

Estrategia gallega para la atención a personas en situación de cronicidad



Estrategia gallega
para la atención a
personas en situación
de cronicidad



PARTICIPANTES EN LOS GRUPOS DE TRABAJO

Alonso Fachado, Alfonso	Fernández Muínelo, Manuel	Rama Pena, M ^a Dolores
Álvarez Prieto, José Luis	González Lorenzo, Portal	Reboredo García, Silvia
Benito Torres, Consuelo	Jorge Sánchez, Ramón	Rey Liste, M ^a Teresa
Blanco Lobeiras, M ^a Sinda	Méndez Fernández, José Antonio	Rey Tristán, M ^a Jesús
Casariego Vales, Emilio	Mosquera Pena, Marcelino	Rodríguez Pomares, Álvaro M.
Castro Pazos, Manuel	Naya Cendón, Consuelo	Silva Tojo, Alfredo
Cimadevila Álvarez, Blanca	Pérez Tenreiro, Marina	Souto Pereira, Montserrat
Fernández Bouza, Elena	Piñeiro Bóveda, Belén	Turienzo Río, Nieves
Fernández García, José Manuel	Pose Reino, Antonio	Ventosa Rial, José Javier

Edita:
Xunta de Galicia
Consellería de Sanidad
Servicio Gallego de Salud
Dirección General de Asistencia Sanitaria

Lugar: Santiago de Compostela

Año: 2018

Diseño y maquetación_
Conchita Viñas González-Zaera
KRISOLA DESEÑO, S.L.U

ESTRATEGIA GALLEGA PARA LA ATENCIÓN A PERSONAS EN SITUACIÓN DE CRONICIDAD

XUNTA DE GALICIA
Consellería de Sanidad-Servicio Gallego de Salud
Santiago de Compostela
2018



09

MODO DE UTILIZACIÓN

índice

Estrategia gallega para la atención a personas en situación de cronicidad

Un click en los encabezamientos de página enlaza con el índice

8	1 Abreviaturas y acrónimos	71
9	2 Introducción	
16	3 Análisis de las enfermedades crónicas. Situación actual	72
34	4 Marcos de respuesta a las enfermedades crónicas	72
40	5 Hechos, evidencias y buenas prácticas en la gestión de la cronicidad	76
44	6 Objetivos de la estrategia	

Anexos

Anexos

Anexo 1. **Evaluación sociosanitaria integral de las necesidades de la/del paciente en situación de CRONICIDAD**

Anexo 2. **Recursos disponibles para el establecimiento del Plan individualizado**

- 2.1. Catálogo de servicios para las/los pacientes y familiares/cuidadores/as
- 2.2. Catálogo de servicios asistenciales a disposición de las/os pacientes y profesionales para dar respuesta a las necesidades de las/dos pacientes.
- 2.3. Programas para las y los profesionales que atienden a personas en situación de cronicidad
- 2.4. Herramientas TIC para las/los profesionales que atienden a las personas



ÍNDICE

Estrategia gallega para la atención a personas en situación de cronicidad



PAG

6	Presentación
1	
8	Abreviaturas y acrónimos
2	
9	Introducción
3	
16	Análisis de las enfermedades crónicas. Situación actual
4	
34	Marcos de respuesta a las enfermedades crónicas
5	
40	Hechos, evidencias y buenas prácticas en la gestión de la cronicidad
6	
44	Objetivos de la estrategia
7	
46	Líneas estratégicas a desarrollar
8	
52	Modelo asistencial propuesto
9	
55	Descripción de los componentes del modelo
10	
63	Implantación de la estrategia
11	
64	Proyectos a desarrollar
12	
67	Evaluación y monitorización de la estrategia

PAG

13	
70	ANEXOS
	Anexo 1
71	Evaluación sociosanitaria integral de las necesidades de la/del paciente en situación de cronicidad
	Anexo 2
72	Recursos disponibles para el establecimiento del Plan individualizado de atención integral
	2.1
72	Catálogo de servicios para las/los pacientes y familiares/cuidadoras/es
	2.2
76	Catálogo de servicios asistenciales a disposición de las/los pacientes y profesionales para dar respuesta a las necesidades de las/los pacientes
	2.3
86	Programas para las y los profesionales que atienden a personas en situación de cronicidad
	2.4
89	Herramientas TIC para las/los profesionales que atienden a las personas en situación de cronicidad
14	
92	BIBLIOGRAFÍA



Presentación

La Estrategia Sergas 2020, contiene entre sus líneas estratégicas la de "Orientar la estructura de prestación de servicios hacia las necesidades de los pacientes. Atención a la cronicidad". Esta línea recoge como primer proyecto la elaboración e implantación de un plan integral de atención sanitaria a los pacientes crónicos. Este documento que tengo el placer de presentar hace efectiva esa propuesta.

