia maligna de próstata).

Las **condiciones catastróficas** incluyen situaciones donde el paciente padece una dependencia prolongada de la tecnología médica (diálisis, respiración mecánica, etc.) o requiere una atención sanitaria permanente (estados vegetativos, fibrosis quística, trasplantes, etc.).

Cada CRG presenta un peso como expresión del consumo de recursos esperado del paciente en el siguiente período de análisis. En el siguiente gráfico podemos apreciar la relación entre los diferentes grupos de edad de la población, medida a partir de la tarjeta sanitaria individual (TIS) y el consumo de recursos representado por el peso de los CRG. Se aprecia que el peso aumenta significativamente según crece la edad de la población, a pesar de representar un volumen de población menor (*Gráfico 15*).

Gráfico 15. Relación entre la tarjeta sanitaria individual y el consumo de recursos por grupos de edad. Año 2009

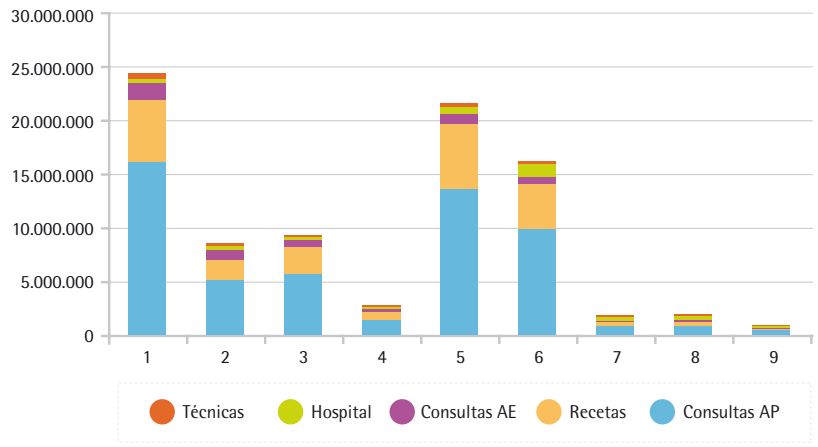


Fuente: estudio poblacional con CRG. Resultados Comunidad de Madrid.
Dirección General de Sistemas de Información Sanitaria. Servicio Madrileño de Salud. 2009.

El mayor peso de CRG se concentra en los estados de salud **5 -Enfermedad dominante única o moderada crónica** (con un 25,6%) y **6 -Enfermedad crónica significativa en múltiples sistemas orgánicos** (35,5%).

Como se aprecia en el *Gráfico 16*, estos dos estados de salud son los que mayor actividad, en proporción a la población incluida en dicha categoría, originan al sistema sanitario, principalmente en cuanto al número de consultas en Atención Primaria y número de recetas.

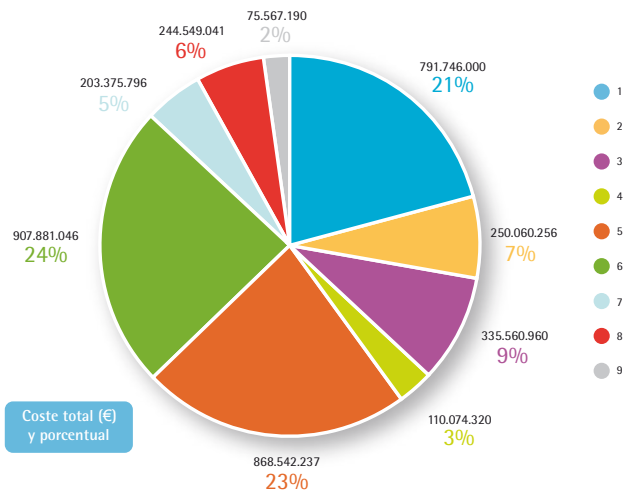
Gráfico 16. Consumo de recursos por tipo de actividad para cada grupo de clasificación de CRG. Año 2009



Fuente: estudio poblacional con CRG. Resultados Comunidad de Madrid.
Dirección General de Sistemas de Información Sanitaria. Servicio Madrileño de Salud. 2009.

El Gráfico 17 refleja cómo una pequeña proporción de la población (los estados de salud 5 al 7 representan el 19,5% de la población total) origina más de la mitad del coste sanitario (52%).

Gráfico 17. Distribución del coste sanitario por grupos de clasificación de CRG



Fuente: estudio poblacional con CRG. Resultados Comunidad de Madrid.
Dirección General de Sistemas de Información Sanitaria. Servicio Madrileño de Salud. 2009.

Por tanto, apreciamos como los estados de salud relacionados con la cronicidad (estadios 3 al 7) incluyen al 28,8 % de la población de la Comunidad de Madrid y representan el 70% del coste sanitario total. A continuación analizamos estos estados de salud con más detalle.

6.2.1. Estados de salud 3 y 4

Representan las patologías crónicas menores y engloban al 9,3% del total de la población de la Comunidad de Madrid y al 32% de la población con patologías crónicas. La población englobada en estas categorías supone un coste del 11,8% respecto al total del gasto y del 18% del correspondiente a las patologías crónicas. Las veinte primeras patologías, ordenadas por su coste, se muestran en la *Tabla 5*.

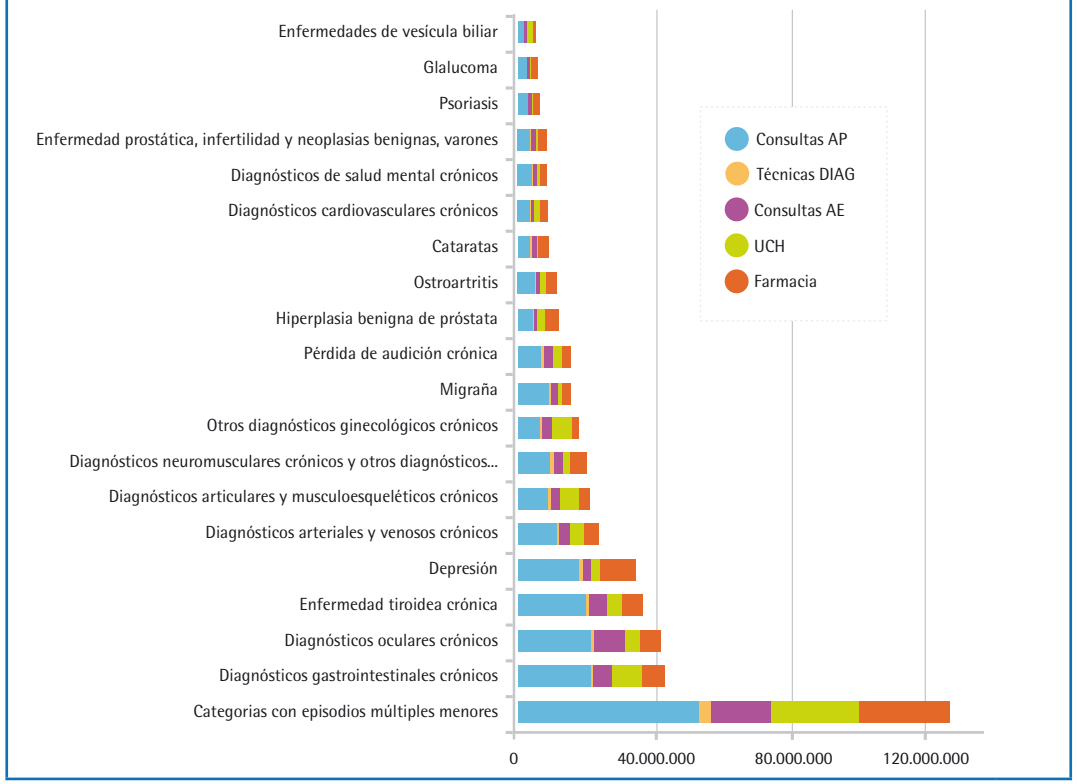
Tabla 5. Patologías más frecuentes en los grupos de clasificación 3 y 4 de los CRG, ordenadas según coste

Nº DESCRIPCIÓN	CASOS	COSTE TOTAL (€)
Categorías con episodios múltiples menores	94.988	130.733.093
Diagnósticos gastrointestinales crónicos	58.601	44.193.640
Diagnósticos oculares crónicos	76.536	42.884.229
Enfermedad tiroidea crónica	53.466	37.891.642
Depresión	37.361	35.488.749
Diagnósticos arteriales y venosos crónicos	31.493	24.342.470
Diagnósticos articulares y musculoesqueléticos crónicos	18.958	21.437.187
Diagnósticos neuromusculares crónicos y otros diagnósticos neurológicos	25.744	20.660.908
Otros diagnósticos ginecológicos crónicos	20.551	18.245.583
Migraña	25.186	15.936.595
Pérdida de audición crónica	20.689	15.713.549
Hiperplasia benigna de próstata	10.692	12.350.033
Osteoartritis	12.154	11.877.660
Cataratas	9.524	9.383.613
Diagnósticos cardiovasculares crónicos	10.170	9.019.188
Diagnósticos de salud mental crónicos	13.020	8.894.826
Enfermedad prostática, infertilidad y neoplasias benignas, varones	11.428	8.616.964
Psoriasis	10.155	6.608.168
Glaucoma	6.602	6.462.954
Enfermedades de vesícula biliar	4.828	5.363.366

Fuente: estudio poblacional con CRG. Resultados Comunidad de Madrid.
Dirección General de Sistemas de Información Sanitaria. Servicio Madrileño de Salud. 2009.

Estas veinte primeras patologías representan el 94% de casos de las patologías crónicas menores y el 91,5% de su coste. Por categorías, el coste se desglosa de la siguiente forma (*Gráfico 18*).

Gráfico 18. Distribución del coste según el tipo de recursos para cada una de las patologías más frecuentes correspondientes a los grupos 3 y 4 de los CRG



Fuente: estudio poblacional con CRG. Resultados Comunidad de Madrid.
Dirección General de Sistemas de Información Sanitaria. Servicio Madrileño de Salud. 2009

6.2.2. Estado de salud 5

Hace referencia a personas con una única patología crónica. Representa un 23% del coste total de la asistencia sanitaria, y el 36% de las patologías crónicas, e incluye al 13,3 % de la población, con un peso de CRG del 25,6 %.

La *Tabla 6* muestra las veinte principales patologías ordenadas por su coste total, indicando el número de casos de cada una de ellas. Estas 20 patologías representan el 74% del gasto total de este estadio y el 82% de sus casos.

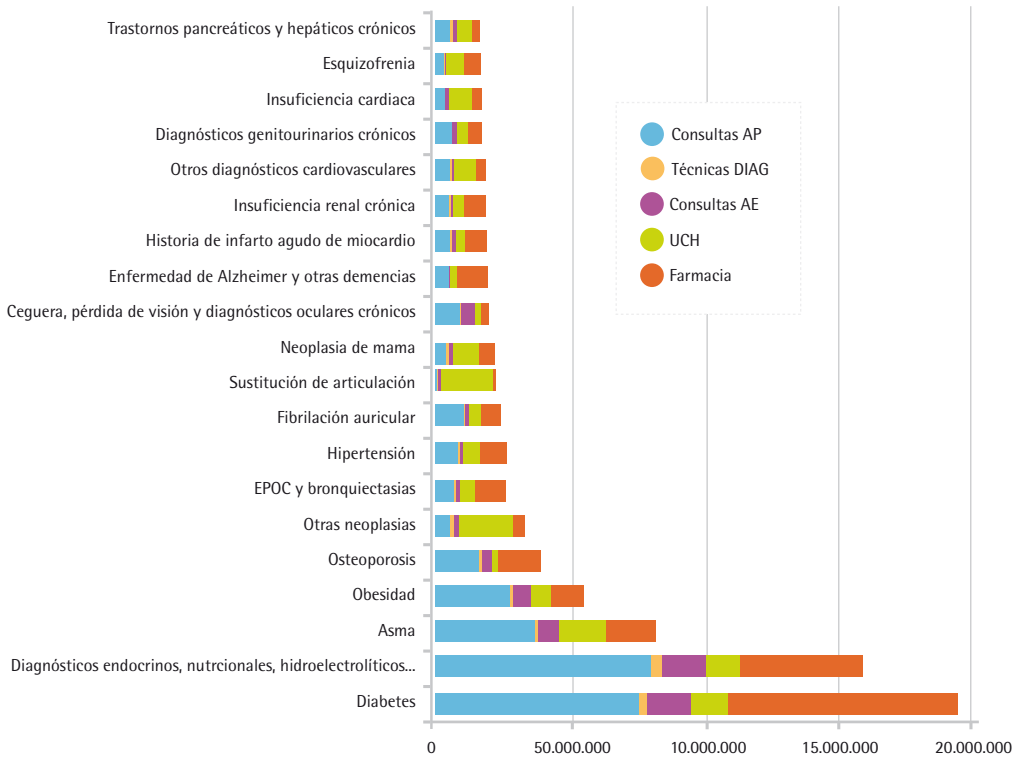
Tabla 6. Patologías más frecuentes en el grupo de clasificación 5 de los CRG, ordenadas según coste

Nº DESCRIPCIÓN	CASOS	COSTE TOTAL (€)
Diabetes	140.734	199.654.922
Diagnósticos endocrinos, nutricionales, hidroelectrolíticos e inmunes crónicos	196.502	163.353.987
Asma	100.366	84.584.902
Obesidad	63.608	56.665.774
Osteoporosis	34.824	39.832.273
Otras neoplasias	11.033	33.829.581
EPOC y bronquiectasias	12.649	26.231.065
Hipertensión	16.569	25.790.205
Fibrilación auricular	13.532	24.643.126
Sustitución de articulación	1.889	22.882.929
Neoplasia de mama	7.662	22.314.643
Ceguera, pérdida de visión y diagnósticos oculares crónicos	29.896	20.186.348
Historia de Infarto Agudo de Miocárdio	10.697	19.479.369
Insuficiencia renal crónica	8.608	18.830.754
Otros diagnósticos cardiovasculares	8.615	18.647.930
Diagnósticos genitourinarios crónicos	10.776	17.570.247
Insuficiencia cardiaca	4.563	17.375.517
Esquizofrenia	6.007	16.984.051
Trastornos pancreáticos y hepáticos crónicos	13.126	16.632.389

Fuente: estudio poblacional con CRG. Resultados Comunidad de Madrid.
Dirección General de Sistemas de Información Sanitaria. Servicio Madrileño de Salud. 2009.

El coste por capítulo de estas 20 patologías se desglosa de la siguiente forma (*Gráfico 19*):

Gráfico 19. Distribución del coste según el tipo de recursos para cada una de las patologías más frecuentes correspondientes al grupo 5 de los CRG



Fuente: estudio poblacional con CRG. Resultados Comunidad de Madrid.
Dirección General de Sistemas de Información Sanitaria. Servicio Madrileño de Salud. 2009.

6.2.3. Estados de salud 6 y 7

Estos dos estados de salud muestran la comorbilidad de la población que padece más de una patología. Suponen el 6,2% de la población total y el 21,45% de la población con patologías crónicas. El coste de estos dos estados de salud representa el 29,3% del total, con un peso porcentual del 41,1% de los CRG, el más elevado de los tres grupos analizados (*Tabla 7*).

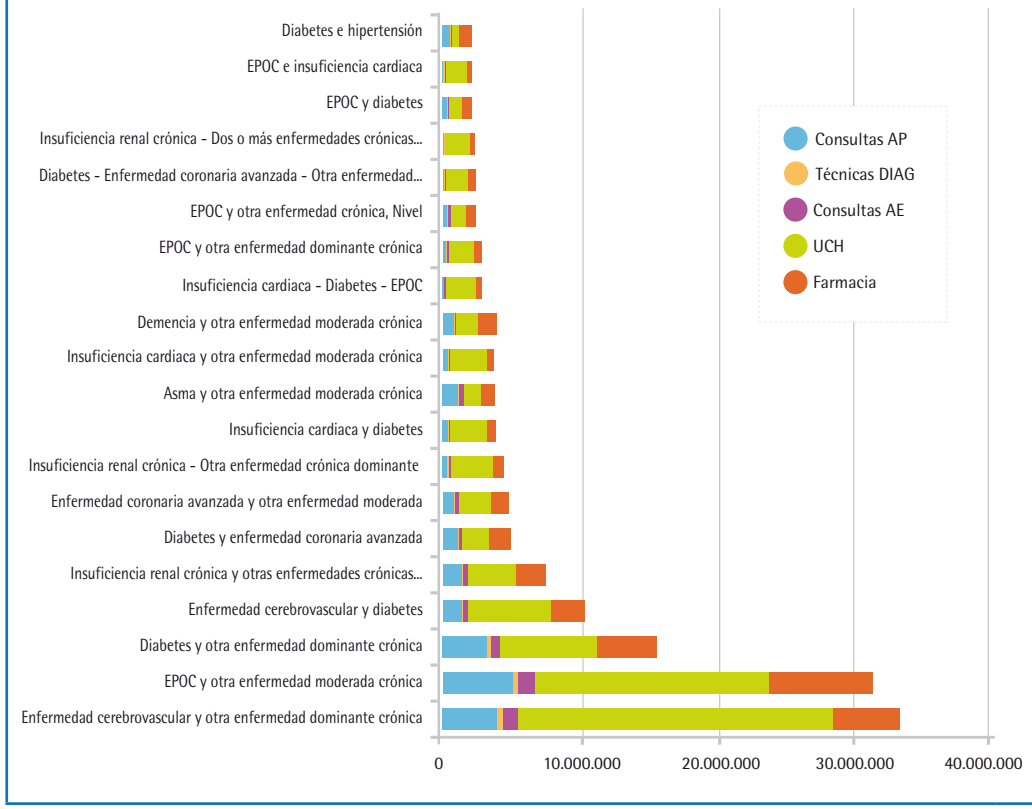
Tabla 7: Patologías más frecuentes en los grupos de clasificación 6 y 7 de los CRG, ordenadas según coste

Nº DESCRIPCIÓN	CASOS	COSTE TOTAL (€)
Enfermedad cerebrovascular y otra enfermedad dominante crónica	53.070	359.553.340
EPOC y otra enfermedad moderada crónica	70.602	338.009.214
Diabetes y otra enfermedad dominante crónica	42.603	168.536.539
Enfermedad cerebrovascular y diabetes	17.970	112.038.299
Insuficiencia renal crónica y otras enfermedades crónicas dominantes o moderadas	18.319	81.509.413
Diabetes y enfermedad coronaria avanzada	12.727	53.841.310
Enfermedad coronaria avanzada y otra enfermedad moderada crónica	14.328	52.416.962
Insuficiencia renal crónica - Otra enfermedad crónica dominante	4.213	48.570.581
Insuficiencia cardiaca y diabetes	4.895	42.340.363
Insuficiencia cardiaca y otra enfermedad moderada crónica	5.092	41.077.896
Demencia y otra enfermedad moderada crónica	8.338	39.481.745
Insuficiencia cardiaca - Diabetes – EPOC	1.716	30.461.488
EPOC y otra enfermedad dominante crónica	3.544	30.082.805
EPOC y otra enfermedad crónica, Nivel	5.716	26.306.341
Diabetes - Enfermedad coronaria avanzada - Otra enfermedad crónica dominante	2.669	25.927.699
Insuficiencia renal crónica - Dos o más enfermedades crónicas dominantes	1.930	25.505.249
EPOC y diabetes	4.979	22.741.391
EPOC e Insuficiencia cardiaca	1.991	22.683.824
Diabetes e hipertensión	9.083	22.671.060

Fuente: estudio poblacional con CRG. Resultados Comunidad de Madrid.
Dirección General de Sistemas de Información Sanitaria. Servicio Madrileño de Salud. 2009.

Viendo el consumo por capítulos, se evidencia que la farmacia y la hospitalización son las causantes de su elevado coste, particularmente en los casos de EPOC y enfermedad cerebrovascular asociadas a otras patologías crónicas (*Gráfico 20*).

Gráfico 20. Distribución del coste según el tipo de recursos para cada una de las patologías más frecuentes correspondientes a los grupos 6 y 7 de los CRG



Fuente: estudio poblacional con CRG. Resultados Comunidad de Madrid.
Dirección General de Sistemas de Información Sanitaria. Servicio Madrileño de Salud. 2009.

6.3. ANÁLISIS CUALITATIVO CON PROFESIONALES. ENTREVISTAS CON INFORMADORES CLAVE

La Comunidad de Madrid ha mostrado en los últimos años un gran interés en el abordaje de la cronicidad. Estas iniciativas representan la base y punto de partida sobre las que construir nuestro modelo de atención a pacientes con patologías crónicas, y nos han permitido avanzar con mayor celeridad en nuestra estrategia. Sirva como ejemplo las siguientes experiencias:

- Plan de Prevención y Promoción de la Salud.
- Programa de Atención al Paciente Polimedicado.
- Acceso a indicadores clínicos en Atención Primaria a través del cuadro de mando eSOAP
- Gestión centralizada de citas (CAP, IVR, Web).
- Plan Integral Cuidados Paliativos. Registro informático Infopal.
- Plan Estratégico de Salud Mental. Abordaje de la gestión de casos de salud mental.
- Documento "Papel de enfermería en Atención Primaria", dentro del marco del Plan de mejora de Atención Primaria de la Comunidad de Madrid 2006-2009.
- Creación de la figura del Director de Continuidad Asistencial.
- Experiencias de especialista consultor.
- Protocolos/registros unificados de pacientes crónicos en la Historia Clínica Informatizada de Atención Primaria (AP-Madrid).
- El visor HORUS, que permite compartir información entre Atención Primaria y especializada.

Todas estas experiencias deben potenciarse y consolidarse dentro de la estrategia a desarrollar.

Además de todo lo anterior y como un elemento también a potenciar, está la Cartera de Servicios Estandarizados de Atención Primaria que responde al catálogo de prestaciones a los ciudadanos del Sistema Nacional de Salud en función de sus problemas de salud y necesidades sentidas. En ella, se priorizan las actuaciones preventivas y de promoción de la salud y la atención a problemas de salud de alta prevalencia y susceptibles de ser atendidos por el primer nivel asistencial. Además, se protocoliza su atención mediante el cumplimiento de criterios de inclusión y de buena atención.

En relación a las actividades de prevención y promoción, cabe resaltar los servicios de Promoción de Estilos de Vida Saludable en el Adulto y Detección de Problemas de Salud Prevalentes en el Adulto.

El primero de ellos está dirigido a fomentar conductas saludables sobre la alimentación, ejercicio físico, hábitos tóxicos: Alcohol, tabaco y otras, drogas, uso racional de recursos sociosanitarios y automedicación responsable, entre otros. Se ha incluido en este servicio a un total de 453.056 mayores de 14 años. En el segundo de ellos, orientado a la realización del despistaje de patologías y/o factores de riesgo altamente prevalentes en la población como hipertensión arterial, hiperglucemia, obesidad,

hipercolesterolemia, consumo de alcohol y sedentarismo, han sido más de tres millones (3.406.474) los mayores de 14 años incluidos en este servicio.

Respecto a los servicios de la cartera orientados a problemas de salud de alta prevalencia, podemos destacar los siguientes servicios. Se muestra la cobertura de pacientes incluidos en cada uno de ellos, en el año 2012, en la *Tabla 8*.

Tabla 8. Servicios orientados a problemas de salud prevalentes

SERVICIO	COBERTURA
Atención a Pacientes Adultos con Hipertensión Arterial	941.257
Atención a Pacientes Adultos con Diabetes Mellitus	346.411
Atención a Pacientes Adultos con Hipercolesterolemia	898.003
Atención a Pacientes Adultos con Obesidad	441.048
Atención a Pacientes Adultos con Cardiopatía Isquémica	12.508
Atención a Pacientes Adultos con Insuficiencia Cardíaca	40.352
Seguimiento de Pacientes Adultos con Anticoagulación Oral	75.120
Atención a Pacientes Adultos con Asma	223.853
Atención a Pacientes Adultos con EPOC	79.310
Atención al Consumo de Tabaco en el Adulto	736.236
Atención al Consumo de Alcohol en el Adulto	57.637

Fuente: eSOAP. Cartera de Servicios Estandarizados. 2012.

Podemos destacar otros servicios muy específicos y orientados a la atención de grupos de población vulnerables y con elevadas necesidades de asistencia sanitaria que requieren de la utilización de importantes recursos asistenciales (*Tabla 9*):

Tabla 9. Servicios orientados a la atención de población vulnerable

SERVICIO	COBERTURA
Prevención y Detección de Problemas en Personas Mayores	47.830
Atención a la Persona Mayor Frágil	47.219
Atención al Paciente con Demencia	2.629
Atención Domiciliaria a Pacientes Inmovilizados	33.540
Atención en Cuidados Paliativos	1.683

Fuente: eSOAP. Cartera de Servicios Estandarizados. 2012.

Además existe un servicio de educación para la salud grupal que ha dado cobertura a 959 grupos de personas en 2012.

6.4. ANÁLISIS CUALITATIVO CON PROFESIONALES. CUESTIONARIO A DIRECTORES DE CONTINUIDAD ASISTENCIAL

El Servicio Madrileño de Salud cuenta con numerosas y diversas actividades enfocadas a la continuidad asistencial en el abordaje de la cronicidad. Sin embargo estas iniciativas se desempeñan de manera aislada en los diferentes hospitales y centros de salud de nuestra Comunidad sin que, en la mayoría de las ocasiones, sean conocidas por el resto de la organización fuera del ámbito de su zona básica.

6.4.1. Metodología

Conscientes de que dichas actividades suponen un punto de partida sobre el que construir los diferentes elementos que componen nuestra Estrategia, por la experiencia que aportan, se realizó un formulario para la recogida de información, en cada hospital, de todas aquellas iniciativas puestas en marcha orientadas a la atención de pacientes con patologías crónicas, con especial atención hacia la creación de unidades específicas, elaboración de procesos integrados entre ambos niveles asistenciales, y el desarrollo de nuevos roles de los profesionales que atienden a estos pacientes. Este formulario se hizo llegar a los Directores de Continuidad Asistencial.

6.4.2. Resultados y Conclusiones

En la Comunidad de Madrid se han puesto en marcha numerosas unidades, tanto monográficas como enfocadas a la atención global de patologías crónicas. Las más relevantes se describen en la *Tabla 10*.

Tabla 10. Unidades hospitalarias enfocadas a la cronicidad

UNIDADES
Atención al paciente geriátrico
Hipertensión
EPOC
Lípidos
Coordinación con Atención Primaria en la atención a pacientes crónicos
Atención al paciente con pie diabético
Trastorno del sueño
Espondilo-artropatías
Insuficiencia cardiaca
VIH
Riesgo cardiovascular
Heridas crónicas
Hospitales de día para la estabilización de patologías crónicas

Además, son varios los hospitales que han elaborado procesos integrados con Atención Primaria, orientados al abordaje de patologías concretas (*Tabla 11*).

Tabla 11. Procesos integrados enfocados a la cronicidad

PROCESOS
Diabetes mellitus
EPOC/asma
Paciente pluripatológico y crónico persistente sintomático
Paciente anticoagulado
Telemedicina en EPOC
Programa de atención a patología osteoarticular
Programa de atención al paciente con dolor osteomuscular
Conciliación de la medicación
Trastornos cognitivos y demencias
Telemedicina en procesos neurológicos crónicos

También se ha recogido información sobre otras iniciativas que, aunque no son específicas de la atención al paciente crónico, son actividades a tener en cuenta por el valor que pueden aportar en la construcción de nuestro modelo (*Tabla 12*).

Tabla 12. Otras iniciativas útiles para la atención a la cronicidad

OTRAS INICIATIVAS
Atención al Anciano frágil
Cuidados paliativos
Asistencia a pacientes institucionalizados en residencias
Enfermeras de enlace hospitalario
Unidades de derivación por enfermería desde hospitales de agudos a hospitales de media estancia
Continuidad de cuidados de enfermería
Relación sanitaria-trabajo social-admisión hospitalaria
Atención a pacientes con trastornos neuromusculares en fracaso respiratorio
Atención a pacientes con trastorno del sueño
Escuela de cuidadores
Camas de respiro

Podemos concluir que el Servicio Madrileño de Salud tiene en marcha numerosas actuaciones dirigidas a la atención de pacientes con enfermedades crónicas, y que éstas suponen un punto de partida sólido para el desarrollo del modelo de atención que se va a desarrollar en la Comunidad de Madrid.

6.5. ANÁLISIS CUALITATIVO CON PROFESIONALES. EVALUACIÓN CON EL INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN DE MODELOS DE ATENCIÓN ANTE LA CRONICIDAD (IEMAC)

Con el fin de tener un conocimiento aproximado acerca del abordaje de la cronicidad en nuestra Comunidad, se celebró una jornada de trabajo en la que participaron 120 profesionales seleccionados por tener distintos perfiles, pertenecer a diferentes ámbitos y/o ser representantes de distintas partes de la organización, o de entidades relacionadas con la misma, como son las sociedades científicas de Atención Primaria y de especialidades relacionadas con la atención a pacientes crónicos.

6.5.1. Metodología

Durante el desarrollo de la misma, se realizaron cinco talleres de manera simultánea cuyo objetivo era sensibilizar, compartir conocimientos y recabar información para tener una visión más aproximada del abordaje de la cronicidad en nuestra Comunidad. Los cinco talleres se conformaron de la siguiente manera:

- Uno dirigido a aquellos participantes identificados con un perfil de puesto del nivel de macro-gestión.
- Dos talleres dirigidos a participantes con un perfil de puesto perteneciente al nivel de meso-gestión.
- Dos talleres dirigidos a participantes con un perfil de puesto perteneciente al nivel de micro-gestión.

Para recoger la información de una manera sistemática se utilizó el instrumento de evaluación de modelos de atención ante la cronicidad (IEMAC 1.0). Este cuestionario permite realizar una autoevaluación de las organizaciones sanitarias en relación al grado de implantación de modelos de gestión de la cronicidad en distintos contextos y también niveles organizativos: Macro-gestión, meso-gestión y micro-gestión.

Basado en el Modelo de Cuidado Crónico (CCM) se compone de seis dimensiones que guardan relación con los seis elementos que presenta el CCM:

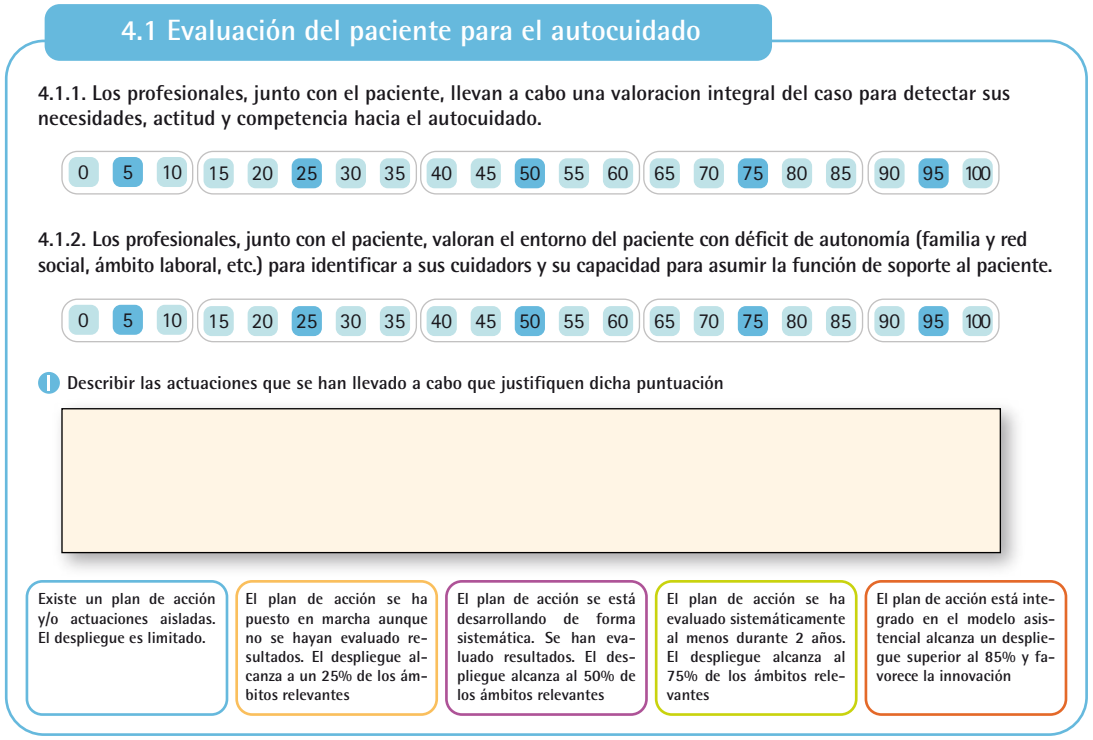
- Organización del sistema de salud.
- Salud comunitaria.
- Modelo asistencial.
- Autocuidado.
- Apoyo en la toma de decisiones clínicas
- Sistemas de información.

De cada una de las dimensiones se derivan una serie de componentes y de cada uno de estos componentes, a su vez, diferentes intervenciones/actuaciones.

Son estas intervenciones/actuaciones las que se valoran, teniendo en cuenta la perspectiva y la realidad de la organización sanitaria que se somete a evaluación. La puntuación se hace con una escala en rango de 0-100, que se subdivide en cinco segmentos para facilitar mentalmente el posicionamiento al hacer la autoevaluación (*Figura 7*); estos segmentos son:

- **Primer segmento:** existe un plan de acción y/o actuaciones aisladas. El despliegue es limitado.
- **Segundo segmento:** el plan de acción se ha puesto en marcha aunque no se hayan evaluado los resultados. El despliegue alcanza a un 25% de los ámbitos relevantes.
- **Tercer segmento:** el plan de acción se está desarrollando de forma sistemática. Se han evaluado resultados. El despliegue alcanza al 50%.
- **Cuarto segmento:** el plan de acción se ha evaluado sistemáticamente al menos durante dos años. El despliegue alcanza a un 75% de los ámbitos.
- **Quinto segmento:** el plan de acción está integrado en el modelo asistencial, alcanza un despliegue superior al 85% y favorece la innovación.

Figura 7. Ejemplo de una intervención evaluada con el IEMAC



Se obtuvieron por tanto resultados cuantitativos y cualitativos de cada uno de los talleres que se resumen a continuación:

Los datos cuantitativos se representaron de manera gráfica. Cada una de las seis dimensiones tiene una puntuación en el gráfico que es la media de los componentes que la conforman. La puntuación de cada componente a su vez es la media de las puntuaciones dadas por los participantes a las intervenciones/ actuaciones que incluye cada componente.

Además, se obtuvo la puntuación en cada una de las intervenciones / actuaciones evaluadas.

Los datos o resultados cualitativos se han descrito como aspectos positivos y puntos o áreas de mejora valorados por los asistentes que deben ser reforzados por el escaso desarrollo actual, en relación con la atención a la cronicidad en la Comunidad de Madrid.

6.5.2. Resultados y conclusiones

6.5.2.1. Resultado cuantitativo

La puntuación global de las dimensiones evaluadas por los asistentes a los talleres aparece reflejada en el *Gráfico 21*. A su vez, el resultado promedio de las puntuaciones obtenidas en cada uno de los cinco talleres realizados se muestra en la Tabla 13.

Las dimensiones que alcanzan medias más elevadas fueron las que se enumeran a continuación:

- **"Sistemas de información" (puntuación promedio de 47):** referida a la utilización de la información como soporte para la gestión clínica y poblacional, cuando éstos aportan la información relevante de manera estructurada e integrada entre los distintos subsistemas con el fin de mejorar la atención a los pacientes crónicos.
- **"Apoyo en la toma de decisiones" (puntuación promedio de 42):** se refiere a que existan herramientas de ayuda a la toma de decisiones, así como que sirvan también para la formación de los profesionales y para el intercambio de conocimientos entre los que prestan atención al paciente crónico.
- **"Autocuidado" (puntuación promedio de 42):** en la misma, se hace referencia al uso de estrategias que ayuden y permitan al paciente capacitación para poderse implicar en la gestión y cuidados de su enfermedad.
- **"Modelo asistencial" (puntuación promedio de 41):** nos indica cómo se debe avanzar hacia modelos proactivos e integrados por parte de los diferentes dispositivos y profesionales para llegar a tener un enfoque global del paciente.

Las dimensiones menos puntuadas fueron:

- **"Organización del sistema de salud":** se refiere a cómo el sistema de salud tiene un enfoque de mejora de la salud poblacional y cuenta con financiación adecuada, sistemas de información para la evaluación y está alineado con la política sanitaria.
- **"Salud comunitaria":** referida a la cooperación entre el sistema sanitario y los recursos e instituciones de la comunidad para el manejo de de enfermedades crónicas.

Gráfico 21. Resultado cuantitativo global en la atención a la cronicidad. IEMAC

Tabla 13. Resultado por talleres. IEMAC

	TALLERES					
DIMENSIONES	MACRO-GESTIÓN	MESO-GESTIÓN 1	MESO-GESTIÓN 2	MICRO-GESTIÓN 1	MICRO-GESTIÓN 2	PROMEDIO
1. Organización del sistema de salud	41	30	33	33	50	37
2. Salud Comunitaria	41	0	45	29	39	31
3. Modelo Asistencial	43	34	44	42	47	42
4. Autocuidado	31	55	33	46	46	42
5. Apoyo toma decisiones	35	31	36	48	55	41
6. Sistemas de información	38	55	42	48	51	47

6.5.2.2. Resultados cualitativos

De manera resumida se especifican a continuación los puntos fuertes y áreas de mejora por dimensiones, según la visión y opinión dada por los asistentes a los talleres y en relación al desarrollo de la estrategia de cronicidad en la Comunidad de Madrid.

6.5.2.2.1. Puntos fuertes

1. Dimensión: "organización del sistema"

- Existe una visión optimista y explícita para el abordaje de la cronicidad por parte de los líderes, aunque se está en el inicio del proceso.
- Muchas actividades se encuentran orientadas a la ganancia en salud y a la reducción de desigualdades, tal como ocurre en:
  - Plan de salud cardiovascular
  - Monitorización de la encuesta de salud de Madrid
  - Programa de detección precoz del cáncer.
- Existen políticas de coordinación definidas e implementadas, así como de integración de cuidados sociales, especialmente en situaciones de fragilidad y dependencia tal como refleja el "Plan Estratégico de Salud Mental".
- Los objetivos existentes se pueden medir: así se hace en Atención Primaria con su cartera de servicios, con el programa de atención al mayor polimedicado y con los contratos programa de los centros de salud en los que aparecen indicadores de efectividad, seguridad y resultados en salud.
- Algún nivel de asistencia, como Atención Primaria, tiene un cuadro de mando, eSoap, que está ampliamente difundido entre los profesionales.
- Hay planes que incentivan el cumplimiento de objetivos compartidos entre ámbitos para la atención a la cronicidad: son planes de financiación capitativa con ajustes por riesgos.
- La libre elección ha permitido ofertar servicios y reducir las desigualdades entre los ciudadanos.

2. Dimensión: "salud comunitaria"

- Hay programas y proyectos comunitarios en base a las necesidades de salud de la comunidad como el "Plan de Promoción de la Salud y Prevención 2011-2013".
- Un punto importante de dicho Plan de Promoción y Prevención de la Salud es el fomento del autocuidado.
- Se elaboran, así mismo, planes de acción comunitarios basados en necesidades de salud en la comunidad.
- Las instituciones, agentes comunitarios, entidades locales y la ciudadanía participan en la planificación de las políticas de salud comunitaria.

3. Dimensión: "modelo asistencial"

- En la Comunidad de Madrid se ha creado la figura de los Directores de Continuidad Asistencial y, en algunos centros hospitalarios, la del especialista consultor en la gestión de continuidad de cuidados.
- Existen numerosas rutas asistenciales entre Atención Primaria y especializada.
- El trabajo en equipo está muy desarrollado en los centros y en los dispositivos asistenciales.
- Hay planes definidos de actuación por perfiles de pacientes como ocurre en el ámbito de la Atención Primaria (planes de cuidados de enfermería integrados en la historia clínica).
- Están desarrollados de manera sistemática los planes terapéuticos integrales para cada paciente.
- Existe también un plan sistemático para la conciliación de la medicación de los pacientes y en Atención Primaria está desarrollado e implantado el programa del paciente mayor polimedicado. Gracias a este programa se realiza una revisión sistemática de la medicación con el paciente para detectar y resolver problemas relacionados con su efectividad, seguridad y adherencia.
- La Comunidad de Madrid, dispone del servicio de soporte domiciliario paliativo y atención a pacientes inmovilizados. Actualmente la enfermería de Atención Primaria juega un papel importante en el soporte domiciliario paliativo.

4. Dimensión: "autocuidado"

- Hay desarrollados planes para que los profesionales, junto con el paciente, detecten sus necesidades, actitudes y competencia hacia el autocuidado.

5. Dimensión: "apoyo en la toma de decisiones clínicas"

- Se utilizan y mantienen actualizadas guías de práctica clínica integradas entre ámbitos asistenciales.
- Se dispone en algunos servicios hospitalarios de la consultoría no presencial para transferir conocimiento experto entre profesionales.
- El sistema de cita para atención especializada (SCAE): permite que la información clínica de la interconsulta viaje al especialista.

6. Dimensión: "sistemas de información"

- Se facilita información procesada e indicadores clínicos; en el ámbito de la Atención Primaria, éstos se encuentran muy desarrollados gracias al cuadro de mando, eSoap.
- En Atención Primaria hay una historia clínica única y unificada por paciente que es la historia clínica informatizada AP - Madrid.
- El visor Horus permite compartir información entre Atención Primaria y hospitales.
- En la Comunidad de Madrid, el sistema garantiza la identificación inequívoca del paciente (CIPA).
- Se pueden editar listados de pacientes y planificar actuaciones posteriores en función de indicadores de evaluación clínicos.

6.5.2.2.2. Áreas de mejora

1. Dimensión: "organización del sistema"

- No existe actualmente definida una estrategia de atención a la cronicidad.
- Las actuaciones en relación a una financiación capitativa y en relación a la incentivación del cumplimiento de objetivos compartidos están todavía muy limitadas. No se identifica un liderazgo claro en relación a la cronicidad.
- No hay modelos de segmentación utilizados en la Comunidad de Madrid.

2. Dimensión: "salud comunitaria"

- Hay escasos acuerdos todavía de colaboración y cooperación.
- La participación de agentes comunitarios, entidades locales y ciudadanía en la planificación de políticas de salud comunitarias es todavía escasa.
- No hay un adecuado despliegue de la figura de las enfermeras gestoras de casos.
- El despliegue en recursos comunitarios y circuitos que respondan a las necesidades de los pacientes crónicos es limitado.

3. Dimensión: "modelo asistencial"

- No existe una planificación inter-organizacional orientada al crónico.
- No existen alertas que adviertan al profesional cuando el paciente tiene controles inadecuados.
- En la innovación, no existe una estrategia organizativa sino voluntarismo aislado.
- Falta estrategia de continuidad asistencial (especialmente en la transición asistencial).
- Hay actuaciones limitadas en la atención multidisciplinar del paciente pluripatológico.
- En el uso de la tele-monitorización, webs, blogs y redes sociales, las actuaciones son igualmente limitadas. Así mismo, hay poco desarrollo en cuanto a la atención telefónica o por correo electrónico con pacientes.
- Falta el desarrollo de una verdadera capacidad de gestión de recursos de los equipos.
- Faltan recursos profesionales, especialmente de enfermería.
- Todavía hay poca conexión de Atención Primaria con el ámbito hospitalario.
- Falta de coordinación entre enfermería y medicina que debería trabajar más funcionalmente.
- Las experiencias en la existencia de profesionales que faciliten la coordinación y continuidad asistencial, especialmente en el alta hospitalaria, son limitadas.
- A pesar de la implantación de la conciliación farmacológica, sigue poco desarrollada.
- Actuaciones limitadas en cuanto a realizar planes terapéuticos integrales.
- Falta de despliegue del sistema de incentivos a los profesionales para manejar a los crónicos.

4. Dimensión: "autocuidado"

- Los pacientes tienen una escasa participación en la definición de sus problemas.
- El papel de la enfermería en lo relativo al autocuidado es escaso.
- No hay un desarrollo de herramientas que faciliten el autocuidado
- No se hace una toma de decisiones compartidas con el paciente.

5. Dimensión: "apoyo en la toma de decisiones clínicas"

- Las consultorías no presenciales (derivación electrónica de pacientes, interconsulta vía correo electrónico, plataforma virtual interconsulta) son todavía experiencias aisladas.
- Dificultad para la implantación de ayudas en la toma de decisiones incorporadas a la historia clínica.

6. Dimensión: "sistemas de información"

- Falta una clasificación predictiva en la historia de los pacientes en función de sus necesidades.
- No existe actualmente interoperabilidad en la historia clínica entre ámbitos asistenciales.
- Falta desarrollo del despliegue virtual de consulta electrónica.
- Sistemas de información en hospitales informatizados muy diversos y otros sin informatizar.

6.6. ANÁLISIS CUALITATIVO CON PACIENTES Y CUIDADORES. GRUPOS DE DISCUSIÓN

La creación de una estrategia del Sistema Madrileño de Salud para pacientes crónicos tiene que recoger los distintos perfiles, servicios y necesidades que requieren estos pacientes y sus cuidadores. Para ello se ha llevado a cabo esta investigación cualitativa utilizando la metodología de grupos de discusión.

El objetivo general ha sido identificar las expectativas, necesidades y demandas sanitarias de los pacientes con enfermedades crónicas y sus cuidadores, a lo largo de su proceso de salud.

Se han definido, además, los objetivos específicos que se enumeran a continuación:

- Identificar las necesidades de cuidados de cada paciente crónico y sus cuidadores en las dimensiones física, psicológica y social.
- Conocer las opiniones, expectativas y demandas de los pacientes crónicos y sus cuidadores en el transcurso de la enfermedad.
- Comprobar las necesidades sociosanitarias que tienen los cuidadores principales de pacientes crónicos dependientes en los procesos avanzados de cronicidad de la enfermedad.
- Determinar los elementos actuales que intervienen en la asistencia sanitaria de estos pacientes.

6.6.1. Metodología

Para ello se realizaron tres grupos de discusión, dos con pacientes crónicos (al que acudieron trece y nueve pacientes respectivamente) y uno con cuidadores de pacientes dependientes (con seis participantes). Los participantes se seleccionaron mediante un muestreo intencionado respetando diferentes criterios de selección como el de heterogeneidad y representación. Las características de los tres grupos, así como sus criterios de inclusión y exclusión se describen en la *Tabla 14*.

Tabla 14. Composición de los grupos de discusión

GRUPO	COMPOSICIÓN DEL GRUPO	CRITERIOS DE INCLUSIÓN	CRITERIOS DE EXCLUSIÓN
GD1	Pacientes con patología crónica con capacidad de autogestión	Patología crónica atendida en Atención Primaria: enfermedades respiratorias (asma, EPOC), neurológicas(epilepsia Parkinson), osteoarticulares (artrosis), digestivas, cardiacas, HIV, etc., Pacientes pertenecientes o no a asociaciones de enfermos. Un 70% de pacientes escogidos deben NO pertenecer a asociaciones.	Pacientes o cuidadores con cargos en las asociaciones de pacientes. Participación de más de un paciente por asociación.
GD2	Pacientes con patología crónica que requieren más cuidados profesionales.	Pacientes en un estadio más avanzado y atendidos tanto en Atención Primaria como especializada. Pacientes pertenecientes o no a asociaciones de enfermos. Un 70% de pacientes escogidos deben NO pertenecer a asociaciones.	
GD3	Cuidadores de pacientes con patología crónica dependientes	Cuidadores de pacientes dependientes (familiares, amigos...) Pacientes pertenecientes o no a asociaciones de enfermos. Un 70% de pacientes escogidos deben NO pertenecer a asociaciones.	

El guión temático utilizado fue el mismo para los tres grupos indagando de una manera sistemática acerca de:

1. Expectativas, necesidades y demandas sanitarias de los pacientes crónicos.
2. Relaciones con los profesionales que les atienden.
3. Información sobre la propia enfermedad y los recursos disponibles.

Tras la trascripción textual de toda la información y el análisis del contenido temático se realizó una interpretación de los resultados y se identificaron las siguientes categorías, subcategorías y cuestiones relevantes, que quedan recogidas de manera resumida en la *Tabla 15* y se explican a continuación.

Tabla 15. Resumen de las categorías y subcategorías establecidas tras el análisis del contenido.

CATEGORÍAS	SUBCATEGORÍAS
1. Variabilidad	**1.1. Organización de los servicios** • Homogeneización **1.2. Práctica asistencial** • Gestión de recetas en AP y de medicamentos en hospitales
2. Proceso de la enfermedad	**2.1. Diagnóstico** • Tiempo de espera para consultas y pruebas • Tiempo de espera hasta el diagnóstico • Actitud del médico ante los síntomas **2.2. Tratamiento** • Adherencia (aceptación y continuidad) • Valoración de efectos secundarios • Información de efectos secundarios y alternativas al tratamiento • Contradicciones terapéuticas **2.3. Seguimiento** • Adecuación al perfil del paciente **2.4. Protocolos de actuación** • Unificación de criterios
3. Gestión administrativa	**3.1. Burocratización** • Tramitación **3.2. Informatización** • Desigualdades entre Atención Primaria y especializada • Citación para consultas y pruebas
4. Relación con profesionales	**4.1. Relación médico-paciente** • Atención Primaria: - médico de familia - enfermera • Atención especializada
5. Necesidades	**5.1. Atención sanitaria** • Cantidad y calidad • Tipo • Ubicación y recursos **5.2. Información sobre la enfermedad** • Directa del profesional sanitario • Sobre recursos existentes **5.3. Formación continuada de los profesionales** • Técnica especializada • Habilidades de comunicación **5.4. Cuidado del cuidador** • Beneficios para el cuidador **5.5. Accesibilidad física**
6. Fortalezas del sistema sanitario	**6.1. Capacitación profesional y grandes medios** **6.2. Grado de satisfacción con la atención de los profesionales** **6.3. Informatización**

6.6.2. Resultados y conclusiones

6.6.2.1. Variabilidad en la organización de servicios y en la práctica asistencial

Los pacientes perciben diferencias en los servicios que se prestan, como ocurre con el tema de la gestión de recetas crónicas en Atención Primaria y medicamentos en hospitales.

Demandan, por un lado, no tener que desplazarse con tanta frecuencia a recoger los medicamentos y, por otro lado, flexibilidad en los horarios puesto que hay enfermos crónicos que están activos laboralmente.

6.6.2.2. Proceso de la enfermedad

1. Diagnóstico

- Tiempo de espera para consultas y pruebas excesivo.
- Tiempo de espera hasta el diagnóstico y peregrinación por especialistas sin encontrar el diagnóstico adecuado, lo que supone el gasto de un tiempo muy valioso para el paciente.
- Los pacientes perciben una actitud por parte del médico a veces de incomprensión por sus dolencias.

2. Tratamiento

- Adherencia (aceptación y continuidad). Existen barreras que dificultan el proceso de adherencia al tratamiento. Como consecuencia de ello, se complica su enfermedad y surgen situaciones que convierten a la primera en motivo de hospitalización y de mayor gravedad. En relación con esta subcategoría, aparece un nuevo tema destacado por los cuidadores en las vivencias de pacientes con enfermedades crónicas muy dependientes como es el caso del Alzheimer. Se trata de aspectos que tienen que ver con la eficacia de los medicamentos que se les recetan a estos pacientes.
- Valoración de efectos secundarios. Se considera que el médico receta medicamentos sin realizar un análisis previo sobre la idoneidad de los mismos, de cara a evitar posibles efectos secundarios, que pueden ser más o menos intensos dependiendo de la particularidad de cada paciente.
- Información de efectos secundarios y alternativas al tratamiento: Los pacientes perciben en la consulta de especializada falta de información sobre los efectos secundarios de la medicación, disparidad de opiniones según los distintos profesionales y que no se tienen en cuenta las peculiaridades del paciente. Se percibe pues una falta de atención personalizada por parte de especializada.
- Contradicciones terapéuticas: Los pacientes ponen de manifiesto el sentimiento de una cierta descoordinación entre los especialistas de distintos hospitales frente a las comorbilidades que padecen y la prescripción de los distintos tratamientos de la que son objeto, por parte de diferentes especialistas.

3. Seguimiento

- Adecuación al perfil del paciente: se expresa la necesidad de que los seguimientos de los tratamientos deberían ser más personalizados. Habría que alejarse de un modelo de seguimiento de la enfermedad rutinario y/o protocolizado, y que se atienda a las características particulares de cada paciente y de su enfermedad.

4. Protocolos de actuación

- Unificación de criterios: Los pacientes detectan falta de unificación de criterios a la hora de realizar los diferentes controles de seguimiento relacionados con los posibles efectos secundarios que la propia enfermedad va produciendo con el paso del tiempo, lo que les ocasiona un sentimiento de inseguridad o miedo.
  En este sentido, los propios pacientes reclaman protocolos de actuación que tengan un cierto nivel de flexibilidad. Flexibilidad enfocada, entre otros, a mejorar aspectos como el tratamiento recibido, las pruebas sistemáticas a las que son sometidos y las pautas de educación sanitaria.

6.6.2.3. Gestión administrativa

1. Burocratización

- Tramitación: fundamentalmente el grupo formado por pacientes con capacidad de autogestión, destaca la burocratización de la gestión administrativa que encuentran en todo el proceso. La relacionan, por un lado, con el personal administrativo como encargados de gestionar los expedientes y facilitar citas y, por otro lado, con la falta de informatización que detectan en las gestiones administrativas.

2. Informatización

- Desigualdades entre Atención Primaria y Hospitalaria: los pacientes perciben que el nivel de informatización que existe dentro del sistema sanitario difiere entre unos niveles asistenciales y otros. En Atención Primaria detectan un grado de informatización mayor y más homogéneo y en hospitales, sin embargo, expresan un nivel de heterogeneidad o desigualdad mayor. Esto origina dificultades en el flujo de información entre los dos niveles, muchas veces causante del retraso de la información sobre pruebas o tratamientos.
- Citación para consultas y pruebas: en este apartado hay que destacar el hecho paradójico que se produce con la informatización de la petición de citas. Por un lado algunos pacientes destacan el hecho de que, desde que se instaló el sistema automático que les atiende a cualquier hora, la petición de cita por teléfono ya funciona bien, a diferencia de cuando eran atendidos por personal administrativo en que la situación era "más caótica". Pero hay otro grupo de pacientes que manifiestan las dificultades que encuentran cuando piden cita a través del sistema informático, si se salen de los parámetros y expresiones previstos por el mismo.
- Los pacientes son, sin embargo, también conscientes de las responsabilidades que tienen por sí mismos en ciertos fallos del sistema de gestión. Bajo su punto de vista, debería haber campañas de concienciación para que los pacientes que no pueden acudir a sus citas las anulen con antelación y que, como consecuencia de ello, no se desaprovechen los recursos.

6.6.2.4. Relación con los profesionales

1. Relación médico-paciente en Atención Primaria

- Con los médicos de familia, la percepción de la relación es buena. Suele hablarse de una relación cercana, en la que los pacientes se sienten apoyados y son estos profesionales los que les resuelven, en muchas ocasiones sus dudas y problemas.
  Pero, a pesar de lo expresado anteriormente, los pacientes detectan un problema importante: La falta de más tiempo para la atención en consulta.
  Los pacientes también perciben que el médico de primaria, que es "el que mejor conoce al paciente", ha perdido autoridad dentro del sistema para pedir pruebas o disponer de recursos.
- Con los profesionales de enfermería, los pacientes, en general, están contentos pero destacan y valoran especialmente la labor de las enfermeras que tienen más experiencia profesional, porque con ellas crean un vínculo emocional, por lo que consideran que el hecho de cambiarles de enfermera supone para ellos un trastorno.
  Los pacientes opinan que el tipo de prestación del servicio que ofrecen las enfermeras es desigual en cada centro de salud; y reclaman, en aquellos centros donde no se hace, una actuación menos "mecánica" (toma de la tensión arterial, por ejemplo). Para los pacientes es fundamental que estos profesionales pudieran asumir, aparte de más asistencia a domicilio, labores de educación sanitaria y apoyo emocional a los pacientes y familiares.

2. Relación médico-paciente en Atención Hospitalaria

- En el ámbito de Atención Hospitalaria, los pacientes reclaman, en términos generales, mayor tacto en la relación médico-paciente. Sobre todo en momentos tales como cuando el paciente le está relatando al médico sus síntomas, a la hora de ser informados sobre su enfermedad, o al explicarles los efectos secundarios de una medicación. Muchos pacientes no tienen otra opción que la resignación ante la falta de empatía que sienten con su especialista o recurrir al médico de familia para pedir que les derive a otro especialista.
- Los pacientes crónicos con más complicaciones son los que más han tratado este tema en el grupo, debido a que sus patologías son llevadas en la mayoría de los casos directamente en atención especializada.

6.6.2.5. Necesidades

1. Atención sanitaria

- Cantidad y calidad: en el tema de la atención sanitaria, las primeras necesidades detectadas por los pacientes tiene que ver con la cantidad y calidad de la propia atención. Los pacientes reclaman que se escuche más al paciente, alegando que éste "sabe lo que tiene" y piden más "humildad y colaboración entre los médicos para mejorar tanto los diagnósticos como los tratamientos", teniendo en cuenta las características particulares que cada paciente tiene.
- Tipo de atención: los pacientes consideran que no están suficientemente cubiertas por el actual sistema sanitario sus necesidades en cuanto al tipo de atención sanitaria que demandan, como las relacionadas con problemas físicos derivados de su propia enfermedad u otras necesidades de

índole psicológica. En este sentido los pacientes consideran fundamental poder disponer de herramientas de refuerzo psicológico para evitar el cansancio que supone tomar una medicación de por vida o para ayudar a mantener los hábitos saludables necesarios para evitar las complicaciones y el agravamiento de la enfermedad.