La situación sociodemográfica de Galicia, con un alto grado de envejecimiento poblacional, hace necesaria una adaptación organizativa de nuestro sistema sanitario hacia una nueva realidad: las personas en situación de cronicidad.

La atención a las y a los pacientes con condiciones crónicas, -generalmente, pero no siempre, personas de edad-, hace precisa la puesta en marcha de nuevas dinámicas de trabajo que favorezcan una atención sociosanitaria integral, con una visión global de las personas y una perspectiva temporal amplia. Dicha atención debe prestarse por parte de equipos interdisciplinares, formados por profesionales de los servicios sanitarios y sociales, y con la participación activa de la y del paciente pero también de su entorno más inmediato.

Se pretende con esto evitar la progresión de la cronicidad hacia estadios más complejos, aumentar la calidad y la seguridad asistencial y mejorar la satisfacción de las y los pacientes, de la familia y cuidadoras/es, así como de las y los profesionales responsables de su atención.

Garantizar el confort y la calidad de vida de la persona con una enfermedad crónica avanzada y un pronóstico de vida limitado, integrando la atención paliativa como parte final del proceso de cronicidad, son también objetivos a conseguir.

Es por esto que ponemos en marcha esta estrategia, de la que quiero destacar dos innovaciones en la atención: la figura de la/el profesional o equipo de referencia de la o



del paciente crónico, y lo que denominamos Plan individualizado de atención integral. Son estos los dos ejes sobre los que pivota una nueva organización asistencial de la atención a las personas en situación de cronicidad.

El profesional de referencia será quien promueva la coordinación de todos los profesionales que atienden a la/el paciente crónico y será además el gestor del Plan individualizado de atención integral.

Este Plan se elaborará con base en las necesidades de la/del paciente, y recogerá, entre otros aspectos, los objetivos asistenciales, los planes terapéuticos, las tareas a desarrollar por parte de la/del paciente pero también por parte de las/de los profesionales que los atienden, y los calendarios de actuaciones.

Esperamos que esta estrategia que ahora presentamos, -que no olvida los aspectos de formación, investigación o nuevas tecnologías-, consiga sus objetivos, y consigamos -entre todas y todos- dar respuesta a las necesidades sociosanitarias de las personas en situación de cronicidad, y alcanzar el mayor nivel de salud posible para todas y cada una de ellas.

Antes de finalizar quiero agradecer la inestimable colaboración de los miembros de los grupos de trabajo y de las sociedades científicas, así como las importantes aportaciones de las asociaciones de pacientes.

El siguiente paso es llevar a la práctica lo recogido en esta estrategia y que llegue a nuestros pacientes. En esta tarea, además de la implicación de nuestro sistema sanitario y de sus profesionales, es necesaria la participación de la ciudadanía. Es también importante que entre todas y todos difundamos lo aquí recogido para lograr una mejor atención a las personas en situación de cronicidad.

Jesús Vázquez Almuiña
Conselleiro de Sanidad

**01**ABREVIATURAS
Y ACRÓNIMOS

Abreviaturas y acrónimos

ABREVIATURA	Significado
AP	Atención primaria
CMBD-HA	Conjunto Mínimo Básico de Datos - Hospitalización de Agudos
ENSE	Encuesta nacional de salud de España
GMA	Grupos de mortalidad ajustados
ICCC	<i>Innovative Care for Chronic Conditions Framework</i>
IGE	Instituto Gallego de Estadística
INE	Instituto Nacional de Estadística
OMS	Organización Mundial de la Salud
PAC	Punto de atención continuada
SERGAS	Servicio Gallego de Salud
SIDA	Síndrome de inmunodeficiencia adquirida
TIC	Tecnologías de la información y la comunicación
UE	Unión Europea
VIH	Virus de la inmunodeficiencia humana



Introducción

El patrón epidemiológico del siglo XXI, como ya preveía la Organización Mundial de la Salud (OMS) a finales de los años setenta, ha cambiado debido a un aumento de la población mayor de 65 años y, consecuentemente, por el incremento de las enfermedades crónicas. Este patrón origina una mayor demanda de utilización de los servicios sanitarios por parte de las personas en situación de cronicidad. Se estima que esta demanda puede llegar a corresponder, según algunos estudios, al 80% de las consultas en atención primaria y al 60% de los ingresos hospitalarios, con estancias medias de ingreso más prolongadas y con mayor utilización de los servicios de consulta médica, urgencias, hospitalización de día y consumo de medicamentos. Todo ello se estima que implica un 70-75% del gasto sanitario. Sin embargo, este cambio de patrón epidemiológico no ha conllevado una evolución de la organización y gestión de los Servicios de Salud para adaptarse a las nuevas necesidades.