- Ubicación y recursos: no se ha encontrado unanimidad en las opiniones manifestadas y no hay un criterio homogéneo para la respuesta en lo relativo al lugar más adecuado para que sean atendidos aquellos enfermos crónicos con un alto grado de dependencia, como es el caso de diferentes tipos de demencia. Las posibilidades son elegir entre el centro de día, una residencia o la vivienda particular. Todo depende de las experiencias que se han tenido en cada caso.

2. Información sobre la enfermedad

- Directa del profesional sanitario: hay una demanda constante, por parte de los pacientes, relacionada con la información que reciben sobre la enfermedad que padecen. Los pacientes necesitan información en aspectos de la enfermedad como la evolución o pronóstico, en cómo actuar ante la aparición de nuevos síntomas, las posibles limitaciones que la propia enfermedad conlleva, si existen algunas pautas que puedan llevar a cabo para frenar el proceso o las posibles ayudas a las que puedan recurrir, entre otras. La enfermedad crónica supone un cambio tanto en su organización de vida como en la relación con otras personas. Y este tema es muy importante tanto para los pacientes como para los cuidadores.
- Para los pacientes, la forma de recibir la información también es importante. El hecho les puede afectar psicológicamente. Para ellos no es lo mismo el momento en el que te informan del diagnóstico o "nombre" de la enfermedad crónica, a la información que se va recibiendo a lo largo del seguimiento de la misma.
- Sobre recursos existentes: debido a las incapacidades que en algunos casos produce la enfermedad crónica, las necesidades no son solo sanitarias. Tanto pacientes como cuidadores demandan otras ayudas que tienen más relación con otro tipo de recursos, como ayuda para realizar las tareas de la casa, poder acudir al médico, hacer la compra o tramitar la ley de dependencia, entre otras.
- En este aspecto destaca la gran disparidad existente sobre la información que cada paciente dispone sobre los recursos existentes. Cuantos más años convive el paciente con la enfermedad, de más información dispone. Sin embargo, la tarea de llegar a ella no resulta fácil, especialmente para aquellos pacientes que no recurren a las asociaciones.

3. Formación continuada de los profesionales

- Técnica especializada: los pacientes crónicos más dependientes perciben que hay una necesidad de formación de los profesionales, de los médicos en concreto, para poder realizar mejor el diagnostico.
- Habilidades de comunicación: la formación también debe ir encaminada a facilitar la tarea de comunicación con el paciente, lo que conllevaría una mejora en el trato que éste puede recibir.
- Los pacientes consideran que una forma de mejorar la comunicación se conseguiría si los médicos hicieran el ejercicio de ponerse en su lugar a la hora de entender su punto de vista.

4. Cuidado del cuidador

- En función del cuidador y la patología se encuentran experiencias muy diferentes. En el caso de los cuidadores de personas mayores, y sobre todo en los diferentes tipos de demencias, todos los asistentes a la discusión manifestaron la carga emocional tan fuerte que les supone el cuidado de su familiar. El objetivo de estas personas en relación con el paciente, en todos los casos, es evitarles su sufrimiento durante el tiempo que les quede de vida.
- Los casos de cuidadores de pacientes jóvenes son diferentes. Los esfuerzos de la ayuda se dirigen ahora a aspectos como que el paciente pueda conseguir más autonomía, o que pueda realizar actividades que son normales en otros jóvenes de la misma edad
- Beneficios para el cuidador: los cuidadores requieren apoyo físico y psicológico para sí mismos. Refieren que en ocasiones acuden a las asociaciones de pacientes donde pueden llegar a facilitar personas que por poco dinero ayudan en la atención del familiar dependiente, permitiendo contar con algunas horas para tomarse un respiro y poder salir de casa. Estas asociaciones ponen al alcance del cuidador terapias grupales o individuales, según el caso, para que puedan éstos llevar mejor la dedicación que dan a su familiar.

5. Accesibilidad física

- Los pacientes con grandes discapacidades físicas manifiestan tener problemas con las instalaciones en general, que no siempre están adaptadas para ellos, particularmente, algunos hospitales y centros de especialidades.
- Algunos de estos pacientes reclaman un coste más asequible o algún tipo de ayuda económica para materiales como las sillas de ruedas especialmente en el caso de niños.

6.6.2.6. Fortalezas del Sistema Sanitario

1. Capacitación profesional y grandes medios

- Los pacientes valoran la capacidad de los profesionales. De manera frecuente, los pacientes remarcan el hecho de que "su médico" es muy buen profesional. Admiten que puede haber fallos como en cualquier otra profesión, pero no dudan en destacar, en las experiencias que han tenido, el papel positivo de los profesionales sanitarios.

2. Satisfacción con la atención de los profesionales

- Los pacientes están muy satisfechos con la atención que reciben por parte de los profesionales. A veces relatan problemas con algunos casos concretos en particular; pero, cuando la valoración la realizan como colectivo, la satisfacción es unánime.
- Cabe, sin embargo, destacar que la satisfacción con los profesionales del nivel de Atención Primaria es mayor. Esto está posiblemente determinado por la relación de "cercanía" que suelen tener con estos profesionales y porque ellos son vistos como los que resuelven los problemas de su día a día.

3. Informatización

- Los pacientes otorgan un papel muy importante a la informatización. Consideran que con ella se puede llegar a mejorar aspectos como las citaciones. Se reducirían los "papeleos". Se conseguiría más rapidez para recibir los resultados de sus pruebas. Habría mayor coordinación entre los profesionales de diferentes niveles asistenciales.

6.6.2.7. Mejoras para el Sistema Sanitario

Los pacientes discutieron sus expectativas y mejoras que el Sistema Sanitario de la Comunidad de Madrid debe realizar para cubrir sus necesidades como pacientes crónicos, que se concretan en las conclusiones que se exponen seguidamente.

1. Respecto a los pacientes

- Homogeneizar los servicios que se prestan en los diferentes centros de salud.
- Establecer protocolos que unifiquen criterios de actuación para las diferentes patologías.
- Disminuir la lista de espera para consultas, para la realización de pruebas y para conocer los resultados de las mismas.
- Recibir una atención más personalizada que revierta en una mejora en el trato que recibe el paciente, la valoración de los síntomas, la aplicación del tratamiento y seguimiento, y en la forma de facilitar la información.
- Aumentar las prestaciones dirigidas a mejorar la calidad de vida del paciente (sesiones de fisioterapia, atención psicológica sistematizada, podología...).
- Mejorar la información al paciente en aspectos de la enfermedad como los efectos adversos del tratamiento, evolución de la misma y cambios que experimentará en su estilo de vida.
- Generalizar la informatización en todo el Sistema Sanitario, para permitir disminuir la burocratización, facilitar las citaciones, favorecer y agilizar la comunicación entre los profesionales y agilizar el diagnostico y tratamiento.
- Informatizar la gestión de las recetas para crónicos, facilitando la receta electrónica.
- Facilitar la formación continuada a los profesionales a nivel técnico (cómo movilizar a pacientes con discapacidades, habilidades de comunicación).
- Mejorar la accesibilidad física eliminando barreras en los centros sanitarios.
- Escuchar al paciente.

2. Respecto a los cuidadores

- Aumentar aquellos recursos que puedan ayudar a descargar la carga del cuidador (programas de descanso/respiro).
- Facilitar formación, información y apoyo.

7. DEFINICIÓN DEL MODELO ESTRATÉGICO DE LA COMUNIDAD DE MADRID

7. DEFINICIÓN DEL MODELO ESTRATÉGICO

Para la definición del modelo estratégico se ha continuado con la premisa de contar con la participación de los profesionales de nuestra organización.

Para ello se organizó una reunión de trabajo con 42 profesionales procedentes de distintos ámbitos de la sanidad (macro, meso y micro-gestión), con diferentes perfiles (médicos, enfermeros...) y roles (miembros de sociedades científicas, responsables de los planes estratégicos de especialidades, líderes de opinión...).

El objetivo principal de esta reunión fue definir el modelo de atención a pacientes con enfermedades crónicas en la Comunidad de Madrid.

Para ello se plantearon los siguientes objetivos secundarios:

1. Priorizar las patologías crónicas sobre las que se empezaría a trabajar en primer lugar.
2. Adaptar las recomendaciones de la "Estrategia para el abordaje de la cronicidad en el Sistema Nacional de Salud", a la Comunidad de Madrid.
3. Definir el itinerario del paciente crónico, planteando los elementos que le acompañan según su nivel de riesgo.

7.1. PRIORIZACIÓN DE PATOLOGÍAS CRÓNICAS

En la Estrategia de atención a pacientes con patologías crónicas en la Comunidad de Madrid se dará cabida a todas las patologías crónicas. No obstante, de cara al diseño de los distintos elementos, es necesario poner el foco inicial en un conjunto de patologías.

De forma paralela, se facilitará la difusión e implantación de iniciativas que aún estando centradas en otras patologías, tienen calidad y relevancia suficiente para ser consideradas modelos de referencia a imitar o seguir.

7.1.1. Metodología

El objetivo es obtener una matriz de priorización con aquellas patologías crónicas con mayor impacto en nuestra población y en nuestra organización sanitaria.

Para eso, es necesario abordar las patologías desde diversas perspectivas. En este sentido, se ha planteado el análisis de situación. Esto nos ha permitido conocer, con datos referentes a la Comunidad de Madrid, los siguientes aspectos:

- **MORTALIDAD:** se han considerado las defunciones según causa de muerte en la Comunidad de Madrid con datos del INE 2011.
- **PREVALENCIA ESTIMADA DE LAS PATOLOGÍAS:** datos de prevalencia obtenidos de la cartera de servicios y otras fuentes oficiales.
- **MORBILIDAD PERCIBIDA:** aporta la visión del paciente según datos del informe del Estado de Salud de la Población de la Comunidad de Madrid del año 2012. Datos relativos a la Encuesta Regional de Salud de la Comunidad de Madrid del Año 2007.
- **COMORBILIDAD:** datos obtenidos del Estudio poblacional de la Comunidad de Madrid con CRG, realizado por la DG de Sistemas de Información Sanitaria de la Consejería de Sanidad (año 2009). Se han considerado los casos totales de los estados de salud crónicos con afectación de múltiples sistemas orgánicos (categorías 6 y 7 de los CRG).
- **CONSUMO DE RECURSOS:** datos obtenidos del Estudio poblacional de la Comunidad de Madrid con CRG, realizado por la DG de Sistemas de Información Sanitaria de la Consejería de Sanidad (año 2009). Se ha considerado el coste total de los estados de salud crónicos (categorías 3 a 7 de los CRG). El cálculo del coste incluye el gasto derivado de hospitalizaciones, consultas de Atención Primaria y especializada, técnicas diagnósticas y farmacia.
- **PROGRAMAS ESPECÍFICOS:** patologías crónicas contempladas en programas puestos en marcha en la Comunidad de Madrid.
- **EXPERIENCIAS ACTIVAS:** patologías crónicas contempladas en experiencias activas de acuerdo a los datos facilitados por los Directores de Continuidad Asistencial.

Para construir la matriz, se han ordenado todas las patologías crónicas para cada uno de estos criteros, seleccionando las 20 primeras de cada categoría y ordenándolas en cuartiles. Los criterios de mortalidad, prevalencia estimada, morbilidad percibida, comorbilidad y consumo de recursos se han valorado entre 0 y 4 puntos según su intervalo cuartílico (de menor a mayor), mientras que para los programas específicos y las experiencias activas se han puntuado con 4 puntos aquellas patologías que estaban contempladas en programas específicos y/o experiencias activas, otorgando cero puntos a las que no.

El resultado de esta primera matriz de priorización, con las 20 primeras patologías, se puede observar en la *Figura 8*.

Figura 8. Matriz inicial de priorización de patologías crónicas

Patologías	Mortalidad	Prevalencia estimada	Morbilidad percibida	Comorbilidad	Consumo recursos	Programas específicos	Experiencias activas	TOTAL
DM	1	3	2	4	4	4	4	22
EPOC	3	3	0	4	4	4	4	22
Enf. Cerebrovascular	4	1	0	4	4	4	4	21
HTA	1	4	4	2	0	4	4	19
Asma	0	2	1	3	3	4	4	17
Cardiopatía Isquémica	4	1	0	2	2	4	4	17
Insuficiencia Cardiaca	3	2	0	1	2	4	4	16
Hipercolesterolemia	0	4	3	0	0	4	4	15
Obesidad	0	4	0	0	3	4	4	15
I. Renal Crónica	0	3	0	2	3	0	4	12
Demencia	2	1	0	1	1	4	0	9
Artrosis, artritis	0	0	4	0	0	0	4	8
Ciática, lumbalgia	0	0	3	0	0	0	4	7
Cervicalgia	0	0	3	0	0	0	4	7
Depresión	0	0	1	0	1	4	0	6
Ansiedad	0	0	1	0	0	4	0	5
Osteoporosis	0	0	0	0	1	0	4	5
Alergia	0	0	4	0	0	0	0	4
Varices	0	0	3	0	0	0	0	3
Migrañas	0	0	2	0	0	0	0	2

Esta matriz se les presentó a los profesionales participantes en el taller para que llevaran a cabo su propia valoración, mediante una priorización según la metodología de Hanlon (magnitud, factibilidad, gravedad y efectividad), puntuando cada patología entre 1 y 5 puntos.

7.1.2. Resultados y conclusiones

Tras sumar la puntuación de la matriz inicial con la valoración aportada por los profesionales, obtenemos la matriz resultante con la priorización de las patologías que serán abordadas, en primer lugar, en la Estrategia de atención al paciente con patologías crónicas en la Comunidad de Madrid (*Figura 9*):

1. Diabetes mellitus.
2. Enfermedad pulmonar obstructiva crónica.
3. Enfermedad cerebrovascular.
4. Hipertensión arterial.
5. Cardiopatía isquémica.
6. Insuficiencia cardiaca.
7. Asma.
8. Obesidad.
9. Hipercolesterolemia.
10. Enfermedad renal crónica.

Figura 9. Matriz de priorización de patologías final

Patologías	Criterios valoración objetiva							TOTAL valoración objetiva	TOTAL valoración profesionales	TOTAL valoración global
	Mortalidad	Prevalencia estimada	Morbilidad percibida	Comorbilidad	Consumo recursos	Programas específicos	Experiencias activas			
DM	1	3	2	4	4	4	4	22	4,6	26,6
EPOC	3	3	0	4	4	4	4	22	4,0	26,0
Enf. Cerebrovascular	4	1	0	4	4	4	4	21	4,0	25,0
HTA	1	4	4	2	0	4	4	19	4,1	23,1
Cardiopatía Isquémica	4	1	0	2	2	4	4	17	4,1	21,1
Insuficiencia Cardiaca	3	2	0	1	2	4	4	16	4,2	20,2
Asma	0	2	1	3	3	4	4	17	3,1	20,1
Obesidad	0	4	0	0	3	4	4	15	4,3	19,3
Hipercolesterolemia	0	4	3	0	0	4	4	15	3,5	18,5
I. Renal Crónica	0	3	0	2	3	0	4	12	3,7	15,7
Demencia	2	1	0	1	1	4	0	9	3,3	12,3
Artrosis, artritis	0	0	4	0	0	0	4	8	3,3	11,3
Ciática, lumbalgia	0	0	3	0	0	0	4	7	2,9	9,9
Cervicalgia	0	0	3	0	0	0	4	7	2,3	9,3
Depresión	0	0	1	0	1	4	0	6	3,2	9,2
Ansiedad	0	0	1	0	0	4	0	5	2,6	7,6
Osteoporosis	0	0	0	0	1	0	4	5	2,5	7,5
Varices	0	0	3	0	0	0	0	3	3,0	6,0
Alergia	0	0	4	0	0	0	0	4	1,9	5,9
Migrañas	0	0	2	0	0	0	0	2	2,0	4,0

Como puede observarse comparando la matriz inicial con la valorada por los profesionales, las cuatro primeras patologías se mantienen en el mismo orden, subiendo un puesto la consideración de la cardiopatía isquémica y la insuficiencia cardiaca en detrimento del asma.

Entre las diez primeras, se encuentran patologías y condicionantes de salud que servirán de referencia inicial para el diseño de recursos educativos, de procesos asistenciales integrados o para la adaptación de la oferta de servicios.

7.2. ADAPTACIÓN DE LA ESTRATEGIA DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD (SNS)

Ante la aprobación por el Consejo Interterritorial del SNS, en junio de 2012, de la "Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad en el SNS", se planteó a los participantes en el taller de trabajo la valoración de las recomendaciones contempladas, para la Comunidad de Madrid.

7.2.1. Metodología

Las recomendaciones fueron puntuadas en virtud de su pertinencia y aplicabilidad para nuestra Comunidad, según los criterios que se recogen en la *Tabla 16*.

Tabla 16. Criterios aplicados para la evaluación de la estrategia del SNS

PUNTUACIÓN	GRADO DE PERTINENCIA	GRADO DE APLICABILIDAD
0	Elemento que no aporta valor dentro de la estrategia	Elemento no presente en el Servicio Madrileño de Salud, cuya aceptación por parte de los profesionales es discutible y requeriría una dotación específica de recursos humanos y/o económicos para su implantación.
1	Elemento que aporta valor a la estrategia pero cuyo concurso no es imprescindible.	Elemento no presente en el Servicio Madrileño de Salud que contaría con la aceptación por parte de los profesionales, que requiere una dotación específica de recursos humanos y/o económicos.
2	Elemento que aporta gran valor a la estrategia, aunque su incorporación puede producirse en diversos momentos.	Elemento que, en alguna medida, ya está presente en el Servicio Madrileño de salud y cuenta con la aceptación de los profesionales, aunque su incorporación a la estrategia de cronicidad requeriríamayor dotación de recursos humanos y/o económicos.
3	Elemento clave desde el inicio de la estrategia, sin el cual ésta ve dificultada su implantación.	Elemento ya presente en el Servicio Madrileño de Salud, que dispone de los recursos humanos y/o económicos adecuados y cuenta con la aceptación por parte de los profesionales.

7.2.2. Resultados y conclusiones

Los profesionales consideraron pertinentes todas las recomendaciones valoradas. En este sentido, todas fueron puntuadas, con relación a su pertinencia, por encima de dos puntos (aunque ninguna considerada como clave), con excepción de tres recomendaciones, cuya puntuación oscila entre 1,5 y 2. De estas tres últimas recomendaciones, dos están relacionadas con la figura del farmacéutico comunitario y de Atención Primaria y la tercera con potenciar la participación de los fisioterapeutas en la promoción de la actividad física.

De las primeras 20 recomendaciones priorizadas por los profesionales, destaca el hecho de que 14 (70%), corresponden a la línea estratégica 3 del SNS: *Continuidad asistencial*. Si seleccionamos las 10 primeras, el porcentaje sube hasta el 80%. Las otras corresponden al eje 2: *Prevención de las condiciones de salud y limitaciones en la actividad de carácter crónico*.

En cuanto al criterio de aplicabilidad existe mayor variabilidad en las puntuaciones como consecuencia de que esta recomendación ya exista o no en el Servicio Madrileño de Salud, y también en relación a la necesidad de recursos humanos y/o económicos para su puesta en marcha y su aceptación por parte de los profesionales.

Todo esto ha dado lugar a que la Estrategia de atención a pacientes con patologías crónicas en la Comunidad de Madrid contemple la gran mayoría de las recomendaciones del SNS. Estas recomendaciones están incluidas como referencias dentro de las líneas de ejecución para el despliegue de la estrategia en Madrid, para lo que se ha realizado un trabajo de revisión de la correlación entre éstas, y los distintos elementos del modelo que aquí definimos y mostramos. El resultado final es que todas las líneas de ejecución incorporan recomendaciones del SNS y el total de las recomendaciones valoradas por nuestros profesionales están incluidas en las líneas de ejecución.

7.3. MODELO DE ATENCIÓN AL PACIENTE CON PATOLOGÍAS CRÓNICAS EN LA COMUNIDAD DE MADRID: EL ITINERARIO DEL PACIENTE

El modelo de atención a pacientes con enfermedades crónicas en la Comunidad de Madrid se construye en torno a una visión: Definir los elementos necesarios para atender a un paciente, a lo largo de su paso por nuestro sistema sanitario, en base a la estratificación de la población y en el establecimiento de intervenciones efectivas adaptadas al nivel de riesgo, basadas en la evidencia de experiencias nacionales e internacionales, y en la aplicación de modelos predictivos. Es lo que hemos denominado el "itinerario del paciente".

Para ello se han tomado como referencia los modelos conceptuales internacionales, las recomendaciones validadas del SNS, y los elementos desplegados en otras estrategias, así como la revisión de la evidencia científica existente.

7.3.1. Metodología

Para dibujar este itinerario nos hemos basado en modelos de rediseño de servicios empleados en la gestión de empresas y organizaciones, que parten del conocimiento de la organización como palanca para lograr su crecimiento y desarrollo.

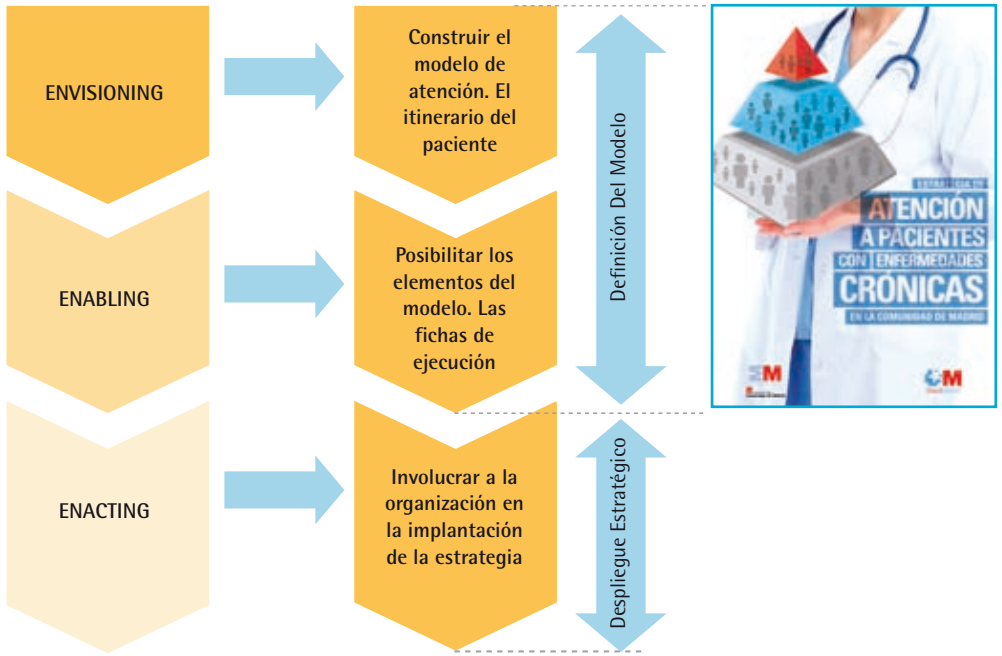
Desde este conocimiento se conjugan las siguientes actuaciones:

1. Visionar las posibilidades hacia las que orientar el cambio (envisioning).
2. Desarrollar los elementos que hagan posible este proceso (enabling).
3. Adoptar las medidas que posibiliten el progreso y consecución del cambio (enacting).

Por tanto, el rediseño de servicios que requiere nuestro itinerario del paciente se establece de acuerdo a los siguientes pasos (*Figura 10*):

1. Visionar el itinerario de un paciente crónico en las diferentes etapas de su paso por nuestro sistema sanitario.
2. Desarrollar los elementos necesarios para hacer realidad esta visión: Estos elementos están integrados por los **roles** de los profesionales, los **servicios** que prestan al paciente, y las **herramientas** empleadas para ello, **adaptados al nivel de riesgo** de cada paciente.
3. Involucrar a todos los agentes en el despliegue e implantación de todos los elementos.

Figura 10. Etapas para la definición y despliegue del modelo



Los diferentes niveles de riesgo que aplicaremos a nuestros pacientes crónicos están basados en el modelo de Kaiser Permanente de estratificación, en el que se distinguen tres categorías:

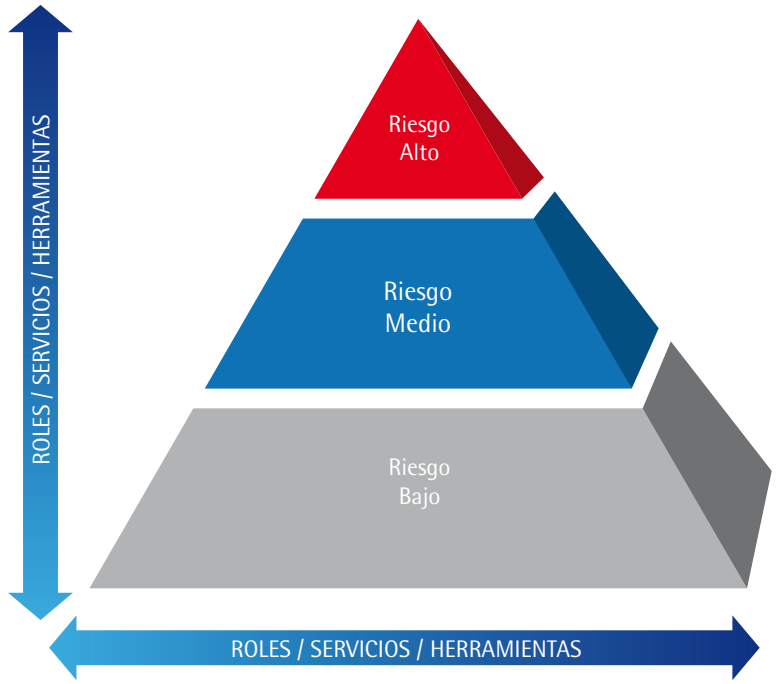
- **PACIENTES DE RIESGO BAJO:** pacientes con patologías crónicas con condiciones todavía en estadios incipientes. El objetivo para este nivel es ralentizar el progreso de la enfermedad y evitar que el paciente alcance niveles superiores de riesgo. Para ello se apoya la autogestión de la enfermedad y la educación de carácter preventivo y de hábitos saludables.

- **PACIENTES DE RIESGO MEDIO:** pacientes que presentan una complejidad de abordaje moderada. El objetivo, al igual que en el nivel bajo, es reducir la progresión mediante la planificación y gestión de la enfermedad que combine autogestión y cuidados profesionales.

- **PACIENTES DE RIESGO ALTO:** son pacientes de gran complejidad, los cuales presentan frecuente comorbilidad. El objetivo en este nivel es reducir las reagudizaciones y los ingresos hospitalarios por medio de la gestión integral del caso, con cuidados fundamentalmente profesionales.

En conclusión, nuestro modelo se basa en la definición de los elementos que deben aplicarse según el nivel de riesgo del paciente, es decir, qué profesionales deben prestar qué servicios y con qué herramientas, y éstos deben ser diferentes según la complejidad presentada (*Figura 11*).

Figura 11. Niveles de riesgo



Para definir nuestro modelo de atención a pacientes con patologías crónicas se recogieron numerosos elementos clave tomando como referencia, como se ha comentado, aquellos presentes en los modelos conceptuales internacionales, las recomendaciones validadas del SNS, y los elementos desplegados en otras estrategias, así como la revisión de la evidencia científica existente. De esta forma se reunieron 66 elementos.

Estos elementos se presentaron en un cuaderno a los profesionales participantes en la definición del modelo y se les pidió que definieran cuáles aplicar al nivel de riesgo bajo y/o medio y/o alto del paciente.

Así mismo, el cuaderno permitía añadir elementos si el profesional consideraba que debían formar parte del itinerario del paciente. En total, los profesionales plantearon 109 elementos a incorporar a los 66 iniciales, siendo finalmente un total de 175 elementos (*Figura 12*).

Figura 12. Extracto del cuaderno de trabajo

ÁMBITO	ELEMENTOS	BAJO RIESGO	MEDIO RIESGO	ALTO RIESGO
Herramientas	• Procesos asistenciales / vías clínicas para las patologías crónicas priorizadas inicialmente que suponga un marco general adaptable en todos los hospitales de la Comunidad de Madrid.	☐	☐	☐
	• Programa de actuación compartida entre Atención Primaria y Hospitalaria por equipos multidisciplinares, que incorporen la perspectiva social.	☐	☐	☐
	• Trabajo colaborativo entre equipos multidisciplinares, proporcionando un enfoque holístico que cubra las necesidades físicas, emocionales y sociales del paciente y su familia (sesiones clínicas conjuntas entre Atención Primaria y Hospitalaria...).	☐	☐	☐
	• Protocolos de acceso desde AP a la cartera de servicios de Atención Hospitalaria (incluyendo laboratorio, técnicas de imagen y pruebas invasivas).	☐	☐	☐
	• Protocolo de conciliación farmacológica en las transacciones entre niveles asistenciales	☐	☐	☐
	• Planes de cuidados estandarizados y personalizados	☐	☐	☐
	• Planificación anticipada de las altas hospitalarias	☐	☐	☐
	• Informe de alta de hospitalización debidamente detallado, con referencia a las áreas clínica, funcional, psicoafectiva y sociofamiliar del paciente	☐	☐	☐
	• Identificación de los pacientes según su nivel de riesgo en los sistemas de información de la Comunidad de Madrid	☐	☐	☐
	• Incorporar en los sistemas de información de la Comunidad de Madrid la cartera de servicios / programa específico de consulta de atención que despliegue la cartera de servicios definida	☐	☐	☐
	• Incorporar en los sistemas de información clínica de la Comunidad de Madrid: vías clínicas y protocolos o procesos asistenciales de atención a pacientes con patologías crónicas basados en evidencia científica, asegurando el proceso de su revisión y actualización	☐	☐	☐
	• Incorporar en los sistemas de información criterios de selección y uso adecuado e interacciones medicamentosas	☐	☐	☐
	• HH.CC. compartida	☐	☐	☐
	• Visores adaptados a la cronicidad	☐	☐	☐
	• Incorporar nuevas funcionalidades al CAP, desarrollando nuevas líneas de información, asesoramiento sanitario o tramitación administrativa	☐	☐	☐
	• Procedimiento, gestionados por los trabajadores sociales, destinado a dar a conocer a los pacientes con patologías crónicas todos los recursos sociosanitarios disponibles para su situación	☐	☐	☐
	• Desarrollo de proyectos de investigación que avalen los resultados en salud de las iniciativas de atención a los pacientes con enfermedades crónicas que se lleven a cabo en la CM	☐	☐	☐
	• Desarrollo de proyectos de investigación clínica relacionadas con los problemas de los pacientes crónicos	☐	☐	☐

Marcar(X) aquellas opciones que se consideren adecuadas para cada nivel de riesgo e indicar nuevas propuestas que sean relevantes en el itinerario del paciente.

Figura 13. Extracto con el análisis de resultados

ELEMENTOS	VALORES ABSOLUTOS			VALORES RELATIVOS		
	BAJO RIESGO	MEDIO RIESGO	ALTO RIESGO	BAJO RIESGO	MEDIO RIESGO	ALTO RIESGO
• Procesos asistenciales / vías clínicas para las patologías crónicas priorizadas inicialmente que suponga un marco general adaptable en todos los hospitales de la Comunidad de Madrid.	14	27	30	43,8%	84,4%	93,8%
• Programa de actuación compartida entre Atención Primaria y Hospitalaria por equipos multidisciplinares, que incorporen la perspectiva social.	10	24	31	31,3%	75,0%	96,9%
• Trabajo colaborativo entre equipos multidisciplinares, proporcionando un enfoque holístico que cubra las necesidades físicas, emocionales y sociales del paciente y su familia (sesiones clínicas conjuntas entre Atención Primaria y Hospitalaria...).	10	19	30	31,3%	59,4%	93,8%
• Protocolos de acceso desde AP a la cartera de servicios de Atención Hospitalaria (incluyendo laboratorio, técnicas de imagen y pruebas invasivas).	22	30	29	68,8%	93,8%	90,6%
• Protocolo de conciliación farmacológica en las transacciones entre niveles asistenciales	16	29	31	50,0%	90,6%	96,9%
• Planes de cuidados estandarizados y personalizados	21	30	31	65,6%	93,8%	96,9%
• Planificación anticipada de las altas hospitalarias	6	16	31	18,8%	50,0%	96,9%
• Informe de alta de hospitalización debidamente detallado, con referencia a las áreas clínica, funcional, psicoafectiva y sociofamiliar del paciente	11	22	30	34,4%	68,8%	93,8%
• Identificación de los pacientes según su nivel de riesgo en los sistemas de información de la Comunidad de Madrid	23	25	29	71,9%	78,1%	90,6%
• Incorporar en los sistemas de información de la Comunidad de Madrid la cartera de servicios / programa específico de consulta de atención que despliegue la cartera de servicios definida	16	24	23	50,0%	75,0%	71,9%
• Incorporar en los sistemas de información clínica de la Comunidad de Madrid: vías clínicas y protocolos o procesos asistenciales de atención a pacientes con patologías crónicas basados en evidencia científica, asegurando el proceso de su revisión y actualización	20	29	30	62,5%	90,6%	93,8%
• Incorporar en los sistemas de información criterios de selección y uso adecuado e interacciones medicamentosas	22	31	31	68,8%	96,9%	96,9%
• HH.CC. compartida	23	27	28	71,9%	84,4%	87,5%
• Visores adaptados a la cronicidad	12	26	30	37,5%	81,3%	93,8%
• Incorporar nuevas funcionalidades al CAP, desarrollando nuevas líneas de información, asesoramiento sanitario o tramitación administrativa	19	24	22	59,4%	75,0%	68,8%
• Procedimiento, gestionados por los trabajadores sociales, destinado a dar a conocer a los pacientes con patologías crónicas todos los recursos sociosanitarios disponibles para su situación	7	21	30	21,9%	65,6%	93,8%
• Desarrollo de proyectos de investigación que avalen los resultados en salud de las iniciativas de atención a los pacientes con enfermedades crónicas que se lleven a cabo en la CM	21	29	30	65,6%	90,6%	93,8%
• Desarrollo de proyectos de investigación clínica relacionadas con los problemas de los pacientes crónicos	10	28	30	31,3%	87,5%	93,8%

>= 80% | >=60% y < 80% | >=40% y < 60% | >=20% y < 40% | < 20%

Una vez recogidas todas las valoraciones, se analizaron los datos obtenidos calculando el porcentaje de concordancia para cada uno de los elementos y nivel de riesgo (*Figura 13*).

Por consenso dentro del Grupo Director de la Estrategia, se estableció el punto de corte que identificaba los elementos más considerados en al menos un 60% de valoraciones positivas por parte de los participantes.

7.3.2. Resultados y conclusiones

Con ese punto de corte en el 60%, los profesionales han priorizado 30 elementos clave para el desarrollo del itinerario del paciente:

- 8 roles.
- 14 servicios.
- 8 herramientas.

El papel de enfermería en la atención de los pacientes con enfermedades crónicas es patente como lo demuestran sus roles específicos:

- Papel de los profesionales de enfermería en la educación de pacientes (común para los tres niveles de riesgo).
- La enfermera de Atención Primaria como gestora de casos (para pacientes de alto riesgo).
- Prácticas avanzadas de enfermería: Enfermeras de enlace (para pacientes de alto riesgo).

La distribución de los elementos entre los tres niveles de riesgo es la siguiente:

- Elementos que se aplican a un solo nivel de riesgo: 13 (43 %). Todos ubicados en el nivel de riesgo alto.
- Elementos que se requieren en dos niveles de riesgo: 5 (17 %).
- Elementos que se requieren en los tres niveles de riesgo: 12 (40 %).

7.3.2.1. Los elementos que deben aparecer en todos los niveles de riesgo, junto con su definición, son los siguientes:

Roles

- **CENTRO DE SALUD COMO EJE DE LA ATENCIÓN AL PACIENTE CRÓNICO:** la Atención Primaria es el nivel asistencial donde se detecta y realiza el seguimiento de los pacientes, tanto en servicios de promoción y prevención como en el marco de la cronicidad y, por consiguiente, el centro de salud es el responsable de la gestión del paciente y la coordinación de los recursos sociosanitarios. Por tanto, además del desarrollo de nuevas competencias para la enfermería de Atención Primaria, es necesario reorientar el papel del médico de familia adoptando, entre otras, la responsabilidad de ubicar al paciente en un nivel adecuado a su riesgo y de ser el referente en el primer nivel asistencial para los referentes hospitalarios (especialista consultor, de referencia, etc.).
- **ENFERMERA EDUCADORA/ENTRENADORA EN AUTOCUIDADOS:** función (rol) de los profesionales de enfermería orientada a capacitar a los pacientes y sus cuidadores para el autocuidado, fomentando el compromiso con su salud.

Herramientas

- **ESTRATIFICACIÓN DE LA POBLACIÓN:** clasificación de la población con patologías crónicas en tres niveles de riesgo, siguiendo el modelo Kaiser Permanente. Cada nivel de riesgo requiere una oferta de servicios diferente, ajustada a las características y necesidades de cada estrato.
- **HISTORIA CLÍNICA ELECTRÓNICA (HCE) COMPARTIDA Y ACCESIBLE:** HCE con información básica visible para todos los niveles asistenciales, incluyendo la información visible y accesible al paciente. Entre la información compartida se encuentra el nivel de riesgo del paciente como elemento clave que optimiza los recursos a poner en marcha. Dispone de las herramientas que permiten la integración de la oferta de servicios, la ruta asistencial y los sistemas de ayuda al seguimiento del paciente.
- **RECURSOS ONLINE:** herramientas basadas en las tecnologías de la información y la comunicación dirigidas a facilitar y potenciar la figura del paciente activo. Hacen referencia tanto a los elementos telemáticos multicanal (páginas web, blogs con contenidos de información sanitaria, redes sociales, comunidades virtuales de pacientes, foros de discusión, etc.) como a los contenidos y la información presentes en ellos (hojas de consejos, información sobre su enfermedad, recursos disponibles, etc.).

- **AYUDAS A LA PRESCRIPCIÓN, CONCILIACIÓN Y CONTROL DE INTERACCIONES:** herramientas (TIC) de ayuda a la gestión clínica dirigidas al manejo de la prescripción farmacológica y sus interacciones, así como a la gestión coordinada entre niveles asistenciales de la terapéutica del paciente crónico (conciliación). Estas herramientas deben formar parte de la prescripción con receta electrónica y estar integradas en la HC. Por receta electrónica se entiende la automatización de los procesos de prescripción, control y dispensación de medicamentos, además de todo el proceso administrativo para la facturación haciendo uso de las nuevas tecnologías de la información y la telemática.
- **ENCUESTAS SOBRE NECESIDADES Y EXPECTATIVAS DEL PACIENTE Y SUS CUIDADORES.**

Servicios

- **OFERTA DE SERVICIOS:** oferta de prestaciones y servicios de especial seguimiento a los ciudadanos, priorizados en función de los problemas de salud relevantes y necesidades sentidas por la población madrileña, y estratificados según su nivel de riesgo y en los que, mediante el establecimiento de estándares, se tiene como finalidad garantizar la calidad de la atención.
- **PLANES DE CUIDADOS ESTANDARIZADOS Y PERSONALIZADOS DE ENFERMERÍA:** los planes de cuidados estandarizados son planes previamente elaborados y potencialmente aplicables a las personas que presentan determinados procesos o situaciones comunes, adaptados a cada paciente. Detallan un grupo de diagnósticos enfermeros reales o de riesgo que con frecuencia se presentan en dichos procesos o situaciones comunes, así como los resultados e intervenciones asociadas más efectivas. Un plan de cuidados personalizado es un plan realizado específicamente para la situación y condiciones de un paciente o cuidador.
- **EDUCACIÓN ESTRUCTURADA:** se trata de ofertar una educación, tanto de forma individual como grupal, que avance en la consecución de resultados encaminados a capacitar a los pacientes para que alcancen el mayor grado posible de autonomía y capacidad de autocuidado, empleando para ello contenidos planificados y estructurados.
- **FORMACIÓN CONTINUADA EN CRONICIDAD Y EN LAS LÍNEAS/ITINERARIOS NECESARIOS PARA EL DESARROLLO DEL MODELO:** comprende la formación de los profesionales sanitarios enfocada a los siguientes aspectos:
  - La formación continuada de los profesionales como herramienta para facilitar la capacitación y el desempeño de nuevos roles, como p. ej. el rol de enfermería como educadores del paciente activo.
  - Conocer los recursos que la Estrategia pone a disposición de los profesionales para la mejor gestión del paciente.
  - Mejorar y garantizar la calidad de la atención y disminuir las desigualdades sociales en la atención, con especial énfasis en las desigualdades de género.
  - Mejorar las habilidades y competencias en TIC de los profesionales sanitarios.
- **EVALUACIÓN DEL IMPACTO EN SALUD:** hace referencia a las medidas de seguimiento cualitativas y cuantitativas, que permitan monitorizar la evolución de la Estrategia, ofreciendo resultados intermedios y finales a través de un conjunto de indicadores de evaluación.

7.3.2.2. A estos elementos se añade, para los pacientes que se encuentran tanto en el nivel de riesgo bajo como medio, el desarrollo de un rol

- **PACIENTE ACTIVO:** es un paciente que se preocupa por su salud y se hace responsable de obtener la mejor asistencia sanitaria posible y de controlar la evolución de su enfermedad. A veces, este rol lo asume un familiar directo del paciente. El concepto de paciente activo está vinculado al de empoderamiento o empowerment de los pacientes. Este último término define a los pacientes que tienen el conocimiento y las habilidades necesarias para hacerse responsables de su salud, establecer un modelo deliberativo de relación con los profesionales que les atienden y definir objetivos terapéuticos y adoptarlos de forma compartida con sus médicos.

7.3.2.3. Los elementos que recibe un paciente crónico cuyo riesgo sea medio o alto, comunes para ambos niveles son:

Roles

- **ESPECIALISTA CONSULTOR:** médico especialista de referencia para los profesionales de atención primara, en aquellas patologías priorizadas, con el que se establecerán unos canales de comunicación activos (presenciales, telefónicos, online, mail...) que permitan una resolución ágil de cuestiones puntuales relativas al paciente.

Herramientas

- **SISTEMAS DE AYUDA/ALARMAS PARA EL CONTROL Y SEGUIMIENTO DE PACIENTES CRÓNICOS:** elementos de la HCE que informan de determinados estados o cambios en la salud del paciente, acordes con unas reglas y flujos de actuación predefinidos.

Servicios

- **RUTAS/PROCESOS ASISTENCIALES:** conjunto de actividades enfocadas a prestar una atención homogénea y transversal, basada en la coordinación entre niveles que, aplicando el máximo rigor científico, mejoran la calidad de la atención prestada con una mayor satisfacción del paciente.

7.3.2.4. Por último, a los elementos anteriores se añaden aquellos que se centran en el paciente de alto riesgo

Roles

- **ENFERMERA DE ENLACE:** enfermera de Atención Hospitalaria que coordina la continuidad de cuidados que precisa el paciente crónico, con los recursos extra hospitalarios.

- **ENFERMERA GESTORA DE CASOS:** enfermera de Atención Primaria que trabaja de forma proactiva en la identificación y seguimiento de los pacientes con alta complejidad y/o dependencia facilitando la coordinación entre los profesionales de los distintos niveles y sectores, potenciando una respuesta única más eficiente para la atención integral de las necesidades de salud de estos pacientes. Basa su papel en coordinar la continuidad del cuidado asegurando que los pacientes reciben el tratamiento y los recursos en tiempo con la finalidad de mejorar los resultados en salud y disminuir la hospitalización.
- **EQUIPOS MULTIDISCIPLINARES:** conjunto de personas de diferentes niveles asistenciales y categorías profesionales, que intervienen en un determinado proceso aportando cada uno su enfoque de intervención, logrando una visión transversal y completa del proceso.
- **ESPECIALISTA HOSPITALARIO DE REFERENCIA:** profesional de referencia asignado al paciente, responsable inicial cuando éste acuda al hospital y que garantice la coordinación entre las distintas especialidades que intervienen en su atención.

Herramientas

- **REGISTRO DE CASOS SOCIOSANITARIOS:** herramienta concebida como base de datos y sistema de gestión para pacientes de alto riesgo con condicionantes sociosanitarios.
- **TELEMONITORIZACIÓN DOMICILIARIA:** herramientas (TIC) de apoyo a la atención en domicilio para determinados pacientes con nivel de riesgo alto, que precisan de una monitorización estrecha y continuada de su estado de salud dado que presentan una elevada probabilidad de descompensación que puede requerir ingreso hospitalario.

Servicios

- **PLANIFICACIÓN DE ALTAS:** contempla todos los aspectos-sanitarios relacionados con el alta de una persona hospitalizada, incluyendo la conciliación farmacológica, identificación del cuidador principal cuando lo precise, comunicación al primer nivel asistencial con el plan de cuidados establecido, etc. La planificación de altas es un elemento imprescindible para garantizar una correcta continuidad asistencial.
- **VALORACIÓN INTEGRAL DE CADA CASO:** valoración del paciente desde una perspectiva que engloba los aspectos sanitarios y los condicionantes sociales que los modifican para identificar el grado de fragilidad y orientarle hacia el recurso más adecuado.
- **UNIDADES HOSPITALARIAS ESPECIALIZADAS:** unidades enfocadas a abordar aspectos concretos de un proceso, como puede ser el diagnóstico precoz, tratamiento ante situaciones complejas, etc. o bien a la atención integral y centralizada de una determinada patología.
- **DESARROLLO DEL PAPEL DE ATENCIÓN PRIMARIA EN LAS RESIDENCIAS:** conjunto de actuaciones para asegurar que los pacientes institucionalizados reciban la oferta de servicios con el nivel de calidad adecuado.

- **CIRCUITO DE ATENCIÓN URGENTE/PREFERENTE:** un aspecto importante de los procesos asistenciales integrados es la definición de las circunstancias en las que una patología precisa de una atención diferente, ya sea preferente o urgente, sus plazos de atención y vías de derivación.
- **ACCESO ADECUADO A LA MEDIA ESTANCIA HOSPITALARIA:** hace referencia a la capacidad de Atención Primaria de derivar pacientes para su ingreso directo en hospitales de media estancia, conforme a unos criterios de calidad definidos.
- **SEGUIMIENTO PROACTIVO DEL PACIENTE EN LA COMUNIDAD Y DOMICILIO:** incorporar acciones e intervenciones planificadas, basadas en la mejor evidencia científica disponible, en el proceso de atención a las personas con condiciones de salud crónicas, donde juega un papel relevante el seguimiento telefónico activo por parte de enfermería. Este seguimiento busca detectar precozmente cambios en el estado de salud de los pacientes para actuar y disminuir la aparición de complicaciones, en contraposición al seguimiento reactivo donde el paciente contacta con el sistema sanitario cuando éstas ya han surgido.

Algunos de estos elementos se desarrollarán partiendo de las experiencias ya existentes identificadas en el análisis de situación y serán, por tanto, consolidadas o adaptadas. Otros tendrán que ser definidos y desarrollados por completo.

Uniendo todos estos elementos sobre una pirámide que representa los tres niveles de riesgo de los pacientes crónicos, el modelo de atención a pacientes con patologías crónicas en la Comunidad de Madrid se muestra a continuación (*Figura 14*).

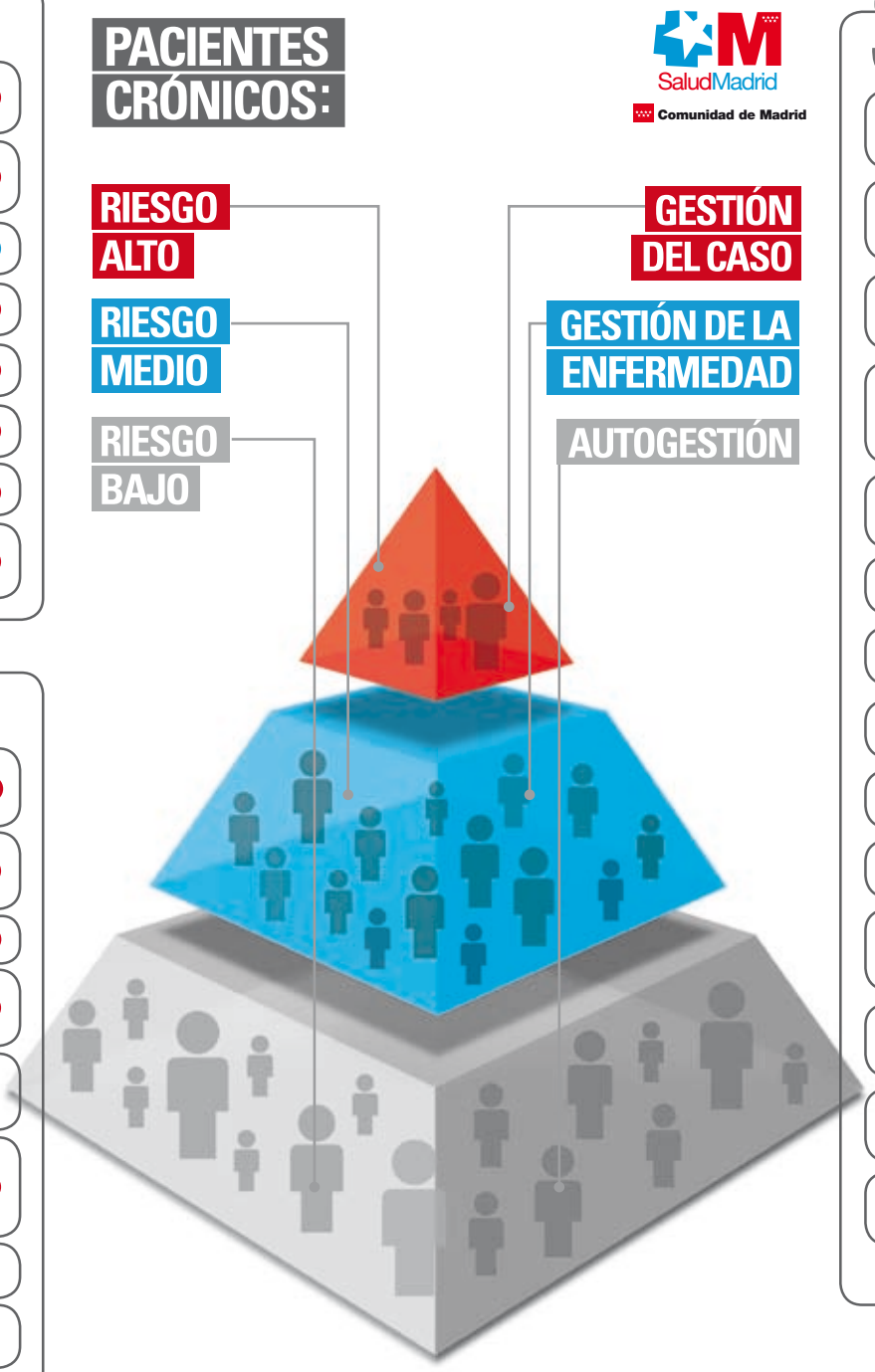
ROLES

- CENTRO DE SALUD EJE DE LA ATENCIÓN AL PACIENTE CRÓNICO
- ENFERMERA EDUCADORA / ENTRENADORA EN AUTOCUIDADOS
- PACIENTE ACTIVO
- ESPECIALISTA CONSULTOR
- ENFERMERA GESTORA DE CASOS
- ENFERMERA DE ENLACE HOSPITALARIA
- EQUIPOS MULTIDISCIPLINARES
- ESPECIALISTA HOSPITALARIO DE REFERENCIA

HERRAMIENTAS

- ESTRATIFICACIÓN DE LA POBLACIÓN Y CLASIFICACIÓN SEGÚN SU NIVEL DE RIESGO
- HISTORIA CLÍNICA ELECTRÓNICA COMPARTIDA Y ACCESIBLE
- RECURSOS ONLINE ESPECÍFICOS
- AYUDAS A LA PRESCRIPCIÓN, CONCILIACIÓN Y CONTROL DE INTERACCIONES
- ENCUESTAS SOBRE NECESIDADES Y EXPECTATIVAS DE PACIENTES Y CUIDADORES
- SISTEMAS DE AYUDA/ALARMAS PARA EL CONTROL Y SEGUIMIENTO DE PACIENTES CRÓNICOS
- TELEMONITORIZACIÓN DOMICILIARIA
- REGISTRO DE CASOS SOCIOSANITARIOS

PACIENTES CRÓNICOS:



SaludMadrid
Comunidad de Madrid

SERVICIOS

- OFERTA DE SERVICIOS ESPECÍFICA PARA LOS DISTINTOS NIVELES DE RIESGO
- PLANES DE CUDADOS ESTANDARIZADOS Y PERSONALIZADOS DE ENFERMERÍA
- EDUCACIÓN ESTRUCTURADA DEL PACIENTE ADAPTADA A SUS NECESIDADES
- FORMACIÓN CONTINUADA EN CRONICIDAD Y EN LAS LÍNEAS/ITINERARIOS NECESARIOS PARA EL DESARROLLO DEL MODELO
- EVALUACIÓN DEL IMPACTO EN SALUD DE LA ESTRATEGIA
- RUTAS/PROCESOS ASISTENCIALES INTEGRADOS
- SEGUIMIENTO TELEFÓNICO ACTIVO DEL PACIENTE
- VALORACIÓN INTEGRAL DE CADA CASO
- PLANIFICACIÓN DE ALTAS HOSPITALARIAS
- UNIDADES HOSPITALARIAS ESPECIALIZADAS
- CIRCUITO ESPECÍFICO DE ATENCIÓN URGENTE/PREFERENTE
- DESARROLLO DEL PAPEL DE ATENCIÓN PRIMARIA EN LAS RESIDENCIAS
- ACCESO ADECUADO A LA MEDIA ESTANCIA HOSPITALARIA
- SEGUIMIENTO PROACTIVO DEL PACIENTE EN LA COMUNIDAD Y DOMICILIO

8. DESPLIEGUE ESTRATÉGICO

8. DESPLIEGUE ESTRATÉGICO

La Estrategia de atención a pacientes con enfermedades crónicas en la Comunidad de Madrid se concreta en un modelo-marco estratégico que representa el conjunto de elementos que la Comunidad va a desarrollar en los próximos años.

Para implantar la Estrategia se pondrán en marcha nueve líneas de ejecución, trabajando en paralelo:

1. Estratificación de la población y clasificación según su nivel de riesgo. Desarrollo de modelos predictivos.
2. Desarrollo de roles profesionales.
3. Desarrollo de la oferta de servicios específica, en Atención Primaria, para los distintos niveles de riesgo.
4. Desarrollo de rutas y procesos asistenciales integrados.
5. Desarrollo de herramientas informáticas de apoyo a pacientes y profesionales. Sistemas de ayuda al seguimiento de pacientes crónicos.
6. Desarrollo de elementos para mejorar la información, comunicación y educación de los pacientes y sus cuidadores, dirigido a mejorar su autocuidado.
7. Desarrollo de elementos para potenciar la coordinación sociosanitaria.
8. Formación continuada de los profesionales sanitarios en cronicidad.
9. Evaluación de la Estrategia y su impacto.