Con esta perspectiva, el modelo asistencial tradicional centrado en la resolución de patologías agudas, y que favorece una atención episódica a los problemas de salud con un enfoque curativo, pierde su vigencia, ya que las principales causas de mortalidad y morbilidad, tanto en España como en los países de nuestro entorno, son las enfermedades crónicas.

Además, las personas con condiciones de salud y limitaciones en su actividad a causa de problemas crónicos son, muchas de ellas, personas ancianas que viven solas, siendo éstas quienes encuentran más dificultades para acceder y transitar por el sistema



sanitario, ya que no existe un adecuado ajuste entre sus necesidades y la atención que reciben.

La división tradicional de la asistencia en dos niveles se va a ver sobrepasada por esta nueva realidad. Por ello se hace necesario desarrollar un enfoque integrador, tanto de los niveles asistenciales como de aquellos otros actores (servicios sociales, salud pública o el tercer sector) implicados en el cuidado de los diferentes aspectos de la salud. Los principales condicionantes de la ineficiencia en la provisión, desarrollo y gestión de los recursos disponibles para atender a la cronicidad, conducen a que los servicios no se presten en el nivel y por el profesional más idóneos. Y esta situación se encuentra agravada por la inapropiada organización de la asistencia sanitaria para este grupo de pacientes que son, por su pluripatología, comorbilidad y complejidad, quienes generan una mayor demanda de atención en los diferentes ámbitos asistenciales y utilizan un mayor número de recursos sanitarios y sociales.

El sistema sanitario debe establecer un nuevo planteamiento en sus políticas de organización, tanto en la definición de nuevas dinámicas de trabajo que favorezcan una atención sociosanitaria integral por procesos asistenciales, así como la definición de estrategias sanitarias de salud a medio plazo, concretadas en programas con una visión más global del individuo (no solo del binomio salud-enfermedad), una perspectiva temporal más amplia y una participación más activa de los pacientes, ciudadanía y asociaciones.

El abordaje de la cronicidad requiere fomentar el trabajo en equipos interdisciplinares, formados por diferentes profesionales de los servicios sanitarios y sociales implicados en la atención a las/los pacientes en situación de cronicidad, que garanticen la continuidad en los cuidados con la máxima participación de la/el paciente y de su entorno.

La incidencia de enfermedades crónicas está aumentado de forma sostenida incluso en países con ingresos bajos y medios. La necesidad de prever y comprender la relevancia de las enfermedades crónicas y de intervenir urgentemente contra ellas es una cuestión cada vez más importante. Por ello, es preciso desarrollar actuaciones estructuradas que refuercen las actividades de prevención y control de las enfermedades crónicas, así como un adecuado mantenimiento de la continuidad asistencial con la adopción de nuevos enfoques organizativos.



La respuesta al incremento de la actividad asistencial que se deriva de las enfermedades crónicas supone un reto para todos los sistemas sanitarios a nivel global. A pesar del envejecimiento poblacional, los recientes avances en la asistencia sanitaria permiten que las/los pacientes crónicos de complejidad alta puedan sobrevivir más años, con lo que se incrementa la necesidad de atención a estos colectivos por parte de los sistemas sanitarios. Las implicaciones para los servicios de salud y la sociedad en su conjunto derivadas de esta situación son considerables.

Por otro lado, las enfermedades crónicas tienen un impacto importante en las economías nacionales, estimando, algunos estudios, que los costes asociados pueden suponer hasta un siete por ciento del producto interior bruto. Los costes sociales para un país provienen tanto de los costes sanitarios directos, incluidos los relacionados con la utilización de la asistencia sanitaria o medicamentos, como de los costes indirectos causados, por ejemplo, por la disminución del trabajo productivo. Estos desafíos requieren medidas eficaces para prevenir la aparición de estas enfermedades, mediante la reducción de los principales factores de riesgo y la adaptación de los sistemas de cuidados a las necesidades causadas por los problemas de salud crónicos y, por último, para garantizar que las personas con estas enfermedades pueden participar de forma activa en la sociedad.