Para el seguimiento de su despliegue, se establece un "Grupo Técnico Coordinador del seguimiento de la Estrategia", a cuya cabeza estará el "Responsable de la Estrategia de Atención a Pacientes Crónicos de la Comunidad de Madrid "que servirá de apoyo al Servicio Madrileño de Salud en aspectos relacionados con la cronicidad. Este grupo técnico se relacionará con el responsable de cada línea tanto para apoyarla como para realizar seguimiento de la misma. Además, será el responsable de la línea de "Evaluación de la Estrategia y su impacto". El grupo contará con representación de diferentes ámbitos del Servicio Madrileño de Salud:

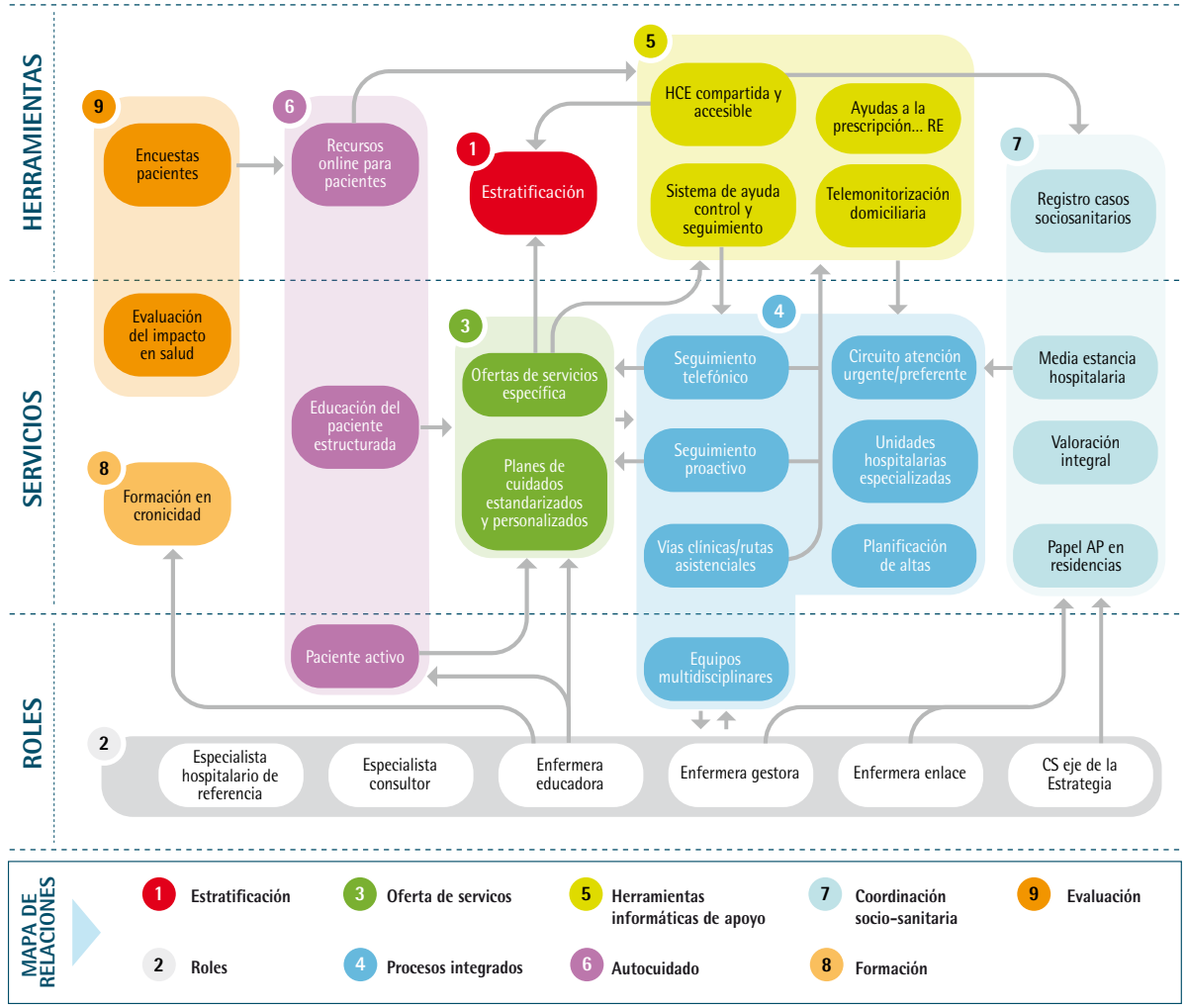
- Gerencia de Atención Primaria. Gerencia Adjunta de Planificación y Calidad.
- Dirección General de Atención Primaria. Subdirección de Promoción de la Salud y Prevención.
- Dirección General de Atención al Paciente. Subdirección de Calidad.
- Dirección General de Sistemas de Información Sanitaria. Subdirección de Servicios de Sistemas de Información.
- Dirección General de Hospitales. Subdirección de Gestión y Seguimiento de Objetivos en Hospitales.

A continuación se describe cada una de las líneas a través de unas fichas en las que se especifican los elementos que deben trabajarse, así como aquellos elementos relacionados aunque pertenecientes a otras líneas, su responsable y los participantes, el cronograma propuesto, el entregable final resultante del trabajo, los indicadores con los que se va a realizar la monitorización y las recomendaciones del SNS relacionadas.

Contienen, además, un glosario en el que se definen los elementos principales y un apartado de aclaraciones a tener en cuenta. Aunque cada ficha contiene el glosario correspondiente, al final del documento se agrupan todos los términos empleados.

Así mismo, se incluye un mapa de relaciones que proporciona una visión global de los elementos que componen la Estrategia, de los puntos comunes entre ellos que deberán ser tenidos en consideración por los líderes de cada línea a la hora de planificar y coordinar la puesta en marcha de los grupos de trabajo, y que ha facilitado su agrupación en las líneas de ejecución.

Figura 15. Mapa de relaciones de las líneas de ejecución



El diagrama (*Figura 15*) muestra las relaciones que presentan entre sí las diferentes líneas de ejecución y los elementos que las componen. Las flechas parten de líneas de ejecución, o de elementos concretos, que aparecen en las fichas como elementos relacionados con la línea de ejecución de destino.

Este mapa de relaciones muestra la agrupación de los elementos del modelo que se describen en las siguientes fichas de ejecución.

8.1. LÍNEAS DE EJECUCIÓN

LÍNEA DE EJECUCIÓN 1

Estratificación de la población y clasificación según su nivel de riesgo. Desarrollo de modelos predictivos

ELEMENTOS DEL MODELO A DESARROLLAR

- Elementos principales:
  - Estratificación de la población y clasificación según su nivel de riesgo.
- Elementos relacionados (se desarrollan en otra línea de ejecución):
  - Historia clínica electrónica compartida y accesible.
  - Oferta de servicios específica para los distintos niveles de riesgo.

NIVEL DE RIESGO AL QUE APLICA

- Nivel de riesgo bajo.
- Nivel de riesgo medio.
- Nivel de riesgo alto.

RESPONSABLE DE LA LÍNEA DE ACTUACIÓN

- DG de Sistemas de Información.
- Gerencia de Atención Primaria. Gerencia Adjunta de Planificación y Calidad

PARTICIPANTES EN LA LÍNEA DE ACTUACIÓN

- Gerencia de Atención Primaria. Gerencia Adjunta de Planificación y Calidad. Dirección Técnica de Sistemas de Información Sanitaria.

CRONOGRAMA

- Esta línea de ejecución se desarrollará desde el inicio del despliegue de la Estrategia, proponiendo llevar a cabo un pilotaje en su primer año.

ENTREGABLE FINAL

- Documento con los parámetros que regulan los diferentes niveles de riesgo. Definición funcional.
- Herramienta de estratificación.
- Planificación del despliegue.

GLOSARIO (DEFINICIÓN DE LOS ELEMENTOS DEL MODELO A DESARROLLAR)

- **Estratificación de la población:** clasificación de la población con patologías crónicas en tres niveles de riesgo, siguiendo el modelo Kaiser Permanente. Cada nivel de riesgo requiere una oferta de servicios diferente, ajustada a las características y necesidades de cada estrato.

LÍNEA DE EJECUCIÓN 1

Estratificación de la población y clasificación según su nivel de riesgo. Desarrollo de modelos predictivos

INDICADORES

- Existencia de un documento con los parámetros que regulan los diferentes niveles de riesgo y la definición funcional de cara a una planificación e intervención efectiva.
- Existencia de un documento que recoja la planificación del despliegue con objetivos, actividades y plazos.
- Existencia de herramienta informática de estratificación.
- Existencia de la herramienta informática para la estratificación, integrada en la historia clínica.
- Porcentaje de pacientes estratificados en niveles de riesgo.
- Porcentaje de pacientes con enfermedades crónicas priorizadas en la estrategia, estratificados según niveles de riesgo.

ACLARACIONES (ASPECTOS ESPECÍFICOS DE LA LÍNEA DE ACTUACIÓN A TENER EN CUENTA)

La estratificación se adherirá al modelo que se proponga en el Proyecto de Estratificación de la Población en el SNS, en cuya elaboración participa activamente la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid.

Si bien la estratificación es un elemento común en las diferentes Comunidades que están desarrollando su estrategia de atención a pacientes crónicos, hay que tener en cuenta las peculiaridades y necesidades particulares de cada una de ellas.

En nuestra Comunidad distinguimos entre:

- **Estratificación ligada a la planificación,** que será liderada por la DG de Sistemas de Información Sanitaria.
- **Estratificación ligada a la intervención,** como un elemento para la gestión clínica que facilite la toma de decisiones, validada en última instancia por el médico de familia, y por tanto integrada en la historia clínica (HC). Esta última estratificación será liderada, conjuntamente con la DG Sistemas de Información, por la Gerencia Adjunta de Planificación y Calidad con participación de profesionales asistenciales.

RECOMENDACIONES DEL SNS RELACIONADAS CON LA LÍNEA DE EJECUCIÓN

- *Establecer mecanismos y modelos de estratificación y predicción que permitan la identificación de subgrupos de población con diferentes niveles de necesidad y riesgo.*

LÍNEA DE EJECUCIÓN 2

Derarrollo de roles profesionales

ELEMENTOS DEL MODELO A DESARROLLAR

- Elementos principales:
  - Enfermera gestora de casos.
  - Enfermera de enlace hospitalario.
  - Enfermera educadora / entrenadora en autocuidados.
  - Especialista hospitalario de referencia.
  - Especialista consultor.
  - Centro de Salud como eje de la atención al paciente crónico.

- Elementos relacionados (se desarrollan en otra línea de ejecución):
  - Línea de desarrollo de rutas y procesos asistenciales integrados.

NIVEL DE RIESGO AL QUE APLICA

- Nivel de riesgo bajo.
- Nivel de riesgo medio.
- Nivel de riesgo alto.

RESPONSABLE DE LA LÍNEA DE ACTUACIÓN

- DG de Hospitales.
- DG de Atención Primaria.

PARTICIPANTES EN LA LÍNEA DE ACTUACIÓN

- Directores de Continuidad Asistencial.
- Gerencia de Atención Primaria. Comisión de calidad de cuidados

CRONOGRAMA

- Esta ficha de ejecución tiene un cronograma previsto de veinte meses. Es una de las líneas que primero debe desarrollarse ya que marca las pautas para el desarrollo posterior de otras líneas de ejecución relacionadas.

ENTREGABLE FINAL

- Documento marco que establezca los perfiles de los nuevos roles profesionales, sus competencias y los elementos necesarios para su desarrollo.

LÍNEA DE EJECUCIÓN 2

Derarrollo de roles profesionales

GLOSARIO (DEFINICIÓN DE LOS ELEMENTOS DEL MODELO A DESARROLLAR)

- **Enfermera educadora/entrenadora en autocuidados:** función (rol) de los profesionales de enfermería orientada a capacitar a los pacientes, y sus cuidadores para el autocuidado, fomentando el compromiso con su salud.
- **Enfermera gestora de casos:** enfermera de Atención Primaria que trabaja de forma proactiva en la identificación y seguimiento de los pacientes con alta complejidad y/o dependencia facilitando la coordinación entre los profesionales de los distintos niveles y sectores, potenciando una respuesta única más eficiente para la atención integral de las necesidades de salud de estos pacientes. Basa su papel en coordinar la continuidad del cuidado asegurando que los pacientes reciben el tratamiento y los recursos en tiempo con la finalidad de mejorar los resultados en salud y disminuir la hospitalización.
- **Enfermera de enlace:** enfermera de Atención Hospitalaria que coordina la continuidad de cuidados que precisa el paciente crónico, con los recursos extra hospitalarios.
- **Especialista hospitalario de referencia:** profesional de referencia asignado al paciente, responsable inicial cuando éste acuda al hospital y que garantice la coordinación entre las distintas especialidades que intervienen en su atención.
- **Especialista consultor:** médico especialista de referencia para los profesionales de atención primara, en aquellas patologías priorizadas, con el que se establecerán unos canales de comunicación activos (presenciales, telefónicos, online, mail...) que permitan una resolución ágil ante cuestiones puntuales relativas al paciente.
- **Centro de salud como eje de la atención al paciente crónico:** la Atención Primaria es el nivel asistencial donde se detecta y realiza el seguimiento de los pacientes, tanto en servicios de promoción y prevención como en el marco de la cronicidad y, por consiguiente, el centro de salud es el responsable de la gestión del paciente y la coordinación de los recursos sociosanitarios.
  Por tanto, además del desarrollo de nuevas competencias para la enfermería de Atención Primaria, es necesario reorientar el papel del médico de familia adoptando, entre otras, la responsabilidad de ubicar al paciente en un nivel adecuado a su riesgo y de ser el referente en el primer nivel asistencial para los referentes hospitalarios (especialista consultor, de referencia, etc.).

INDICADORES

- Existencia de un documento marco de roles, que defina las competencias y el modelo de organización.
- Porcentaje de enfermeras gestoras de casos respecto al total de enfermeras de Atención Primaria.
- Porcentaje de enfermeras educadoras respecto al total de enfermeras de Atención Primaria.
- Porcentaje de centros de salud con enfermeras gestoras de casos.
- Porcentaje de centros de salud con enfermeras educadoras.
- Porcentaje de hospitales con enfermeras de enlace.
- Porcentaje de hospitales con especialistas hospitalarios de referencia.
- Porcentaje de hospitales con especialistas consultores.

LÍNEA DE EJECUCIÓN 2

Derarrollo de roles profesionales

ACLARACIONES (ASPECTOS ESPECÍFICOS DE LA LÍNEA DE ACTUACIÓN A TENER EN CUENTA)

- La Comisión de Calidad de los Cuidados es un órgano colegiado creado para asesorar a la Gerencia de Atención Primaria en la planificación, implementación y evaluación de las líneas estratégicas de la organización, relacionadas con la calidad del cuidado y para prestar apoyo metodológico al conjunto de profesionales de enfermería, basado en la evidencia científica disponible y en la aplicación de la metodología del cuidado. Está formada por profesionales de la Gerencia Adjunta de Planificación y Calidad y de la Gerencia Adjunta de Asistencia Sanitaria, incluyendo enfermeras gestoras y profesionales asistenciales.
- La enfermera gestora de casos aplica sólo a pacientes incluidos en el nivel alto de riesgo.
- La enfermera de enlace aplica sólo a pacientes incluidos en el nivel alto de riesgo.
- El especialista hospitalario de referencia aplica sólo a pacientes incluidos en el nivel alto de riesgo.
- El especialista consultor aplica a los pacientes incluidos en los niveles de riesgo medio y alto.

RECOMENDACIONES DEL SNS RELACIONADAS CON LA LÍNEA DE EJECUCIÓN

- *Potenciar las actuaciones de los profesionales de enfermería en la atención a los procesos crónicos, orientando su responsabilidad en especial en el rol de educadores/entrenadores en autocuidados en el rol de gestores de casos en pacientes con condiciones de especial complejidad y en el rol de profesionales de enlace para mejorar la transición entre ámbitos y unidades de atención.*
- *Reorientar el desarrollo integrado de la atención domiciliaria para mejorar el mantenimiento de las personas en su entorno de manera segura, potenciando la actuación de los profesionales de enfermería de Atención Primaria.*
- *Garantizar la identificación y la comunicación a los pacientes y personas cuidadoras del profesional referente que actuará como coordinador de su proceso de atención.*
- *Potenciar el papel de los profesionales de las unidades de atención al usuario, unidades de admisión y unidades administrativas como transmisores de información y asesoramiento a la población respecto al funcionamiento de los servicios sanitarios y sociales.*
- *Potenciar la Gestión de Casos en la atención a pacientes con enfermedades crónicas complejas y pacientes pluripatológicos.*

LÍNEA DE EJECUCIÓN 3

Desarrollo de la oferta de servicios específica, en Atención Primaria, para los distintos niveles de riesgo

ELEMENTOS DEL MODELO A DESARROLLAR

- Elementos principales:
  - Oferta de servicios específica para los distintos niveles de riesgo.
  - Planes de cuidados estandarizados y personalizados de enfermería.

- Elementos relacionados (se desarrollan en otra línea de ejecución):
  - Enfermera educadora / entrenadora en autocuidados.
  - Educación estructurada del paciente adaptada a sus necesidades.
  - Paciente activo.
  - Seguimiento telefónico activo del paciente.
  - Seguimiento proactivo del paciente en la comunidad y domicilio.

NIVEL DE RIESGO AL QUE APLICA

- Nivel de riesgo bajo.
- Nivel de riesgo medio.
- Nivel de riesgo alto.

RESPONSABLE DE LA LÍNEA DE ACTUACIÓN

- DG de Atención Primaria. Gerencia Adjunta de Planificación y Calidad.

PARTICIPANTES EN LA LÍNEA DE ACTUACIÓN

- Grupo asesor de Cartera de Servicios Estandarizados, constituido por:
  - La Gerente Adjunta de Planificación y Calidad.
  - Una Directora Técnica de la Dirección Técnica de Procesos y Calidad.
  - La Responsable de Cartera de la DTPyC.
  - Dos Directores/as Asistenciales.
  - Un Responsable de las Unidades de Atención al Paciente.
  - Un Director de Continuidad Asistencial.
  - Un miembro de la Dirección Técnica de Sistemas de Información Sanitaria.
  - Un miembro de la Dirección Técnica de Docencia e Investigación.
  - Un miembro de la Subdirección de Promoción de la Salud y Prevención.
  - Dos miembros de la Dirección General de Atención al Paciente (uno de la Subdirección de Calidad y otro de la Subdirección de Información y Atención al Paciente).
  - Profesionales asistenciales representando a las sociedades científicas (aEmPap, AMEAP, AMPaP, SEMAP, SEMERGEN, SEMG, SoMaMFYC).

LÍNEA DE EJECUCIÓN 3

Desarrollo de la oferta de servicios específica, en Atención Primaria, para los distintos niveles de riesgo

CRONOGRAMA

- Esta línea de ejecución tiene un cronograma previsto de 18 meses, comenzando una vez que estén definidos los criterios de inclusión de los pacientes en los diferentes niveles de riesgo.

ENTREGABLE FINAL

- Documento con la cartera de servicios estandarizados (CSE) de Atención Primaria ajustada a niveles de riesgo, del Servicio Madrileño de Salud.

GLOSARIO (DEFINICIÓN DE LOS ELEMENTOS DEL MODELO A DESARROLLAR)

- **Oferta de servicios:** oferta de prestaciones y servicios de especial seguimiento a los ciudadanos, priorizados en función de los problemas de salud relevantes y necesidades sentidas por la población madrileña y estratificados según su nivel de riesgo, y en los que, mediante el establecimiento de estándares, se tiene como finalidad garantizar la calidad de la atención.
- **Planes de cuidados estandarizados y personalizado de enfermería:** los planes de cuidados estandarizados son planes previamente elaborados y potencialmente aplicables a las personas que presentan determinados procesos o situaciones comunes, adaptados a cada paciente. Detallan un grupo de diagnósticos enfermeros reales o de riesgo que con frecuencia se presentan en dichos procesos o situaciones comunes, así como los resultados e intervenciones asociadas más efectivas. Un plan de cuidados personalizado es un plan realizado específicamente para la situación y condiciones de un paciente o cuidador.

INDICADORES

- Existencia de un documento con la cartera de servicios estandarizados (CSE) de Atención Primaria ajustada a niveles de riesgo, del Servicio Madrileño de Salud.
- Existencia de protocolos implantados, actualizados con la Cartera de Servicios Estandarizados ajustada a la estratificación del riesgo.
- Evaluación del conjunto de la Cartera de Servicios estandarizados adaptada a la estratificación por grupos de riesgo.

LÍNEA DE EJECUCIÓN 3

Desarrollo de la oferta de servicios específica, en Atención Primaria, para los distintos niveles de riesgo

ACLARACIONES (ASPECTOS ESPECÍFICOS DE LA LÍNEA DE ACTUACIÓN A TENER EN CUENTA)

La CSE de Atención Primaria responde al catálogo de prestaciones a los ciudadanos del Sistema Nacional de Salud en función de los problemas de salud y necesidades sentidas por la población. En ella se priorizan las actuaciones preventivas y de promoción de la salud y la atención a problemas de salud de alta prevalencia y susceptibles de ser atendidos por el primer nivel asistencial.

Esta línea de desarrollo de una oferta de servicios adecuada a cada nivel de riesgo constituye una actualización y adaptación de la vigente CSE de Atención Primaria.

El Grupo Asesor de la CSE se plantea como un grupo multidisciplinar de consulta y asesoramiento, constituido por profesionales del ámbito de la AP, creado con el objeto de valorar y validar las propuestas de cambio y mejora que desde los grupos de interés se hagan sobre la CSE.

Esta línea nace de la intervención ligada a la estratificación previa y se complementará para su seguimiento a nivel hospitalario con lo que se desarrolle en la línea de "Desarrollo de rutas y procesos asistenciales integrados".

RECOMENDACIONES DEL SNS RELACIONADAS CON LA LÍNEA DE EJECUCIÓN

- *Incorporar de forma efectiva e integrada las intervenciones de promoción de la salud y actividades preventivas en todos los ámbitos y etapas de la vida de las personas, con especial énfasis en la infancia y la vejez.*
- *Analizar y monitorizar los factores de riesgo que influyen en las condiciones de salud y limitaciones en la actividad de carácter crónico, teniendo en cuenta los determinantes sociales de la salud.*
- *Elaborar e implementar, en todos los ámbitos, protocolos comunes de prevención, diagnóstico y atención de las patologías crónicas, ajustados a estándares de calidad.*
- *Promover nuevos elementos de evaluación vinculados a contratos programa y con visión transversal y compartida entre proveedores de distintos niveles.*
- *Proporcionar al ámbito de Atención Primaria la adaptación organizativa y los recursos materiales y humanos necesarios para coordinar los procesos relacionados con la cronicidad y poder prestar una mayor dedicación al desarrollo de actividades de promoción de la salud, prevención de la enfermedad y atención continuada a pacientes con condiciones crónicas de salud.*
- *Establecer medidas que permitan mejorar la capacidad resolutiva de los profesionales de Atención Primaria.*
- *Promover que la detección precoz de las enfermedades, trastornos o situaciones de riesgo y la detección precoz de la discapacidad asociada a enfermedad crónica sean implantadas con la máxima calidad y la mayor accesibilidad posible a la población. Los programas de cribado poblacional dirigidos a la detección precoz de enfermedades se adecuarán a lo dispuesto en la Ley 33/2011, de 4 de octubre, General de Salud Pública.*
- *Desarrollar de manera específica, en el ámbito local, actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad que sean realizadas conjuntamente por diversos profesionales sanitarios, implicando en particular a los profesionales de Atención Primaria y de los servicios de Salud Pública.*

LÍNEA DE EJECUCIÓN 4

Desarrollo de rutas y procesos asistenciales integrados

ELEMENTOS DEL MODELO A DESARROLLAR

- Elementos principales:
  - Rutas / procesos asistenciales integrados.
  - Equipos multidisciplinares.
  - Unidades hospitalarias especializadas.
  - Circuito específico de atención urgente/preferente.
  - Planificación de altas hospitalarias.
  - Seguimiento proactivo del paciente en la comunidad y domicilio.
  - Seguimiento telefónico activo del paciente.

- Elementos relacionados (se desarrollan en otra línea de ejecución):
  - Línea de ejecución de "Desarrollo de roles profesionales".
  - Línea de ejecución de "Oferta de servicios específica para los distintos niveles de riesgo".
  - Sistemas de ayuda para el control y seguimiento de pacientes crónicos.
  - Acceso adecuado a la media estancia hospitalaria.

NIVEL DE RIESGO AL QUE APLICA

- Nivel de riesgo medio.
- Nivel de riesgo alto.

RESPONSABLE DE LA LÍNEA DE ACTUACIÓN

- Grupo Técnico Coordinador de la Estrategia, liderado por el responsable de Directores de Continuidad Asistencial.

PARTICIPANTES EN LA LÍNEA DE ACTUACIÓN

- Gerencia de Atención Primaria. Gerencia Adjunta de Planificación y Calidad.
- Gerencia de Atención Primaria. Gerencia Adjunta de Asistencia Sanitaria.
- DG de Hospitales. Referentes de los plantes estratégicos relacionados con la cronicidad.
- DG de Atención al Paciente. Subdirección de Calidad.

CRONOGRAMA

- El desarrollo de esta línea comienza en cuanto estén definidos los criterios para la estratificación de la población y las características de los pacientes en los niveles de riesgo medio y alto, prolongándose a lo largo de toda la implantación de la Estrategia.

LÍNEA DE EJECUCIÓN 4

Desarrollo de rutas y procesos asistenciales integrados

ENTREGABLE FINAL

- Procesos asistenciales integrados orientados como rutas asistenciales para las patologías priorizadas, basados en la evidencia científica, que defina sus entradas y salidas, aspectos clave, flujogramas e indicadores de estructura-proceso-resultado.
  Deben incluir los elementos principales de la línea de ejecución, adaptados a la patología priorizada: composición de los equipos multidisciplinares, conveniencia de disponer de una unidad hospitalaria especializada (sus funciones, vías de derivación...), circuito de atención urgente/preferente, planificación de altas hospitalarias (contenidos del documento y vías de comunicación) y seguimiento activo de los pacientes en la comunidad/domicilio.
- Protocolos para su integración en la historia clínica electrónica.

GLOSARIO (DEFINICIÓN DE LOS ELEMENTOS DEL MODELO A DESARROLLAR)

- **Rutas/procesos asistenciales:** conjunto de actividades enfocadas a prestar una atención homogénea y transversal, basada en la coordinación entre niveles que, aplicando el máximo rigor científico, mejoran la calidad de la atención prestada con una mayor satisfacción del paciente.
- **Equipos multidisciplinares:** conjunto de personas de diferentes niveles asistenciales y categorías profesionales, que intervienen en un determinado proceso aportando cada uno su enfoque de intervención, logrando una visión transversal y completa del proceso.
- **Unidades hospitalarias especializadas:** unidades enfocadas a abordar aspectos concretos de un proceso, como pueda ser el diagnóstico precoz, tratamiento ante situaciones complejas, etc. o bien a la atención integral y centralizada de una determinada patología.
- **Circuito de atención urgente/preferente:** un aspecto importante de los procesos asistenciales integrados es la definición de las circunstancias en las que una persona con patología precisa de una atención diferente, ya sea preferente o urgente, sus plazos de atención y vías de derivación.
- **Planificación de altas:** contempla todos los aspectos sociosanitarios relacionados con el alta de una persona hospitalizada, incluyendo la conciliación farmacológica, identificación del cuidador principal cuando lo precise, comunicación al primer nivel asistencial con el plan de cuidados establecido, etc. La planificación de altas es un elemento imprescindible para garantizar una correcta continuidad asistencial.
- **Seguimiento proactivo del paciente en la comunidad y domicilio:** incorporar acciones e intervenciones planificadas, basadas en la mejor evidencia científica disponible, en el proceso de atención a las personas con condiciones de salud crónicas, donde juega un papel relevante el seguimiento telefónico activo por parte de enfermería. Este seguimiento busca detectar precozmente cambios en el estado de salud de los pacientes para poder actuar y disminuir la aparición de complicaciones, en contraposición al seguimiento reactivo donde el paciente contacta con el sistema sanitario cuando éstas ya han surgido.

INDICADORES

- Existencia de un documento que recoja los procesos asistenciales integrados con entradas y salidas, aspectos clave, flujogramas e indicadores de estructura-proceso-resultado.
- Existencia de protocolos que sustenten los procesos integrados en la historia clínica electrónica.
- Porcentaje de centros de salud en los que están implantados.
- Porcentaje de hospitales en los que están implantados.

LÍNEA DE EJECUCIÓN 4

Desarrollo de rutas y procesos asistenciales integrados

ACLARACIONES (ASPECTOS ESPECÍFICOS DE LA LÍNEA DE ACTUACIÓN A TENER EN CUENTA)

Esta línea de actuación está relacionada con la oferta de servicios específica para cada nivel de riesgo y con el desarrollo de roles profesionales y de herramientas para el seguimiento de los pacientes, siendo necesaria una coordinación estrecha entre ellas. Por ello será liderada por el responsable de los Directores de Continuidad Asistencial, apoyado por el Grupo Técnico Coordinador.

Se trabajará con las patologías que mayor puntuación obtuvieron en la matriz de priorización resultante de la jornada de trabajo con profesionales clave del Servicio Madrileño de Salud:

- Diabetes mellitus
- Enfermedad obstructiva crónica
- Enfermedad cerebrovascular
- Hipertensión arterial
- Cardiopatía isquémica
- Insuficiencia cardiaca
- Asma
- Obesidad
- Hipercolesterolemia
- Enfermedad renal crónica.

RECOMENDACIONES DEL SNS RELACIONADAS CON LA LÍNEA DE EJECUCIÓN

- *Favorecer la gestión por procesos asistenciales integrados y/o la definición de rutas asistenciales para las distintas condiciones de salud crónicas.*
- *En la atención a pacientes pluripatológicos o con comorbilidad que precisen Atención Hospitalaria, establecer rutas asistenciales que contemplen la asistencia por especialistas hospitalarios generalistas (singularmente internistas y geriatras) que actúen como profesionales referentes del paciente en su paso por los distintos circuitos asistenciales y complementen, en los casos en que sea necesario, la valoración integral de los pacientes realizada por otros especialistas.*
- *Garantizar la conciliación de la medicación en todas las transiciones asistenciales entre niveles y/o profesionales sanitarios.*
- *Garantizar la coordinación de las actuaciones de los servicios de urgencias (hospitalarios y extra hospitalarios) con los equipos de Atención Primaria.*
- *Garantizar la revisión sistemática de la medicación con el fin de prevenir y detectar problemas relacionados con medicamentos, así como la mejora de la adherencia a los tratamientos.*
- *Fomentar el desarrollo de los programas de Atención Temprana por equipos interdisciplinares, en supuestos de discapacidad, dependencia o trastornos en el desarrollo.*
- *Adecuar los modelos de Cuidados Paliativos, teniendo en cuenta las recomendaciones de la Estrategia en Cuidados Paliativos del SNS, para mejorar la atención a las personas con enfermedades crónicas avanzadas y/o en situación final de vida.*
- *Establecer una política de prescripción de medicamentos con objetivos comunes entre los distintos niveles de atención sanitaria.*
- *Incorporar en los informes clínicos aspectos relacionados con las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria para facilitar la valoración de la discapacidad y la dependencia.*
- *Establecer estrategias de planificación del alta hospitalaria de los pacientes que hayan sido hospitalizados o institucionalizados para garantizar que se realice la valoración integral de sus necesidades y las del entorno, se establezca un plan de cuidados y se proporcione el soporte domiciliario adecuado al alta, identificando y priorizando los pacientes con mayor riesgo de reingreso y/o descompensación.*
- *Implementar estrategias de planificación de ingresos hospitalarios desde Atención Primaria tanto en salas de hospitalización convencional como en régimen de hospitalización a domicilio o mediante la utilización del hospital de día.*
- *Promover mecanismos de información y comunicación, presencial y no presencial, entre los profesionales de un mismo ámbito y entre los profesionales de distintos ámbitos de atención sanitaria.*
- *Garantizar la atención 7x24 (7 días a la semana, 24 horas al día) a todos los pacientes, con resolución proactiva especialmente en el caso de pacientes con pluripatología o especial complejidad y/o en situación paliativa.*
- *Evitar la creación de circuitos asistenciales paralelos para las personas mayores y para los pacientes pluripatológicos.*

LÍNEA DE EJECUCIÓN 5

Desarrollo de herramientas informáticas de apoyo a pacientes y profesionales. Sistemas de ayuda al seguimiento de pacientes crónicos

ELEMENTOS DEL MODELO A DESARROLLAR

- Elementos principales:
  - Historia clínica electrónica compartida y accesible.
  - Ayudas a la prescripción, conciliación y control de interacciones.
  - Sistemas de ayuda/alarmas para el control y seguimiento de pacientes crónicos.
  - Telemonitorización domiciliaria.
- Elementos relacionados (se desarrollan en otra línea de ejecución):
  - Desarrollo de rutas y procesos asistenciales integrados.
  - Desarrollo de la oferta de servicios específica para los distintos niveles de riesgo.
  - Recursos de apoyo online específicos para pacientes crónicos.
  - Seguimiento telefónico activo del paciente.
  - Seguimiento proactivo del paciente en la comunidad y domicilio.

NIVEL DE RIESGO AL QUE APLICA

- Nivel de riesgo bajo.
- Nivel de riesgo medio.
- Nivel de riesgo alto.

RESPONSABLE DE LA LÍNEA DE ACTUACIÓN

- DG de Sistemas de Información Sanitaria.

PARTICIPANTES EN LA LÍNEA DE ACTUACIÓN

- Gerencia de Atención Primaria. Gerencia Adjunta de Planificación y Calidad. Dirección Técnica de Sistemas de Información Sanitaria.
- DG de Hospitales.
- DG de Gestión Económica y Compras de Productos Farmacéuticos y Sanitarios. Subdirección de Compras de Farmacia y Productos Sanitarios.
- DG de Atención al Paciente.

CRONOGRAMA

- El cronograma propuesto es de cuatro años.

LÍNEA DE EJECUCIÓN 5

Desarrollo de herramientas informáticas de apoyo a pacientes y profesionales. Sistemas de ayuda al seguimiento de pacientes crónicos

ENTREGABLE FINAL

- Documento que refleje las actuaciones a desarrollar en cuanto a los requerimientos, desarrollo funcional y despliegue de las herramientas propuestas.
- Patrones de actuación que sustentan las herramientas de control y seguimiento y las ayudas a la prescripción, conciliación e interacciones farmacológicas.
- Conjunto mínimo de datos que conforman la historia clínica electrónica compartida y compatible.
- Herramientas resultantes y/o adaptación de las existentes.

GLOSARIO (DEFINICIÓN DE LOS ELEMENTOS DEL MODELO A DESARROLLAR)

- **Historia clínica electrónica (HCE) compartida y accesible:** HCE con información básica visible para todos los niveles asistenciales, incluyendo la información visible y accesible al paciente. Entre la información compartida se encuentra el nivel de riesgo del paciente como elemento clave que optimiza los recursos a poner en marcha. Dispone de las herramientas que permiten la integración de la oferta de servicios, la ruta asistencial y los sistemas de ayuda al seguimiento del paciente.
- **Sistemas de ayuda/alarmas para el control y seguimiento de pacientes crónicos:** elementos de la HCE que informan de determinados estados o cambios en la salud del paciente, acorde con unas reglas y flujos de actuación predefinidos.
- **Telemonitorización domiciliaria:** herramientas (TIC) de apoyo a la atención en domicilio para determinados pacientes con nivel de riesgo alto, que precisan de una monitorización estrecha y continuada de su estado de salud dado que presentan una elevada probabilidad de descompensación que puede requerir ingreso hospitalario.
- **Ayudas a la prescripción, conciliación y control de interacciones:** herramientas (TIC) de ayuda a la gestión clínica dirigidas al manejo de la prescripción farmacológica y sus interacciones, así como a la gestión coordinada entre niveles asistenciales de la terapéutica del paciente crónico (conciliación). Esta herramienta debe formar parte de la prescripción con receta electrónica y estar integrada en la HC. Por receta electrónica se entiende la automatización de los procesos de prescripción, control y dispensación de medicamentos, además de todo el proceso administrativo para la facturación haciendo uso de las nuevas tecnologías de la información y la telemática.

INDICADORES

- Existencia del documento que refleje los requerimientos, conjunto mínimo de datos, diseño y desarrollo funcional.
- Existencia de herramientas informáticas implantadas.
- Porcentaje de centros de salud en los que estén implantadas las herramientas informáticas de apoyo a pacientes y profesionales.
- Porcentaje de hospitales en los que estén implantadas las herramientas informáticas de apoyo a pacientes y profesionales.

LÍNEA DE EJECUCIÓN 5

Desarrollo de herramientas informáticas de apoyo a pacientes y profesionales. Sistemas de ayuda al seguimiento de pacientes crónicos

ACLARACIONES (ASPECTOS ESPECÍFICOS DE LA LÍNEA DE ACTUACIÓN A TENER EN CUENTA)

Esta línea de ejecución debe coordinarse estrechamente con las líneas que desarrollan las rutas y procesos asistenciales integrados y la oferta de servicios específica para los distintos niveles de riesgo.

RECOMENDACIONES DEL SNS RELACIONADAS CON LA LÍNEA DE EJECUCIÓN

- *Disponer de herramientas orientadas a prevenir acontecimientos adversos relacionados con el empleo de medicamentos mediante alertas electrónicas integradas en los sistemas de información para apoyo a la prescripción, incorporando sugerencias de alternativas terapéuticas.*
- *Favorecer la implantación de sistemas organizativos de atención que permitan consultas y revisiones no presenciales por parte de los pacientes y de las personas cuidadoras mediante el uso de las tecnologías de la información y la comunicación.*
- *Facilitar el acceso de los profesionales de la salud y de servicios sociales a los contenidos del historial clínico y social de las personas internadas en instituciones sanitarias y sociales cuyo conocimiento sea necesario para su correcta atención garantizando en todo caso el derecho a la protección de datos de carácter personal.*
- *Favorecer la Investigación, Desarrollo e Innovación (I+D+i) sobre aplicaciones de las TIC para dar soporte a la continuidad en la atención a las personas con condiciones de salud crónicas evitando barreras de tiempo y localización*
- *Fomentar la innovación en aplicación de las TICs para la prevención de la condición crónica y la dependencia.*
- *Favorecer el desarrollo de sistemas de apoyo a la decisión y la elaboración de planes de atención individualizada para los profesionales.*
- *Garantizar la toma de decisiones de los profesionales sobre terapéutica farmacológica basada en la evidencia científica y en la individualización de los tratamientos de acuerdo con las características de cada paciente.*
- *Implantar la Historia Clínica Electrónica compartida.*
- *Incorporar los avances en instrumentación biomédica y sensores personales que posibilitan los sistemas de (tele) salud personal y autocuidados en entornos de vida cotidiana.*

LÍNEA DE EJECUCIÓN 6

Desarrollo de elementos para mejorar la información, comunicación y educación de los pacientes y sus cuidadores, dirigido a mejorar su autocuidado

ELEMENTOS DEL MODELO A DESARROLLAR

- Elementos principales:
  - Paciente activo.
  - Recursos online específicos para pacientes crónicos.
  - Educación estructurada del paciente adaptada a sus necesidades.

- Elementos relacionados (se desarrollan en otra línea de ejecución):
  - Encuestas sobre necesidades y expectativas de pacientes y cuidadores.
  - Enfermera educadora / entrenadora en autocuidados.

NIVEL DE RIESGO AL QUE APLICA

- Nivel de riesgo bajo.
- Nivel de riesgo medio.
- Nivel de riesgo alto.

RESPONSABLE DE LA LÍNEA DE ACTUACIÓN

- DG de Atención al Paciente.

PARTICIPANTES EN LA LÍNEA DE ACTUACIÓN

- DG de Atención Primaria. Gerencia Adjunta de Planificación y Calidad. Dirección Técnica de Sistemas de Información Sanitaria. Dirección Técnica de Procesos y Calidad.
- DG de Atención Primaria. Subdirección de promoción de la salud y prevención.
- DG de Sistemas de Información Sanitaria.

CRONOGRAMA

- La duración planteada para esta línea es de 4 años.

LÍNEA DE EJECUCIÓN 6

Desarrollo de elementos para mejorar la información, comunicación y educación de los pacientes y sus cuidadores, dirigido a mejorar su autocuidado

ENTREGABLE FINAL

- Documento marco que refleje las actuaciones a desarrollar o desarrolladas.
- Contenidos educativos para las patologías priorizadas.
- Herramientas informáticas.
- Web de pacientes

GLOSARIO (DEFINICIÓN DE LOS ELEMENTOS DEL MODELO A DESARROLLAR)

- **Paciente activo:** es un paciente que se preocupa por su salud y se hace responsable de obtener la mejor asistencia sanitaria posible y de controlar la evolución de su enfermedad. A veces, este rol lo asume un familiar directo del paciente. El concepto de paciente activo está vinculado al de empoderamiento o empowerment de los pacientes. Este último término define a los pacientes que tienen el conocimiento y las habilidades necesarias para hacerse responsables de su salud, establecer un modelo deliberativo de relación con los profesionales que les atienden y definir objetivos terapéuticos y adoptarlos de forma compartida con sus médicos.
- **Educación estructurada:** se trata de ofertar una educación, tanto de forma individual como grupal, que avance en la consecución de resultados encaminados a capacitar a los pacientes para que alcancen el mayor grado posible de autonomía y capacidad de autocuidado, empleando para ello contenidos planificados y estructurados.
- **Recursos online específicos:** herramientas basadas en las tecnologías de la información y la comunicación dirigidas a facilitar y potenciar la figura del paciente activo. Hacen referencia tanto a los elementos telemáticos multicanal (páginas web, blogs con contenidos de información sanitaria, redes sociales, comunidades virtuales de pacientes, foros de discusión, etc.) como a los contenidos y la información presentes en ellos (hojas de consejos, información sobre su enfermedad, recursos disponibles, etc.).

INDICADORES

- Existencia de documento marco que refleje objetivos, actuaciones a desarrollar o desarrolladas y cronograma de seguimiento.
- Nº de contenidos educativos elaborados en las patologías priorizadas en la estrategia, global y para cada una de ellas.
- Existencia de herramientas informáticas de apoyo a los pacientes, implantadas (web de pacientes, carpetas del ciudadano...).

LÍNEA DE EJECUCIÓN 6

Desarrollo de elementos para mejorar la información, comunicación y educación de los pacientes y sus cuidadores, dirigido a mejorar su autocuidado

ACLARACIONES (ASPECTOS ESPECÍFICOS DE LA LÍNEA DE ACTUACIÓN A TENER EN CUENTA)

Hay que distinguir la figura descrita del paciente activo de la del paciente experto que hace referencia a pacientes con un grado avanzado de conocimiento en el autocuidado de su patología y que, por ello, pueden actuar como formadores de otros pacientes con patologías similares.
Aunque el paciente experto no es uno de los elementos a desarrollar debe tenerse en cuenta como un posible actor en esta línea de ejecución.

RECOMENDACIONES DEL SNS RELACIONADAS CON LA LÍNEA DE EJECUCIÓN

- *Implantar planes individualizados de atención, contando con la participación de los pacientes y personas cuidadoras en su elaboración, adaptados a sus necesidades, valores, deseos y preferencias, procurando el seguimiento y evaluación de los mismos y la asignación de los recursos sanitarios y/o sociales que mejor se adecuen a las necesidades del paciente y de las personas cuidadoras.*
- *Establecer programas que fomenten el mantenimiento de la capacidad funcional de las personas apoyados por profesionales que actúen como educadores/entrenadores en estrategias de autocuidado.*
- *Potenciar la práctica sistematizada y evaluada de los programas de autocuidado, la intervención psicológica, las medidas fisioterápicas y otras medidas no farmacológicas como favorecedoras de la reducción de la medicalización de los procesos crónicos.*
- *Promover la información y participación de los pacientes y personas cuidadoras para prevenir posibles efectos adversos relacionados con la medicación y las consecuencias negativas derivadas de la falta de isoapariencia de los envases de un mismo principio activo.*
- *Promover e impulsar programas de asesoramiento y apoyo para las personas cuidadoras de pacientes con condiciones de salud y limitaciones en la actividad de carácter crónico, en especial las asociadas a discapacidad y dependencia, con el fin de que sean también agentes de tareas preventivas, asistenciales y recuperadoras*
- *Realizar actuaciones específicas dirigidas a las personas cuidadoras encaminadas a la prevención del impacto negativo sobre la salud física y mental y sobre el bienestar que pueda conllevar el cuidado de personas en situación de dependencia.*
- *Incorporar soluciones de desarrollo de tecnología Web, cuyos contenidos estén avalados por la comunidad científica y/o autoridades sanitarias, para favorecer la información a pacientes, su participación y colaboración en la toma de decisiones.*
- *Garantizar a la población información de calidad, veraz y no sesgada, sobre la salud en general y, en particular, sobre los aspectos relacionados con la promoción de la salud, la prevención y tratamiento de las condiciones de salud de carácter crónico, fomentando la cultura de desmedicalización de la salud y los cuidados.*
- *Extender las actuaciones de uso racional del medicamento a pacientes y personas cuidadoras y desarrollar estrategias que potencien la toma de decisiones compartida y la autogestión de la medicación.*
- *Impulsar las intervenciones de educación para la salud que han demostrado su efectividad y en las que participan de forma activa las propias personas afectadas por problemas de salud de larga duración y las personas cuidadoras, con especial atención al autocuidado.*
- *Facilitar mecanismos para el ejercicio del derecho de los pacientes a recibir información suficiente, comprensible y adaptada a sus necesidades, de acuerdo a modelos y principios de alfabetización sanitaria, así como promover su participación activa en los procesos de toma de decisiones sobre cualquier acto relativo a su salud.*
- *Potenciar la creación y el impulso de iniciativas y experiencias de escuelas de pacientes, programas de paciente activo y programas de paciente experto, escuelas de cuidadores, redes de cuidadores profesionales y no profesionales y otras fórmulas de apoyo al autocuidado.*

LÍNEA DE EJECUCIÓN 7

Desarrollo de elementos para potenciar la coordinación sociosanitaria

ELEMENTOS DEL MODELO A DESARROLLAR

- Elementos principales:
  - Registro de casos sociosanitarios.
  - Desarrollo del papel de Atención Primaria en las residencias, asegurando niveles de calidad asistenciales adecuados.
  - Valoración integral de cada caso.
  - Acceso adecuado a la media estancia hospitalaria, potenciando el papel de la misma.

- Elementos relacionados (se desarrollan en otra línea de ejecución):
  - Centro de salud gestor del paciente y coordinador de recursos sociosanitarios.
  - Enfermera gestora de casos.
  - Enfermera de enlace.
  - Historia clínica electrónica compartida y accesible.

NIVEL DE RIESGO AL QUE APLICA

- Nivel de riesgo alto.

RESPONSABLE DE LA LÍNEA DE ACTUACIÓN

- DG de Atención al Paciente.

PARTICIPANTES EN LA LÍNEA DE ACTUACIÓN

- Gerencia de Atención Primaria. Gerencia Adjunta de Planificación y Calidad.
- Gerencia de Atención Primaria. Gerencia Adjunta de Asistencia Sanitaria.
- DG de Hospitales. Subdirección de Organización y Procesos en Hospitales.
- Directores de Continuidad Asistencial.
- Consejería de Asuntos Sociales.

CRONOGRAMA

- La duración prevista para esta línea de ejecución es de 36 meses.

LÍNEA DE EJECUCIÓN 7

Desarrollo de elementos para potenciar la coordinación sociosanitaria

ENTREGABLE FINAL

- Diseño, implantación y evaluación de los criterios para la valoración sociosanitaria del paciente crónico de riesgo alto, incluyendo los criterios de clasificación de su grado de fragilidad.
- Identificación, evaluación y seguimiento de los servicios asistenciales que deben prestarse a los pacientes crónicos institucionalizados en residencias, que aseguren niveles de calidad asistenciales adecuados a su nivel de riesgo.
- Documento organizativo con los criterios clínicos y los flujos de trabajo que faciliten el acceso de Atención Primaria a la hospitalización de media estancia, su despliegue y evaluación.
- Herramienta para el registro de casos sociosanitarios.

GLOSARIO (DEFINICIÓN DE LOS ELEMENTOS DEL MODELO A DESARROLLAR)

- **Registro de casos sociosanitarios:** herramienta concebida como base de datos y sistema de gestión para pacientes de alto riesgo con condicionantes sociosanitarios.
- **Valoración integral de cada caso:** valoración del paciente desde una perspectiva que engloba los aspectos sanitarios y los condicionantes sociales que los modifican para identificar el grado de fragilidad y orientarle hacia el recurso más adecuado.
- **Acceso adecuado a la media estancia hospitalaria:** hace referencia a la capacidad de Atención Primaria de derivar pacientes para su ingreso directo en hospitales de media estancia, conforme a unos criterios de definidos.
- **Desarrollo del papel de Atención Primaria en las residencias:** conjunto de actuaciones para asegurar que los pacientes institucionalizados reciban la oferta de servicios con el nivel de calidad adecuado.

INDICADORES

- Existencia de un documento de validación sociosanitaria del paciente crónico, con criterios para la clasificación, despliegue y evaluación.
- Existencia de un documento organizativo con los criterios clínicos y los flujos de trabajo que faciliten el acceso de Atención Primaria a la hospitalización de media estancia, su despliegue y evaluación.
- Existencia de herramienta para el registro de casos sociosanitarios implantada.
- Porcentaje de pacientes de alto riesgo en el registro sociosanitario.
- Porcentaje de pacientes institucionalizados en cuya historia clínica consta registro de criterios de buena atención de la Cartera de Servicios Estandarizados.

LÍNEA DE EJECUCIÓN 7

Desarrollo de elementos para potenciar la coordinación sociosanitaria

ACLARACIONES (ASPECTOS ESPECÍFICOS DE LA LÍNEA DE ACTUACIÓN A TENER EN CUENTA)

Línea de ejecución relacionada con la oferta de servicios adecuada a las necesidades de los pacientes según su nivel de riesgo, asegurando los niveles de calidad asistencial adecuados.

Esta línea de ejecución aborda la coordinación con la Consejería de Asuntos Sociales para gestionar:

- La atención del paciente con problemas de salud mental que requiera pasar de la media estancia hospitalaria (recurso sanitario) a la alta estancia hospitalaria (recurso social).
- La atención del paciente con declaración de dependencia.

RECOMENDACIONES DEL SNS RELACIONADAS CON LA LÍNEA DE EJECUCIÓN

- *Promover la implicación activa de las alternativas a la hospitalización convencional (unidades de diagnóstico, hospitalización a domicilio, hospital de día, hospitalización de corta estancia, hospitales de subagudos, atención en residencias de personas mayores y otros recursos sociosanitarios), allá donde ya existan o donde se desarrollen ex novo, en la asistencia integral a la cronicidad.*
- *Potenciar los mecanismos de coordinación entre los profesionales del sistema sanitario y los profesionales de los servicios sociales, en el caso de personas dependientes, para el seguimiento y evaluación de los planes de intervención resultantes de la valoración integral de sus necesidades y de las necesidades de las personas cuidadoras y la emisión de los pertinentes informes de situación*
- *Establecer medidas que garanticen que los profesionales de Trabajo Social Sanitario pueden desarrollar sus funciones de prevención y promoción de la salud, valoración de las necesidades sociales de pacientes y personas cuidadoras, planificación de la intervención social y optimización de recursos, en los niveles individual, familiar, grupal y comunitario*
- *Fomentar, en Atención Primaria, en residencias de personas mayores y en el ámbito de servicios sociales, la práctica del trabajo social individualizado por casos (especialmente en el ámbito familiar) y de grupos (en el ámbito de los servicios sociales comunitarios), con el fin de promover programas de prevención primaria, secundaria y terciaria.*
- *Incorporar de forma sistemática la intervención familiar, las intervenciones sociales y del entorno en el proceso de atención a las personas con condiciones de salud y limitaciones en la actividad de carácter crónico.*
- *Garantizar la valoración integral (biomédica, psicológica, funcional y social) y multidisciplinar de las necesidades de los pacientes, con especial énfasis en la valoración de la red de apoyo sociofamiliar.*
- *Establecer mecanismos de colaboración entre el sector sanitario y otros sectores y organizaciones sociales con el fin de promover entornos y recursos comunitarios que faciliten la adopción de estilos de vida saludables, prestando especial atención a las poblaciones más vulnerables y desfavorecidas.*
- *Facilitar el desarrollo de las funciones de los trabajadores sociales sanitarios en lo referente a la detección e intervención sobre los factores de riesgo social que influyen negativamente en el estado de salud de los pacientes con enfermedades crónicas.*
- *Establecer cauces formales de participación que garanticen el trabajo compartido por el sistema sanitario y social con asociaciones de cuidadores y pacientes afectados por problemas de salud crónicos.*

LÍNEA DE EJECUCIÓN 8

Formación continuada de los profesionales sanitarios en cronicidad

ELEMENTOS DEL MODELO A DESARROLLAR

- Elementos principales:
  - Formación continuada en cronicidad y en las líneas/itinerarios necesarios para el desarrollo del modelo.
- Elementos relacionados (se desarrollan en otra línea de ejecución):
  - Enfermera educadora / entrenadora en autocuidados.

NIVEL DE RIESGO AL QUE APLICA

- Nivel de riesgo bajo.
- Nivel de riesgo medio.
- Nivel de riesgo alto.

RESPONSABLE DE LA LÍNEA DE ACTUACIÓN

- DG de Investigación, Formación e Infraestructuras Sanitarias.

PARTICIPANTES EN LA LÍNEA DE ACTUACIÓN

- DG de Atención Primaria. Gerencia Adjunta de Planificación y Calidad. Dirección Técnica de Docencia e Investigación.
- DG de Atención al Paciente. Subdirección de Calidad.
- DG de Sistemas de Información Sanitaria.
- DG de Hospitales. Gerencias de hospitales y profesionales asistenciales relacionados (médicos de familia, geriatras, internistas, cardiólogos, neumólogos, etc.).

CRONOGRAMA

- El cronograma previsto para esta línea de ejecución es de 4 años.

ENTREGABLE FINAL

Desarrollo de un plan de formación continuada para el abordaje de la atención a la cronicidad dirigido a los profesionales de la Comunidad de Madrid con el fin capacitar al profesional en el desempeño de nuevos roles que permitan mejorar la calidad de la atención a los pacientes con condiciones de salud crónicas, hacer un uso más eficiente de los recursos y contar con profesionales cualificados con capacitación para participar en el mercado laboral. Esta línea de ejecución se podría estructurar de acuerdo a 8 itinerarios formativos que se corresponden con las recomendaciones de la estrategia de crónicos autonómica y del Sistema Nacional de Salud:

- **Itinerario 1.** Aspectos psicosociales de las enfermedades crónicas:
  - Familia y cuidadores. Asesoramiento y acompañamiento en procesos crónicos. Participación Comunitaria.
  - Abordaje del autocuidado en el paciente crónico. Educación para la salud: Del modelo clásico al empowerment
  - Desigualdades sociales y desigualdades de género en la atención a la cronicidad.

LÍNEA DE EJECUCIÓN 8

Formación continuada de los profesionales sanitarios en cronicidad

ENTREGABLE FINAL

- **Itinerario 2.** Envejecimiento y dependencia:
  - Salud y Bienestar. Envejecimiento saludable.
  - Demencias. Fragilidad y síndromes geriátricos.
- **Itinerario 3.** Gestión, tratamiento y seguimiento de las enfermedades crónicas priorizadas.
- **Itinerario 4**. Atención al paciente crónico complejo:
  - Evidencias en la atención al paciente complejo.
  - Procesos de adaptación a la enfermedad crónica.
  - Estratificación del riesgo.
  - Interrelación Atención Primaria - Hospital.
- **Itinerario 5.** Atención al paciente crónico avanzado (PCA) / paciente paliativo:
  - Abordaje integral del paciente crónico avanzado con síntomas sin controlar
  - Técnicas y habilidades clínicas en el paciente crónico avanzado. Abordaje del dolor.
  - Fundamentos de la atención al paciente sintomático. Atención al cuidador.
  - Técnicas de afrontamiento. Atención al duelo
- **Itinerario 6.** Alfabetización digital: TICs aplicadas en procesos crónicos:
  - Papel de las TIC en la Atención Comunitaria
  - E-Salud: Documentación clínica, imagen médica digitalizada y prescripción electrónica
  - I-Salud: Integración de la información de salud. Atención personalizada. Teleasistencia. Telemedicina.
  - WEB 2.0. Redes sociales, interacción paciente / profesional
- **Itinerario 7.** Investigación en el abordaje de la cronicidad:
  - Metodología de la investigación. Innovación e investigación en TIC
  - Diseño de un proyecto de investigación. Elaboración de un proyecto para presentar en una convocatoria autonómica, nacional y europea.
  - Difusión de resultados. Elaborar un artículo científico.
- **Itinerario 8.** Formación en procesos.

GLOSARIO (DEFINICIÓN DE LOS ELEMENTOS DEL MODELO A DESARROLLAR)

- **Formación continuada en cronicidad y en las líneas/itinerarios necesarios para el desarrollo del modelo.** Comprende la formación de los profesionales sanitarios enfocada a los siguientes aspectos:
  - La formación continuada de los profesionales como herramienta para facilitar la capacitación y el desempeño de nuevos roles, como p. ej. el rol de enfermería como educadora del paciente activo.
  - Conocer los recursos que la Estrategia pone a disposición de los profesionales para la mejor gestión del paciente.
  - La formación continuada para mejorar y garantizar la calidad de la atención y disminuir las desigualdades sociales en la atención, con especial énfasis en las desigualdades de género.
  - Mejorar las habilidades y competencias en TIC de los profesionales sanitarios.

LÍNEA DE EJECUCIÓN 8

Formación continuada de los profesionales sanitarios en cronicidad

INDICADORES

- Existencia del plan de formación continuada para el abordaje de la atención a la cronicidad.
- Nº de profesionales formados en alguno de los itinerarios formativos contemplados en la estrategia de atención a pacientes con enfermedades crónicas.
- Porcentaje de profesionales formados en alguno de los itinerarios formativos contemplados en la estrategia de atención a pacientes con enfermedades crónicas.

RECOMENDACIONES DEL SNS RELACIONADAS CON LA LÍNEA DE EJECUCIÓN

- *Facilitar la transformación en la visión organizativa interna de los equipos asistenciales de todos los niveles, facilitando su orientación hacia un abordaje integral e integrado de la cronicidad.*
- *Incorporar una estrategia evaluativa desde una triple visión: a) resultados en salud, b) utilización de servicios y c) alfabetización sanitaria, satisfacción y calidad de vida de pacientes y personas cuidadoras.*
- *Promover, cuando esté indicado, el diagnóstico y tratamiento tempranos basados en la mejor evidencia científica disponible.*
- *Promover y desarrollar el conocimiento y la cultura de seguridad del paciente entre los profesionales en cualquier nivel de atención sanitaria y entre la población.*
- *Definir las competencias necesarias de los profesionales sanitarios y fomentar las actividades formativas iniciales y de formación continuada en la atención a pacientes con enfermedades crónicas, especialmente en la atención de los pacientes en situación de especial complejidad que puedan requerir competencias avanzadas de los profesionales.*

LÍNEA DE EJECUCIÓN 9

Evaluación de la Estrategia y su impacto

ELEMENTOS DEL MODELO A DESARROLLAR

- Elementos principales:
  - Evaluación del impacto en salud de la Estrategia de atención a pacientes con enfermedades crónicas en la Comunidad de Madrid.
  - Encuestas sobre necesidades y expectativas de pacientes y cuidadores.

NIVEL DE RIESGO AL QUE APLICA

- Nivel de riesgo bajo.
- Nivel de riesgo medio.
- Nivel de riesgo alto.

RESPONSABLE DE LA LÍNEA DE ACTUACIÓN

- Responsable de la Estrategia de Crónicos de la Comunidad de Madrid

PARTICIPANTES EN LA LÍNEA DE ACTUACIÓN

Grupo Técnico de Seguimiento de la Estrategia:

- Gerencia de Atención Primaria. Gerencia Adjunta de Planificación y Calidad. Unidad de apoyo a la investigación.
- DG de Atención Primaria. Subdirección de Promoción de la Salud y Prevención.
- DG de Atención al Paciente. Subdirección de Calidad.
- DG de Sistemas de Información Sanitaria. Subdirección de Servicios de Sistemas de Información.
- DG de Hospitales. Subdirección de Gestión y Seguimiento de Objetivos de Hospitales.

CRONOGRAMA

- El cronograma propuesto para esta línea de ejecución es de 4 años.

LÍNEA DE EJECUCIÓN 9

Evaluación de la Estrategia y su impacto

ENTREGABLE FINAL

El entregable final debe permitir monitorizar el despliegue de la estrategia (haciendo seguimiento de los indicadores establecidos en cada línea), y evaluar la efectividad de la implementación y su impacto en salud medidos desde una triple visión:

- **Resultados en salud**
  - Medidas de seguimiento: monitorización de la Estrategia. Evaluación cualitativa y cuantitativa.
  - Resultados intermedios y finales: elaboración de un conjunto mínimo de indicadores de evaluación que permitan realizar un seguimiento de la atención de los pacientes con enfermedades crónicas utilizando como fuente de información la historia clínica informatizada que permite obtener un gran conocimiento sobre los pacientes crónicos aportando información, de forma automatizada, de todos los centros de salud. Mortalidad y Morbilidad.
  - Fuente: historia clínica, INE, CMBD, encuesta de salud de la Comunidad de Madrid.
- **Utilización de servicios**
  - Para su cálculo se compararán los resultados del estudio poblacional con CRG (Clinical Risk Groups) de la Comunidad de Madrid en 2009 con los obtenidos en un nuevo estudio a desarrollar en el período 2014-2020 tras la implementación del modelo
  - El estudio con CRG nos proporciona información sobre el consumo de recursos medido en volumen de actividad y coste. Cada CRG presenta un peso como expresión del consumo de recursos esperado del paciente en el siguiente período de análisis. Incluye la atención especializada (hospitalaria y ambulatoria), la Atención Primaria y la farmacia correspondiente a un paciente durante un período de tiempo (1 año).
  - Hospitalizaciones evitables global y por determinadas patologías.
- **Satisfacción y calidad de vida de pacientes y personas cuidadoras**
  - La **calidad de vida** de pacientes y personas cuidadoras se evaluará con diferentes diseños y medidas de Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS).La importancia de la evaluación de la CVRS radica en la necesidad de obtener, mediante otro tipo de resultados que no sean los resultados clínicos tradicionales, el impacto de la patología en la vida diaria del paciente. La evaluación de la CVRS también es importante para analizar las posibles diferencias entre tratamientos. La perspectiva del paciente como un enfoque válido en la evaluación de los resultados de una determinada intervención, ha impulsado definitivamente que el conocimiento de la CVRS de los pacientes sea cada vez más importante en la evaluación de la efectividad de las intervenciones.
  - Para evaluar la **satisfacción** global se utilizarán las encuestas de la Comunidad de Madrid, y encuestas específicas para determinadas etapas del itinerario del paciente.
  - **Investigación del impacto de la Estrategia.**

GLOSARIO (DEFINICIÓN DE LOS ELEMENTOS DEL MODELO A DESARROLLAR)

- **Evaluación del impacto en salud:** hace referencia a las medidas de seguimiento cualitativas y cuantitativas, que permitan monitorizar la evolución de la Estrategia, ofreciendo resultados intermedios y finales a través de un conjunto de indicadores de evaluación.

LÍNEA DE EJECUCIÓN 9

Evaluación de la Estrategia y su impacto

INDICADORES

- Existencia de indicadores para la evaluación.
- Existencia de un informe de evaluación anual para el seguimiento de indicadores.
- Existencia de un informe semestral de evaluación de líneas.
- Existencia de un informe anual de seguimiento de la Estrategia.

ACLARACIONES (ASPECTOS ESPECÍFICOS DE LA LÍNEA DE ACTUACIÓN A TENER EN CUENTA)

La innovación sanitaria comprende no sólo la innovación tecnológica sino también la innovación organizacional y la innovación en los servicios, y debe entenderse como un proceso de mejora continua de la capacidad de respuesta a las necesidades de la población y de los profesionales.

RECOMENDACIONES DEL SNS RELACIONADAS CON LA LÍNEA DE EJECUCIÓN

- *Impulsar la capacidad creativa y el liderazgo de los profesionales permitiendo el desarrollo de proyectos innovadores que respondan a iniciativas de los propios profesionales.*
- *Facilitar la investigación en determinantes sociales y desigualdades en salud, con especial énfasis en las desigualdades de género, que estén relacionados con la presencia de la cronicidad en los diferentes grupos de población.*
- *Estimular la investigación sobre políticas sanitarias y no sanitarias que contribuyan a promover la creación de entornos vitales saludables y que faciliten la mejora de la calidad de vida de las personas que ya presentan condiciones de salud y limitaciones de la actividad de carácter crónico.*
- *Promover la investigación de los factores culturales y procesos psicológicos que intervienen en la prevención, adaptación y evolución de las enfermedades crónicas y en los procedimientos efectivos para su abordaje.*
- *Fomentar la investigación en servicios de salud para la identificación de los mejores modelos organizativos en la atención a la cronicidad*
- *Potenciar la investigación sobre calidad y seguridad de la atención sanitaria a pacientes con problemas de salud crónicos.*
- *Impulsar la investigación del impacto en salud y la utilización de recursos de los nuevos modelos organizativos orientados a la atención a la cronicidad, así como de la introducción de nuevas TIC en dichos modelos.*
- *Favorecer la investigación sobre el impacto que tiene en el autocuidado y en la salud de las personas cuidadoras, la atención que éstas proporcionan a los pacientes con problemas de salud crónicos.*
- *Fomentar la evaluación económica (coste-efectividad, coste-utilidad, coste-beneficio) de las acciones emprendidas en el contexto del Abordaje de la Cronicidad en el SNS.*
- *Sistematizar los modelos de evaluación y potenciar el desarrollo de cuadros de mando accesibles a todos los profesionales para favorecer la gestión y mejora de los resultados de sus intervenciones.*
- *Establecer objetivos e indicadores comunes y compartidos por los distintos ámbitos asistenciales, relacionados con la gestión y mejora del proceso de atención.*
- *Desarrollar, con una perspectiva estatal, un conjunto mínimo común de indicadores de evaluación que permitan realizar un seguimiento de la atención de los pacientes con enfermedades crónicas, consensuados con los profesionales.*
- *Analizar y monitorizar la magnitud y las tendencias de las desigualdades en salud y de sus determinantes sociales, mediante la adecuación de los sistemas de información disponibles y desagregando por áreas geográficas con el fin de poder planificar intervenciones para su reducción.*

8. DESPLIEGUE ESTRATÉGICO

8.2. CRONOGRAMA

El cronograma propuesto abarca desde el último trimestre de 2013 hasta finales del año 2017.

	Línea de ejecución	2013	2014				2015				2016				2017			
		T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4
1	Estratificación de la población y clasificación según su nivel de riesgo. Desarrollo de modelos predictivos.																	
2	Desarrollo de roles profesionales.																	
3	Ofertas de servicios específica, en atención primaria, para los distintos niveles de riesgo.																	
4	Desarrollo de rutas y procesos asistenciales.																	
5	Desarrollo de herramientas informáticas de apoyo a pacientes y profesionales. Sistemas de ayuda al seguimiento de pacientes crónicos.																	
6	Desarrollo de elementos para mejorar la información, comunicación y educación de los pacientes y sus cuidadores, dirigido a mejorar su autocuidado.																	
7	Desarrollo de elementos para potenciar la coordinación sociosanitaria.																	
8	Formación continuada de los profesionales sanitarios en cronicidad.																	
9	Evaluación de la estratégia y su impacto.																	

9. PARTICIPANTES

COORDINADORA DE LA ESTRATEGIA

- **Ana Miquel Gómez.** Gerente Adjunta de Planificación y Calidad de la Gerencia de Atención Primaria. Servicio Madrileño de Salud.

GRUPO DIRECTOR

- **Patricia Flores Cerdán.** Viceconsejera de Asistencia Sanitaria. Servicio Madrileño de Salud.
- **Antonio Alemany López.** Director General de Atención Primaria. Gerente de Atención Primaria. Servicio Madrileño de Salud.
- **Antonio Burgueño Carbonell.** Director General de Hospitales. Servicio Madrileño de Salud.
- **Ana Miquel Gómez.** Gerente Adjunta de Planificación y Calidad de la Gerencia de Atención Primaria. Servicio Madrileño de Salud.
- **Carmen García Cubero.** Gabinete de la Viceconsejería de Asistencia Sanitaria. Servicio Madrileño de Salud.
- **Carmen Ferrer Arnedo.** Gerente del Hospital de Guadarrama. Dirección General de Hospitales. Servicio Madrileño de Salud.
- **Concepción Hernández Ahijado.** Gabinete de la Viceconsejería de Asistencia Sanitaria. Servicio Madrileño de Salud.
- **Elena Juárez Peláez.** Directora General de Atención al Paciente. Servicio Madrileño de Salud.
- **Juan Carlos Ansede Cascudo.** Subdirección de Gestión y Seguimiento de Objetivos en Hospitales. Dirección General de Hospitales. Servicio Madrileño de Salud.
- **Marta Sánchez-Celaya del Pozo.** Coordinadora de las Direcciones de Continuidad Asistencial. Servicio Madrileño de Salud.
- **Zaida Sampedro Préstamo.** Directora General de Sistemas de Información Sanitaria. Servicio Madrileño de Salud

PARTICIPANTES EN EL ANÁLISIS DE SITUACIÓN. DIRECTORES DE CONTINUIDAD ASISTENCIAL

- **Alberto Sebastián Palomino.** Director de Continuidad Asistencial Hospital Universitario de La Princesa.
- **Alejandro Gracia Cenamor.** Director de Continuidad Asistencial Hospital de la Cruz Roja San José y Santa Adela.
- **Carlos Mingo Rodríguez.** Director de Continuidad Asistencial Hospital Universitario Infanta Cristina.
- **Carmen Plaza Nohales.** Directora de Continuidad Asistencial Hospital Rey Juan Carlos.
- **Carmen Refolio Abella.** Directora de Continuidad Asistencial Hospital Universitario Infanta Leonor.
- **Carmen Yolanda Fuentes Rodríguez.** Directora de Continuidad Asistencial Hospital Carlos III.
- **Enrique Criado Vega.** Director de Continuidad Asistencial Hospital El Escorial.
- **Enrique Granado Lorencio.** Director de Continuidad Asistencial Hospital General Universitario Gregorio Marañón.
- **Gabriela García Álvarez.** Directora de Continuidad Asistencial Hospital Universitario 12 de Octubre.
- **Javier Dodero de Solano.** Director de Continuidad Asistencial Hospital Fundación Jiménez Díaz.
- **Javier Guerra Aguirre.** Director de Continuidad Asistencial Hospital Clínico San Carlos.
- **Jesús Álvarez Sánchez.** Director de Continuidad Asistencial Hospital del Tajo.
- **Jesús de Castro Sánchez.** Director de Continuidad Asistencial Hospital Universitario de Torrejón.
- **Jorge Casas Requejo.** Director de Continuidad Asistencial Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda.
- **Juan José Muñoz González.** Director de Continuidad Asistencial Hospital Universitario Santa Cristina.
- **Julio Espinosa Urbina.** Director de Continuidad Asistencial Hospital Gómez Ulla.
- **Julio García Pondal.** Director de Continuidad Asistencial Hospital Universitario de Getafe.
- **Luís Martínez Hervás.** Director de Continuidad Asistencial Hospital Infantil Universitario Niño Jesús.
- **Mª Dolores Moreno Raymundo.** Directora de Continuidad Asistencial Hospital Universitario del Sureste.
- **Mª Luisa Palacios Romero.** Directora de Continuidad Asistencial Hospital Universitario Ramón y Cajal.
- **Mª Teresa Alonso Salazar.** Directora de Continuidad Asistencial Hospital Universitario Fundación Alcorcón.
- **Mª Teresa Requena Burgos.** Directora de Continuidad Asistencial. Directora Médico Hospital Universitario Severo Ochoa.
- **Marta Sánchez-Celaya del Pozo.** Directora de Continuidad Asistencial Hospital Universitario Infanta Sofía. Coordinadora de las Direcciones de Continuidad Asistencial.
- **Miguel Amengual Pliego.** Director de Continuidad Asistencial Hospital Universitario La Paz.
- **Paloma Casado Durández.** Directora de Continuidad Asistencial Hospital Universitario del Henares.
- **Óscar Gómez Martín.** Director de Continuidad Asistencial Hospital Universitario Infanta Elena.
- **Raquel Martínez Martínez.** Directora de Continuidad Asistencial Hospital Universitario Príncipe de Asturias.
- **Roberto García de Villaescusa Collazo.** Director de Continuidad Asistencial Hospital Universitario de Fuenlabrada.
- **Tomás Lillo Pérez.** Director de Continuidad Asistencial Hospital Universitario de Móstoles.

PARTICIPANTES ANÁLISIS DE SITUACIÓN. INFORMADORES CLAVE

- **Ana Miquel Gómez.** Gerente Adjunta de Planificación y Calidad. Gerencia de Atención Primaria.
- **Carmen Ferrer Arnedo.** Gerente del Hospital de Guadarrama. Dirección General de Hospitales.
- **Encarna Cruz Martos.** Subdirectora de Compras de Farmacia y Productos Sanitarios. Dirección General de Gestión Económica y Compras de Productos Sanitarios y Farmacéuticos.
- **Elena Juárez Peláez.** Directora General de Atención al Paciente.
- **Juan Antonio Ruiz Morales.** Subdirector de Servicios de Sistemas de Información. Dirección General de Sistemas de Información Sanitaria.
- **Marta Sánchez-Celaya del Pozo.** Coordinadora de las Direcciones de Continuidad Asistencial. Dirección General de Hospitales.
- **Rosa Mª de Andrés de Colsa.** Subdirectora de Gestión y Seguimiento de Objetivos en Hospitales. Dirección General de Hospitales.
- **Santiago Sevilla Alonso.** Subdirector de Promoción de la Salud y Prevención. Dirección General de Atención Primaria.

GRUPO DISCUSIÓN DE PACIENTES. UNIDAD DE EVALUACIÓN DE TECNOLOGÍAS SANITARIAS

- **Elena Juárez Peláez.** Directora General de Atención al Paciente.
- **Ángel Abad Revilla.** Jefe de Área de Información al Paciente. Subdirección de Información y Atención al Paciente. Dirección General de Atención al Paciente.
- **Ana Chacón García.** Subdirectora de Información y Atención al Paciente. Dirección General de Atención al Paciente.
- **Alberto Pardo Hernández.** Subdirector de Calidad. Subdirección de Calidad. Dirección General de Atención al Paciente.

- **Fátima Izquierdo Botica.** Unidad de Evaluación de Tecnologías Sanitarias. Agencia Laín Entralgo.
- **Juan Antonio Blasco Amaro.** Unidad de Evaluación de Tecnologías Sanitarias. Agencia Laín Entralgo.
- **Milagros Lobete Cardeñoso.** Técnico de la Subdirección de Calidad. Dirección General de Atención al Paciente.
- **Petra Díaz del Campo Fontecha.** Unidad de Evaluación de Tecnologías Sanitarias. Agencia Laín Entralgo.

PARTICIPANTES ANÁLISIS DE SITUACIÓN PROFESIONALES. AUTOEVALUACIÓN IEMAC

- **Adela Fernández Delgado.** Enfermera. Técnico de apoyo. Subdirección de Promoción de la Salud y Prevención. Dirección General de Atención Primaria.
- **Agustín Pastor Fuentes.** Médico especialista en cardiología. Hospital Universitario de Getafe. Sociedad Española de Cardiología (SEC).
- **Alberto Pardo Hernández.** Médico especialista en cirugía general. Subdirector de Calidad. Subdirección de Calidad. Dirección General de Atención al Paciente.
- **Alejandro Abón Santos.** Médico especialista en medicina familiar y comunitaria. Director Asistencial Médico. Dirección Asistencial Oeste. Gerencia Adjunta de Asistencia Sanitaria.
- **Alejandro Gracia Cenamor.** Médico especialista en medicina familiar y comunitaria. Director de Continuidad Asistencial. Hospital de la Cruz Roja San José y Santa Adela.
- **Alfonso Luis Calle Pascual.** Médico especialista en endocrinología. Jefe de Servicio de Endocrinología, Metabolismo y Nutrición. Hospital Clínico San Carlos.
- **Almudena Llorente Pinela.** Enfermera. Subdirectora de Enfermería. Hospital Universitario Ramón y Cajal.
- **Ana Chacón García.** Médico especialista en medicina familiar y comunitaria. Médico especialista en medicina preventiva y salud pública. Subdirectora de Información y Atención al Paciente. Dirección General de Atención al Paciente.
- **Ana Garandilla Grande.** Médico especialista en medicina preventiva y salud pública. Técnico del Servicio de Epidemiología. Subdirección Promoción de la Salud y Prevención. Dirección General de Atención Primaria.
- **Ana Miquel Gómez.** Médico especialista en medicina familiar y comunitaria. Gerente Adjunta de Planificación y Calidad. Gerencia de Atención Primaria.
- **Ana Noriega Gómez.** Enfermera. Responsable de Enfermería. Centro de Salud Reina Victoria.
- **Ángel Cacho Calvo.** Médico especialista en medicina familiar y comunitaria. Sociedad Española de Médicos Rurales y Generales (SEMERGEN).
- **Antonio Arribas Cachá.** Enfermero. Presidente de la Asociación Madrileña de Enfermería de Atención Primaria (AMEAP).
- **Antonio Díaz Holgado.** Enfermero. Técnico de la Dirección Técnica de Sistemas de Información Sanitaria. Gerencia Adjunta de Planificación y Calidad.
- **Antonio Torres Villamor.** Médico especialista en medicina familiar y comunitaria. Presidente Autonómico de Madrid de la Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia (SEMG).
- **Aránzazu Menchaca Anduaga.** Enfermera. Directora de Enfermería del SUMMA 112.
- **Balbino Viña Carregal.** Médico especialista en medicina interna. Servicio de Medicina Interna. Hospital Virgen de la Torre.
- **Belén Alonso Durán.** Médico inspector. Subdirectora de Análisis de Costes. Dirección General de Gestión Económica y Compras de Productos Farmacéuticos y Sanitarios.
- **Belén Ubach Badía.** Médico especialista en medicina familiar y comunitaria. Directora Asistencial Médico. Dirección Asistencial Sureste.
- **Berta Alvira Rasal.** Médico especialista en geriatría. Jefa de Área de Geriatría. Hospital Universitario Infanta Elena.
- **Carlos López Gómez.** Médico especialista en medicina familiar y comunitaria. Director Asistencial Médico. Dirección Asistencial Centro. Gerencia Adjunta de Asistencia Sanitaria.
- **Carmen Arévalo Pérez.** Enfermera. Directora Asistencial Enfermera. Dirección Asistencial Este. Gerencia Adjunta de Asistencia Sanitaria.
- **Carmen Ferrer Arnedo.** Enfermera. Gerente del Hospital de Guadarrama.
- **Carmen Gómez Pesquera.** Enfermera. Responsable de Enfermería. Centro de Salud Fronteras.
- **Carmen Martínez de Pancorbo González.** Directora Gerente del Hospital Universitario 12 de Octubre.
- **Carmen Pantoja Zarza.** Médico especialista en medicina familiar y comunitaria. Gerente del Hospital Universitario Infanta Leonor.
- **Carmen Pérez Canal.** Licenciada en derecho. Directora de Gestión del Hospital de Guadarrama.
- **Carmen Plaza Nohales.** Médico especialista en medicina familiar y comunitaria. Directora de Continuidad Asistencial. Hospital Rey Juan Carlos.
- **Carmen Refolio Abella.** Médico especialista en medicina familiar y comunitaria. Directora de Continuidad Asistencial. Hospital Universitario Infanta Leonor.
- **Carmen Rivero Medina.** Enfermera. Responsable de Enfermería. Centro de Salud Gregorio Marañón.
- **Carmen Solano Villarrubia.** Enfermera. Presidenta de la Sociedad de Enfermería Madrileña de Atención Primaria (SEMAP).
- **Carmen Suárez Fernández.** Médico especialista en medicina interna. Jefa de Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario de La Princesa.
- **Cesar Bienzobas López.** Médico Inspector. Jefe de Área de Gestión y Análisis de la Información. Dirección General de Sistemas de Información Sanitaria.
- **Concepción Blanco Morales.** Enfermera. Responsable de la Unidad de Atención al Paciente. Dirección Asistencial Sur. Gerencia Adjunta de Asistencia Sanitaria.
- **Concepción Gutiérrez de los Ríos.** Trabajadora social. Responsable de Trabajo Social. Hospital Clínico San Carlos.
- **Concepción Hernández Ahijado.** Médico especialista en medicina interna. Viceconsejería de Asistencia Sanitaria.
- **Cristina de Miguel Sánchez.** Médico especialista en medicina familiar y comunitaria. Equipos de Soporte de Atención Paliativa Domiciliaria (ESAPD).
- **Domingo Orozco Beltrán.** Médico especialista en medicina familiar y comunitaria. Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria (semFyC).
- **Eduardo Ucar Angulo.** Médico especialista en reumatología. Presidente de Honor de la Sociedad Española de Reumatología (SER).
- **Elena Juárez Peláez.** Directora General de Atención al Paciente.
- **Elena Orio Moreno.** Médico especialista en medicina familiar y comunitaria. Directora del Centro de Salud Torrelaguna.
- **Emma Menéndez Alonso.** Médico especialista en medicina familiar y comunitaria. Directora del Centro de Salud Estrecho de Corea.

- **Francisco Arnalich Fernández.** Médico especialista en medicina interna. Jefe de Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario La Paz.
- **Francisco Fernández-Avilés Díaz.** Médico especialista en cardiología. Jefe de Servicio de Cardiología. Hospital General Universitario Gregorio Marañón.
- **Gabriela García Álvarez.** Médico especialista en medicina familiar y comunitaria. Directora de Continuidad Asistencial. Hospital Universitario 12 de Octubre.
- **Germán Peces-Barba Romero.** Médico especialista en neumología. Servicio de Neumología. Hospital Fundación Jiménez Díaz.
- **Guillermo Petersen Guitarte.** Psiquiatra. Coordinador Oficina Regional de Salud Mental. Dirección General de Hospitales.
- **Inmaculada García Ferradal.** Enfermera. Directora Asistencial Enfermera. Dirección Asistencial Sur. Gerencia de Asistencia Sanitaria.
- **Isabel Piñuel González.** Informática. Jefa de Servicio de Informática. Sistemas de Información de Hospitales. Hospital Central de la Cruz Roja San José y Santa Adela.
- **Isidoro Ruipérez Cantera.** Médico especialista en geriatría. Jefe de Servicio de Geriatría. Hospital Central de la Cruz Roja San José y Santa Adela.
- **Javier Aspa Marco.** Médico especialista en neumología. Director Médico. Hospital Universitario de La Princesa.
- **Javier García Alegría.** Médico especialista en medicina interna. Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI).
- **Jesús Castellano Alarcón.** Médico especialista en medicina familiar y comunitaria. Técnico de la Subdirección de Planificación, Arquitectura e Innovación Tecnológica. Dirección General de Sistemas de Información Sanitaria.
- **Jesús Vázquez Castro.** Médico especialista en medicina familiar y comunitaria. Gerente Adjunto de Asistencia Sanitaria. Gerencia de Atención Primaria.
- **José Azofra García.** Médico especialista en medicina interna. Servicio de Medicina Interna. Hospital Fundación Jiménez Díaz.
- **José Perales Rodríguez.** Médico especialista en medicina interna. Jefe de Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario Ramón y Cajal.
- **José Antonio Alonso Arranz.** Informático. Jefe de Área de Sistemas de Información y Comunicaciones. Hospital Universitario Infanta Leonor. Hospital Virgen de la Torre.
- **José Antonio Serra Rexach.** Médico especialista en geriatría. Jefe de Servicio de Geriatría. Hospital General Universitario Gregorio Marañón.
- **José Enrique Villares Rodríguez.** Médico especialista en medicina familiar y comunitaria. Director Asistencial Médico. Dirección Asistencial Sur. Gerencia de Asistencia sanitaria.
- **José Manuel Blanco Canseco.** Médico especialista en medicina familiar y comunitaria. Director del Centro de Salud Valle de la Oliva.
- **José Miguel Rodríguez González-Moro.** Médico especialista en neumología. Sociedad Madrileña de Neumología y Cirugía Torácica (NEUMOMADRID).
- **Juan Antonio Ruiz Morales.** Ingeniero en informática. Subdirector de Servicios de Sistemas de Información. Dirección General de Sistemas de Información Sanitaria.
- **Juan Carlos Ansede Cascudo.** Médico especialista en medicina preventiva y salud pública. Subdirección de Gestión y Seguimiento de Objetivos de Hospitales.
- **Juan Carlos Abánades Herranz.** Médico especialista en medicina familiar y comunitaria. Director Técnico de la Dirección Técnica de Docencia e Investigación. Gerencia Adjunta de Planificación y Calidad.
- **Juan Carlos Cano Ballesteros.** Médico especialista en medicina interna. Servicio de Urgencias. Hospital General Universitario Gregorio Marañón.
- **Juan Jorge González Armengol.** Médico especialista en medicina interna. Coordinador de Urgencias. Hospital Clínico San Carlos. Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias (SEMES).
- **Juan José Muñoz González.** Médico especialista en medicina familiar y comunitaria. Director de Continuidad Asistencial. Hospital Universitario Santa Cristina.
- **Julio Espinosa Urbina.** Médico especialista en medicina preventiva y salud pública. Director de Continuidad Asistencial. Hospital Gómez Ulla.
- **Julio García Pondal.** Médico especialista en medicina legal y forense. Director de Continuidad Asistencial. Hospital Universitario de Getafe.
- **Julio Ancochea Bermúdez.** Médico especialista de neumología. Jefe de Servicio de Neumología. Hospital Universitario de La Princesa.
- **Luis Huerta Galindo.** Enfermero. Responsable de Enfermería. Centro de Salud Sierra de Guadarrama.
- **Luis Manzano Espinosa.** Médico especialista en medicina interna. Jefe de Sección. Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario Ramón y Cajal.
- **Luis Martínez Hervás.** Médico especialista en medicina del trabajo y médico inspector. Director de Continuidad Asistencial. Hospital Infantil Universitario Niño Jesús.
- **Luis Sánchez Perruca.** Médico especialista en medicina familiar y comunitaria. Técnico de la Dirección Técnica de Sistemas de Información Sanitaria. Gerencia Adjunta de Planificación y Calidad.
- **Luis Carlos Martínez Aguado.** Médico especialista en medicina familiar y comunitaria. Jefe de Servicio de Información, Trabajo Social y Atención al Paciente. Hospital Universitario Ramón y Cajal.
- **Luis Felipe Pallardo Sánchez.** Médico especialista en endocrinología. Jefe del Servicio de Endocrinología. Hospital Universitario La Paz.
- **Luis Vicente Catalán Cólera.** Médico especialista en medicina familiar y comunitaria. Director Asistencial Médico. Dirección Asistencial Este. Gerencia de Asistencia Sanitaria.
- **Lydia Vela Desojo.** Médico especialista en neurología. Jefe del Servicio de Neurología. Hospital Universitario Fundación Alcorcón.
- **Mª Ángeles García Sánchez.** Técnico de la función administrativa. Jefe de Servicio de Información y de Atención al Paciente. Hospital Universitario de Getafe.
- **Mª Dolores Moreno Raymundo.** Médico especialista en medicina legal y forense. Directora de Continuidad Asistencial Hospital Universitario del Sureste.
- **Mª Esperanza Duralde Rodríguez.** Enfermera. Responsable de Enfermería. Centro de Salud El Greco.
- **Mª Jesús Alcázar Verde.** Enfermera. Directora de Enfermería. Hospital Universitario Infanta Sofía.
- **Mª Jesús Calvo Mayordomo.** Enfermera. Directora Asistencial Enfermera. Dirección Asistencial Sureste. Gerencia de Asistencia Sanitaria.
- **Mª José Calvo Alcántara.** Farmacéutica. Jefe de División de Farmacia y Productos Sanitarios. Subdirección de Compras de Farmacia y Productos Sanitarios. Dirección General de Gestión Económica y Compras de Productos Sanitarios y Farmacéuticos.
- **Mª Josefa Díaz de Atauri Rodríguez de los Ríos.** Médico especialista en neumología. Jefe de Servicio de Neumología. Hospital Universitario 12 de Octubre.
- **Mª Luisa Palacios Romero.** Médico especialista en medicina familiar y comunitaria. Director de Continuidad Asistencial Hospital Ramón y Cajal.

- **Mª Soledad Ochandorena Juanena.** Enfermera. Directora Asistencial Enfermera. Dirección Asistencial Noroeste.
- **Mª Teresa Alonso Salazar.** Médico especialista en medicina familiar y comunitaria. Directora de Continuidad Asistencial. Hospital Universitario Fundación Alcorcón.
- **Mª Teresa García-Baquero Merino.** Médico especialista en medicina paliativa. Coordinadora Regional de Cuidados Paliativos.
- **Mª Teresa Requena Burgos.** Médico especialista en medicina familiar y comunitaria. Subdirectora Médico. Hospital Universitario Severo Ochoa.
- **María Alonso de Leciñana Cases.** Médico especialista en neurología. Servicio de Neurología. Hospital Universitario Ramón y Cajal.
- **Marta Sánchez-Celaya del Pozo.** Médico especialista en medicina familiar y comunitaria. Coordinadora de las Direcciones de Continuidad Asistencial. Directora de Continuidad Asistencial Hospital Universitario Infanta Sofía.
- **Mercedes Navio Acosta.** Psiquiatra. Oficina Regional de Salud Mental. Dirección General de Hospitales.
- **Miguel Amengual Pliego.** Médico especialista en medicina familiar y comunitaria. Director de Continuidad Asistencial. Hospital Universitario La Paz.
- **Milagros López Nieto.** Informática. Jefe de Servicio de Sistemas de Información de Hospitales. Hospital Universitario La Paz.
- **Montserrat Hernández Pascual.** Enfermera. Directora de la Dirección Técnica de Sistemas de Información Sanitaria. Gerencia Adjunta de Planificación y Calidad.
- **Nuria Fernández de Cano Martín.** Médico especialista en medicina familiar y comunitaria. Directora del Centro de Salud Daroca.
- **Nury Alejo Bru.** Enfermera. Responsable de la Unidad de Apoyo de Atención al Paciente. Dirección Asistencial Centro.
- **Óscar Gómez Martín.** Médico especialista en medicina familiar y comunitaria. Director de Continuidad Asistencial. Hospital Universitario Infanta Elena.
- **Pedro Gil Gregorio.** Médico especialista en Geriatría. Jefe de servicio de Geriatría del Hospital Clínico San Carlos. Sociedad Española de Geriatría y Gerontología (SEGG).
- **Pedro Luis Ruiz Sánchez.** Médico especialista en medicina familiar y comunitaria. Director del Centro de Salud Parque Europa.
- **Pedro Luis Sánchez Fernández.** Médico especialista en cardiología. Servicio de Cardiología. Hospital Universitario Gregorio Marañón.
- **Pilar Conde Sánchez.** Médico especialista en medicina familiar y comunitaria. Directora Asistencial Médico. Dirección Asistencial Norte. Gerencia Adjunta de Asistencia Sanitaria.
- **Pilar García Fernández.** Enfermera. Directora Asistencial Enfermera. Dirección Asistencial Oeste. Gerencia Adjunta de Asistencia Sanitaria.
- **Pilar Regato Pajares.** Médico especialista en medicina familiar y comunitaria. Sociedad Madrileña de Medicina Familiar y Comunitaria (SoMAMFyC).
- **Raquel Barba Martín.** Médico especialista en medicina interna. Jefe del Servicio de Medicina Interna y Área de Medicina. Hospital Rey Juan Carlos.
- **Raquel Martínez Martínez.** Médico especialista en medicina familiar y comunitaria. Directora de Continuidad Asistencial. Hospital Universitario Príncipe de Asturias.
- **Raquel Millán Susinos.** Trabajadora Social. Centro de Salud Juan de la Cierva.
- **Roberto García de Villaescusa Collazo.** Médico especialista en hematología, hemoterapia y oncología médica. Director de Continuidad Asistencial. Hospital Universitario de Fuenlabrada.
- **Rosa Arnal Selfa.** Enfermera. Directora Asistencial Enfermera. Dirección Asistencial Norte. Gerencia Adjunta de Asistencia Sanitaria.
- **Rosa Mª Gómez Honorato.** Enfermera. Responsable de Enfermería. Centro de Salud Nuestra Señora de Fátima.
- **Rosa Salazar de la Guerra.** Enfermera. Directora de Enfermería. Hospital de Guadarrama.
- **Rosario Azcutia Gómez.** Médico especialista en medicina familiar y comunitaria. Directora Asistencial Médica. Dirección Asistencial Noroeste. Gerencia Adjunta de Asistencia Sanitaria.
- **Santiago Muñoz Fernández.** Médico especialista en reumatología. Jefe de Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Infanta Sofía.
- **Sergio Belmonte Sánchez.** Enfermero. Responsable de Enfermería. Centro de Salud Entrevías.
- **Sonia López Palacios.** Enfermera. Directora Asistencial Enfermera. Dirección Asistencial Centro. Gerencia Adjunta de Asistencia Sanitaria.
- **Sonia Mª Arenas González.** Médico especialista en medicina familiar y comunitaria. Directora del Centro de Salud Barcelona.
- **Sonsoles Moreno Muñoz.** Médico especialista en medicina familiar y comunitaria. Directora del Centro de Salud Federica Montseny.
- **Tomás Lillo Pérez.** Médico especialista en medicina familiar y comunitaria. Director de Continuidad Asistencial del Hospital Universitario de Móstoles.
- **Zaida Sampedro Préstamo.** Directora General de Sistemas de Información Sanitaria.

PARTICIPANTES DEFINICIÓN DEL MODELO

- **Adela Fernández Delgado.** Enfermera. Técnico de apoyo. Subdirección de Promoción de la Salud y Prevención. Dirección General de Atención Primaria.
- **Ana Miquel Gómez.** Médico especialista en medicina familiar y comunitaria. Gerente Adjunta de Planificación y Calidad. Gerencia de Atención Primaria.
- **Andrés López Romero.** Médico especialista en medicina familiar y comunitaria. Coordinador de la Unidad de Apoyo Técnico. Gerencia Adjunta de Planificación y Calidad.
- **Ángel Abad Revilla.** Médico especialista en medicina familiar y comunitaria. Jefe de área de Información al Paciente. Subdirección de Información y Atención al Paciente. Dirección General de Atención al Paciente.
- **Carmen Ferrer Arnedo.** Enfermera. Gerente Hospital de Guadarrama.
- **Carmen Gómez Pesquera.** Enfermera. Responsable de enfermería. Centro de Salud Fronteras.
- **Carmen Martínez de Pancorbo González.** Gerente del Hospital Universitario 12 de Octubre.
- **Carmen Valdés y Llorca.** Médico especialista en medicina familiar y comunitaria. Presidenta de la Sociedad Española de Médicos Rurales y Generales (SEMERGEN).
- **Cesar Bienzobas López.** Médico Inspector. Jefe de Área de Gestión y Análisis de la Información. Dirección General de Sistemas de Información Sanitaria.
- **Cristina Cedrún Lastra.** Enfermera. Sociedad de Enfermería Madrileña de Atención Primaria (SEMAP).
- **David Rodríguez Morales.** Médico especialista en medicina familiar y comunitaria. Técnico de la Gerencia Adjunta de Planificación y Calidad.
- **Encarna Cruz Martos.** Farmacéutica. Subdirectora de Compras de Farmacia y Productos Sanitarios. Dirección General de Gestión Económica y Compras de Productos Sanitarios y Farmacéuticos.
- **Fátima Izquierdo Botica.** Psicóloga. Unidad de Evaluación de Tecnologías Sanitarias. Agencia Laín Entralgo.
- **Francisco Javier Sáez Martínez.** Médico especialista en medicina familiar y comunitaria. Sociedad. Presidente de la Española de Médicos Generales (SEMG).

- **Francisco Ramón García Lombardía.** Informático. Responsable de Hospitales Nuevos. Dirección General de Sistemas de Información Sanitaria.
- **Gonzalo Segrelles Calvo.** Médico especialista en neumología. Servicio de Neumología. Hospital Universitario de La Princesa.
- **Inmaculada Mediavilla Herrera.** Médico especialista en medicina familiar y comunitaria. Directora Médica de la Dirección Técnica de Procesos y Calidad. Gerencia Adjunta de Planificación y Calidad.
- **Isabel Runkle de la Vega.** Médico especialista de endocrinología. Jefe de Sección. Servicio de Endocrinología. Hospital Clínico San Carlos.
- **Jesús Vázquez Castro.** Médico especialista en medicina familiar y comunitaria. Gerente Adjunto de Asistencia Sanitaria.
- **Jesús Medina Asensio.** Médico especialista en medicina interna. Jefe de Servicio. Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario de Getafe.
- **José Enrique Villares Rodríguez.** Médico especialista en medicina familiar y comunitaria. Director Asistencial Médico. Dirección Asistencial Sur. Gerencia Adjunta de Asistencia Sanitaria.
- **José Manuel Blanco Canseco.** Médico especialista en medicina familiar y comunitaria. Director del Centro de Salud Valle de la Oliva.
- **Juan Carlos Ansede Cascudo.** Médico especialista en medicina preventiva y salud pública. Subdirección de Seguimiento y Objetivos de Hospitales.
- **Juana Mateos Rodilla.** Enfermera. Directora Enfermera de la Dirección Técnica de Procesos y Calidad. Gerencia Adjunta de Planificación y Calidad.
- **Julia Cecilia Navazo.** Médico especialista en medicina familiar y comunitaria. Responsable de Centros. Dirección Asistencial Sureste. Gerencia Adjunta de Asistencia Sanitaria.
- **Luís Manzano Espinosa.** Médico especialista en medicina interna. Jefe de Sección. Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario Ramón y Cajal.
- **Mª Jesús Alcázar Verde.** Enfermera. Directora de Enfermería. Hospital Universitario Infanta Sofía.
- **Manuel Martínez-Selles D'Oliveira Soares.** Médico especialista en cardiología. Servicio de Cardiología del Hospital General Universitario Gregorio Marañón.
- **Marta Sánchez-Celaya del Pozo.** Médico especialista en medicina familiar y comunitaria. Coordinadora de las Direcciones de Continuidad Asistencial. Directora de Continuidad Asistencial Hospital Universitario Infanta Sofía.
- **Mercedes Navio Acosta.** Psiquiatra. Coordinadora Asistencial. Oficina Regional de Salud Mental. Dirección General de Hospitales.
- **Miguel Martínez Martín.** Médico especialista en medicina interna. Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario de La Princesa.
- **Nuria Fernández de Cano Martín.** Médico especialista en medicina familiar y comunitaria. Directora del Centro de Salud Daroca.
- **Petra Díaz del Campo Fonseca.** Socióloga. Unidad de Evaluación de Tecnologías Sanitarias.
- **Pilar Regato Pajares.** Médico especialista en medicina familiar y comunitaria. Sociedad Madrileña de Medicina Familiar y Comunitaria (SoMAMFyC).
- **Rosa Arnal Selfa.** Enfermera. Directora de enfermería. Dirección Asistencial Norte.
- **Rosa Salazar de la Guerra.** Enfermera. Directora de Enfermería. Hospital de Guadarrama.
- **Rosa Mª Gómez Honorato.** Enfermera. Responsable de enfermería. Centro de Salud Fátima.
- **Rosario García de Vicuña Pinedo.** Médico especialista en reumatología. Jefe de Servicio de Reumatología. Hospital Universitario de La Princesa.
- **Santiago Sevilla Alonso.** Médico Inspector. Subdirector de Promoción de la Salud y Prevención. Dirección General de Atención Primaria.
- **Sara Sánchez Castro.** Enfermera. Asociación Madrileña de Enfermería de Atención Primaria (AMEAP).
- **Teresa Martín Acero.** Enfermera. Subdirectora de enfermería. Hospital Clínico San Carlos.
- **Yolanda Llamas Nistal.** Responsable de la Unidad Web. Dirección General de Sistemas de Información Sanitaria.

GRUPO COORDINADOR CENTRAL

- **Ana Miquel Gómez.** Gerente Adjunta de Planificación y Calidad. Gerencia de Atención Primaria.
- **Asunción Cañada Dorado.** Técnico de la Dirección Técnica de Procesos y Calidad. Gerencia Adjunta de Planificación y Calidad.
- **Carmen García Cubero.** Técnico de la Dirección Técnica de Procesos y Calidad. Gerencia Adjunta de Planificación y Calidad.
- **David Rodríguez Morales.** Técnico de la Gerencia Adjunta de Planificación y Calidad.
- **Elena Bartolomé Benito.** Técnico de la Dirección Técnica de Procesos y Calidad. Gerencia Adjunta de Planificación y Calidad.
- **Guadalupe Olivera Cañadas.** Técnico de la Dirección Técnica de Procesos y Calidad. Gerencia Adjunta de Planificación y Calidad.
- **Inmaculada Mediavilla Herrera.** Directora Médica de la Dirección Técnica de Procesos y Calidad. Gerencia Adjunta de Planificación y Calidad.
- **Juana Mateos Rodilla.** Directora Enfermera de la Dirección Técnica de Procesos y Calidad. Gerencia Adjunta de Planificación y Calidad.
- **Mercedes Drake Canela.** Técnico de la Dirección Técnica de Procesos y Calidad. Gerencia Adjunta de Planificación y Calidad.

GRUPO REDACTOR - REVISOR

- **Ana Miquel Gómez.** Gerente Adjunto de Planificación y Calidad de la Gerencia de Atención Primaria.
- **Ana Isabel Gónzález González.** Unidad de Apoyo Técnico de la Gerencia Adjunta de Planificación y Calidad.
- **Asunción Cañada Dorado.** Técnico de la Dirección Técnica de Procesos y Calidad. Gerencia Adjunta de Planificación y Calidad.
- **David Rodríguez Morales.** Técnico de la Gerencia Adjunta de Planificación y Calidad.
- **Elena Bartolomé Benito.** Técnico de la Dirección Técnica de Procesos y Calidad de la Gerencia Adjunta de Planificación y Calidad.
- **Elena Moreno Alarcón.** Secretaría Gerencia Adjunta de Planificación y Calidad.
- **Guadalupe Olivera Cañadas.** Técnico de la Dirección Técnica de Procesos y Calidad de la Gerencia Adjunta de Planificación y Calidad.
- **Inmaculada Mediavilla Herrera.** Directora Médica de la Dirección Técnica de Procesos y Calidad de la Gerencia Adjunta de Planificación y Calidad.
- **Isabel del Cura González.** Técnico de la Dirección Técnica de Docencia e Investigación. Gerencia Adjunta de Planificación y Calidad.
- **Juana Mateos Rodilla.** Directora enfermera de la Dirección Técnica de Procesos y Calidad de la Gerencia Adjunta de Planificación y Calidad.
- **Mercedes Drake Canela.** Técnico de la Dirección Técnica de Procesos y Calidad de la Gerencia Adjunta de Planificación y Calidad.
- **Ricardo Rodríguez Barrientos.** Unidad de Apoyo Técnico de la Gerencia Adjunta de Planificación y Calidad.

9. PARTICIPANTES

GRUPO REVISOR DE EVIDENCIAS

- **Ana Isabel González González.** Unidad de Apoyo Técnico de la Gerencia Adjunta de Planificación y Calidad.
- **Blanca Iciar Indave Ruiz.** Médico residente Medicina Preventiva y Salud Pública.
- **Isabel del Cura González.** Técnico de la Dirección Técnica de Docencia e Investigación. Gerencia Adjunta de Planificación y Calidad.
- **María José Torijano Castillo.** Médico residente Medicina Preventiva y Salud Pública.
- **Mariel Morey Montalvo.** Médico residente Medicina Preventiva y Salud Pública.
- **Milagros Rico Blázquez.** Técnico de la Dirección Técnica de Docencia e Investigación. Gerencia Adjunta de Planificación y Calidad.
- **Ricardo Rodríguez Barrientos.** Técnico de la Unidad de Apoyo Técnico de la Gerencia Adjunta de Planificación y Calidad.
- **Sergio Mispireta Loli.** Médico residente Medicina Preventiva y Salud Pública.
- **Teresa Sanz Cuesta.** Técnico de la Dirección Técnica de Docencia e Investigación. Gerencia Adjunta de Planificación y Calidad.

AGRADECIMIENTOS

- **Grupo IEMAC.** Por su colaboración en la jornada de autoevaluación con profesionales.
- **Mensor Consultoría y Estrategia S.L.** Por su colaboración en el análisis de situación.

10. BIBLIOGRAFÍA

10. BIBLIOGRAFÍA

1 Comisión de la Comunidad Europea. El futuro de la asistencia sanitaria y de la atención a las personas mayores: garantizar la accesibilidad, la calidad y la sostenibilidad financiera. Bruselas: Comunidad Europea. 2001. Informe Com 2001. 723.final.15-12-2001.

2 Ruiz de Adana R. Pacientes con enfermedades crónicas ¿Cómo mejorar su atención? SEDISA S. XXI [revista en internet] 2011; 20. Disponible en: http://sedisasigloxxi.es/spip.php?article128

3 Organización Mundial de la salud. Informe sobre la situación mundial de las enfermedades no transmisibles 2010. Resumen de orientación. Disponible en: http://www.who.int/nmh/publications/ncd_report_summary_es.pdf

4 Nuño R. Atención innovadora a las condiciones crónicas: más necesaria que nunca. Revista de Innovación Sanitaria y Atención Integrada [revista en internet] 2009; 1(3). Disponible en: http://pub.bsalut.net/risai/vol1/iss3/2

5 Bengoa R. Empantanados. Revista de Innovación Sanitaria y Atención Integrada [revista en internet] 2008; 1(1). Disponible en: http://pub.bsalut.net/risai/vol1/iss1/8

6 The World Health Organization. Preventing Chronic Diseases, a vital investment. 2005. Disponible en: http://www.who.int/chp/chronic_disease_report/contents/foreword.pdf

7 Council of the European Union. Innovative approaches for chronic diseases in public health and healthcare systems. 3053rd Employment, Social Policy Health and Consumer Affairs. Council meeting Brussels, 7 December 2010.

8 Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud 2010. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad; 2010.

9 Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Estrategia para el abordaje de la cronicidad en el Sistema Nacional de Salud. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2012.

10 Plan Andaluz de Atención Integrada a Pacientes con Enfermedades Crónicas. Sevilla: Consejería de Salud; 2012

11 Junta de Castilla y León. Estrategia de Atención al Paciente Crónico en Castilla y León. Valladolid: Junta de Castilla y León, Consejería de Sanidad, Gerencia Regional de Salud de Castilla y León; 2013.

12 Gobierno Vasco. Osakidetza. Estrategia para afrontar el reto de la cronicidad en Euskadi. Bilbao: Gobierno Vasco, Osakidetza; 2010.

13 Generalitat de Catalunya. Plan de Salud 2011-2015. Barcelona: Generalitat de Catalunya, Departamento de Salud; 2012.

14 Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI), Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (semFYC) y Federación de Asociaciones de Enfermería Comunitaria y Atención Primaria (FAECAP). Desarrollo de guías de práctica clínica en pacientes con comorbilidad y pluripatología. Madrid: SEMI, semFYC y FAECAP; 2013.

15 Sociedad Española de Directivos de Atención Primaria (SEDAP). Estrategia de gestión de crónicos. Madrid: SEDAP; 2013. Disponible en: http://www.sedap.es/documentos/NdP_SEDAP_Presentacion_Estrategia_de_Gestion_de_Cronicos.pdf

16 MeyerJ, Smith B. Chronic Disease Management: Evidence of Predictable Savings.Washington, DC: Health Management Associates; 2008.

17 Dennis SM, Zwar N, Griffiths R, Roland M, Hasan I, Davis GP et al. Chronic Disease Management in Primary Care: from evidence to policy. Evidence into Policy in Australian Primary Health Care. MJA 2008; 188: S53-S56.

18 Contel JC, Muntané B, Camp L. La atención al paciente crónico en situación de complejidad: el reto de construir un escenario de atención integrada. Aten Primaria. 2012;44(2):107-13.

19 Kansagara D, Englander H, Salanitro A, Kagen D, Theobald C, Freeman M et al. Risk prediction models for hospital readmission. JAMA. 2011;306(15):1688-98.

20 Rajmil L, López-Aguilà S. Desenvolupament d'un model predictiu d'ingressos i reingressos hospitalaris no programats a Catalunya. Barcelona: Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques. Servei Català de la Salut. Departament de Salut. Barcelona: Generalitat de Catalunya; 2010.

21 Health Services Management Centre (HSMC). Evidence for transforming community services. Review: Services for long term conditions. Birmingham: University of Birmingham; 2009.

22 Battersby M, Von Korff M, Schaefer J, Davis C, Ludman Greene SM, Parkerton M, Wagner EH. Twelve evidence-based principles for implementing self-management support in primary care. Jt Comm J Qual Patient Saf. 2010; 36(12):561-70.

23 Standford School of Medicine [sede Web]*. Palo Alto: Patient Education Research Center. Chronic Disease Self-Management Program (Better Choices, Better Health® Workshop). 2013. http://patienteducation.stanford.edu/programs/cdsmp.html

[24] National Health Services [sede Web]*. London: The Expert Patients Programme; 2013. NHS General Practitioners. Disponible en: http://www.nhs.uk/NHSEngland/AboutNHSservices/doctors/Pages/expertpatients-programme.aspx

[25] The Health Foundation [sede Web]*. London: Co-creating Health Initiative. Summary annual evaluation report for the National Support Team; 2008. Disponible en: http://www.health.org.uk/areas-of-work/programmes/co-creatinghealth

[26] Flinders University [sede Web]*. Adelaida: The Flinders Program care planning process; 2013. Disponible en http://www.flinders.edu.au/medicine/sites/fhbhru/self-management.cfm

[27] Health Council of Canada. Self-management support for Canadians with chronic health conditions. Toronto: Health Council of Canada; 2012. Disponible en: http://healthcouncilcanada.ca/tree/HCC SelfManagementReport FA.pdf

[28] Danish Health Technology Assessment. Patient education – a health technology assessment. Copenhagen: National Board of Health, Monitoring & Health Technology Assessment; 2009. Disponible en: http://www.sst.dk/Publ/Publ2009/MTV/Patientuddannelse/Patientuddannelsesummary.pdf

[29] Gordon C, Galloway T. Review of findings on Chronic Disease Self-Management Program (CDSMP) outcomes: physical, emotional & healthrelated quality of life, healthcare utilization and costs; 2008. Disponible en: http://patienteducation.stanford.edu/research/Review_Findings_CDSMP_Outcomes1%208%2008.pdf

[30] Chodosh J, Morton SC, Mojica W, Maglione M, Suttorp MJ, Hilton L et al. Meta-analysis: chronic disease self-management programs for older adults. Ann Intern Med. 2005; 143: 427–38.

[31] Foster G, Taylor SJ, Eldridge SE, Ramsay J, Griffiths CJ. Self-management education programmes by lay leaders for people with chronic conditions. Cochrane Database Syst Rev. 2007; 4. CD005108

[32] Lavery KA, O`Neill B, Parker M, Elborn JS, Bradley JM. Expert patient selfmanagement program versus usual care in bronchiectasis: a randomized controlled trial. Arch Phys Med Rehabil. 2011; 92:1194-201

[33] Kennedy A, Reeves D, Bower P, Lee V, Middleton E, Richardson G et al. The effectiveness and cost effectiveness of a national lay-led self care support programme for patients with long-term conditions: a pragmatic randomised controlled trial. J Epidemiol Community Health. 2007; 61:254–61.

[34] Lorig KR, Ritter PL, Stewart AL, Sober DS, William Brown BJ, Bandura A et al. Chronic Disease Self-Management Program: 2-Year Health Status and Health Care Utilization Outcomes. Medical Care.2001; 39:1217–23

[35] Nuño-Solinis R, Rodríguez-Pereira C, Piñera-Elorriaga K, Zaballa-González I, Bikandi-Irazabal J. Panorama de las iniciativas de educación para el autocuidado en España. Gac Sanit. 2013;27(4):332-7

[36] The Health Foundation. Evidence: helping people help themselves. A review of the evidence considering whether it is worthwile to support self-management. London: Health Foundation;2011

[37] Morales-Asencio JM, Gonzalo-Jiménez E, Martín-Santos FJ, Morilla-Herrera JC, Celdráan-Mañas M, Millán Carrasco A et al. Effectiveness of a nurse-led case management home care model in Primary health Care.A quiasiexperimental, controlled, multi-centre study.BMC Health Serv Res. 2008; 8: 193.

[38] Inglis SC, Clark RA, McAlister FA, Stewart S, Cleland JG. Which components of heart failure programmes are effective? A systematic review and metaanalysis of the outcomes of structured telephone support or telemonitoring as the primary component of chronic heart failure management in 8323 patients: Abridged Cochrane Review. Eur J Heart Fail 2011, 13:1028–40.

[39] Shepperd S, Lannin NA, Clemson LM, McCluskey A, Cameron ID, Barras SL. Discharge planning from hospital to home. Cochrane Database Syst Rev. 2013 Jan 31;1.

[40] Cano Arana A, Martín Arribas MC, Martínez Piédrola M, García Tallés C, Hernández Pascual M, Roldán Fernández A; investigator team. Efficacy of nursing planning after hospital discharge of patients over 65 to reduce their readmission. Aten Primaria. 2008;40(6):291-5.

[41] Shepperd S, Doll H, Angus RM, Clarke MJ, Iliffe S, Kalra L. Avoiding hospital admission through provision of hospital care at home: a systematic review and metaanalysis of individual patient data. CMAJ. 2009;80;175-82.

[42] Orruño Aguado E, Lapuente Troncoso JL, Gutiérrez Iglesias A, Asua Batarrita J. Análisis de la introducción de la Telemedicina en la gestión/coordinación de Atención Primaria/especializada. Evaluación de resultads y costes de experiencias preexistentes (teleoftalmología). Madrid: Plan Nacional para el SNS del MSC. Servicio de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del País Vasco; 2006. Informes de Evaluación de Tecnologías Sanitarias: OSTEBA Nº 2006/07.

[43] Wootton R. Twenty years of telemedicine in chronic disease management -an evidence synthesis. J Telemed Telecare. 2012 Jun;18(4):211-20.

[44] Van den Berg N, Schumann M, Kraft K, Hoffmann W. Telemedicine and telecare for older patients -a systematic review. Maturitas. 2012 Oct; 73(2):94-114

[45] Bengoa R*, Martos F*, Nuño R*, Kreindler S, Novak T, Pinilla R. [*Contribuyentes principales] Management models. En: Jadad AR, Cabrera A, Martos F, Smith R, Lyons RF. When people live with multiple chronic diseases: a collaborative approach to an emerging global challenge. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública; 2010. Disponible en: http://www.opimec.org/equipos/when-people-live-withmultiple-chronic-diseases

[46] Wagner EH, Austin BT, Von Korff M. Organizing care for patients with chronic illness. Milbank Quarterly. 1996;74(4):511-44.

[47] Wagner EH. Chronic disease management: what will it take to improve care for chronic illness? Effective Clin Practice. 1998;1(1):2-4

[48] Coleman K, Austin BT, Brach C, Wagner EH. Evidence on the chronic care model in the new millennium. Health Affairs. 2009;28:75-85.

[49] Tsai AC, Morton SC, Mangione CM, Keeler EB. A metaanalysis of interventions to improve care for chronic illnesses. Am J Manag Care. 2005;11(8):478-88

[50] Bodenheimer T, Wagner EH, Grumbach K. Improving primary care for patients with chronic illness: the Chronic Care Model, Part 2. JAMA. 2002;288(15):1909-14.

[51] Sperl-Hillen JM. Do all components of the chronic care model contribute equally to quality improvement? Jt Comm J Qual Saf. 2004; 30(6): 303-9.

[52] Nuño R. Buenas prácticas en gestión sanitaria: el caso Kaiser Permanente. Rev Adm San. 2007; 5(2):283-92

[53] Servicio Madrileño de Salud. Plan de Promoción de la Salud y Prevención 2011-2013. Madrid: Consejería de Sanidad, Servicio Madrileño de Salud; 2011.

[54] Feachem RG, Sekhri NK, White KL. Getting more for their dollar: a comparison of the NHS with California's Kaiser Permanente. BMJ. 2002;324:135-41.

[55] Humphries, R. Social care funding and the NHS. An impending crisis?. The King's Fund. 2011. Disponible en: http://www.kingsfund.org.uk/publications/social_care_funding.html