La OMS elaboró el *Plan de acción mundial para la prevención y control de las enfermedades no transmisibles 2013-2020*, que contiene las nueve metas que tendrán el mayor impacto en la mortalidad mundial por enfermedades no transmisibles y que abordan la prevención y la gestión de estas enfermedades. Entre ellas, podemos destacar la reducción relativa de la mortalidad para el año 2025 por enfermedades cardiovasculares, cáncer, diabetes o enfermedades respiratorias crónicas en un 25%, reducción de la prevalencia de actividad física insuficiente en un 10%, reducción de la prevalencia del consumo de tabaco en un 30%, o la reducción de la prevalencia de la hipertensión en un 25% o la contención de la prevalencia de la diabetes u obesidad.



TABLA	1 Metas globales de la OMS para las enfermedades no transmisibles para el año 2025
1	Reducción relativa de la mortalidad general por enfermedades cardiovasculares, cáncer, diabetes o enfermedades respiratorias crónicas en un 25%.
2	Reducción relativa del uso nocivo del alcohol en al menos un 10%.
3	Reducción relativa de la prevalencia de la actividad física insuficiente en un 10%.
4	Reducción relativa de la ingesta poblacional media de sal o sodio en un 30%.
5	Reducción relativa de la prevalencia del consumo actual de tabaco en un 30% en las personas de 15 años o más.
6	Reducción relativa de la prevalencia de la hipertensión en un 25%, o contención de la prevalencia de la hipertensión, en función de las circunstancias del país.
7	Detención del aumento de la diabetes y la obesidad.
8	Tratamiento farmacológico y asesoramiento (incluido el control de la glucemia) de al menos un 50% de las personas que lo necesitan para prevenir ataques cardíacos y accidentes cerebrovasculares.
9	80% de disponibilidad de tecnologías básicas y medicamentos esenciales asequibles, incluidos los genéricos, necesarios para tratar las principales enfermedades no transmisibles, en centros tanto públicos como privados.

Actualmente asistimos a una eclosión de todos los aspectos relacionados con la cronicidad. Todos los sistemas sanitarios de nuestro entorno, están desarrollando estrategias de abordaje de la/el paciente crónico. Mayoritariamente estas estrategias se basan en la implantación de intervenciones y experiencias que hacen que la atención a estas personas sea más accesible, efectiva y eficiente y sustentada en modelos integrales que mejoran la respuesta y la aceptabilidad por parte de las/los pacientes implicados.

Partiendo de unos modelos teóricos, surgieron diferentes experiencias de intervención sobre pacientes con enfermedades crónicas, pero la implantación de éstas en los sistemas sanitarios es muy desigual y limitada, debido tanto a su complejidad como a la habitual resistencia al cambio. Además, es necesario tener presente que la evaluación del impacto de los diferentes modelos de atención sanitaria a las personas con enfermedades crónicas resulta de gran complejidad. Esto es debido a la heterogeneidad en los conceptos que se utilizan -comenzando por la propia definición de enfermedad o condición crónica-, a las diferentes formas de integración asistencial o a los distintos indicadores de resultados que se utilizan.



A nivel nacional, en el año 2012 el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, (MSSSI) publica la *Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad en el Sistema Nacional de Salud* que establece los objetivos y recomendaciones que permitirán orientar la organización de los servicios a la mejora de la salud de la población y sus determinantes, a la prevención de las condiciones de salud y de limitaciones en la actividad de carácter crónico. De esta forma se facilitará un cambio en el enfoque en el Sistema Nacional de Salud que pasará de estar centrado en la enfermedad a orientarse a las personas y a la atención de las necesidades de la población en su conjunto, y de cada individuo en particular. De esta manera, se busca que la asistencia sanitaria resulte adecuada y eficiente, se garantice la continuidad en los cuidados, y se adapte a la evolución de la enfermedad de la/del paciente, favoreciendo su autonomía personal.

En el año 2011 un grupo de trabajo de las Sociedades de Medicina Interna y de Medicina Familiar y Comunitaria, junto con el apoyo de los servicios de salud de las comunidades autónomas, presentó “La Declaración de Sevilla”, un documento de consenso para la atención al paciente con enfermedades crónicas.

El objetivo de la Declaración de Sevilla es promover y estimular, en todas las comunidades autónomas, iniciativas que, coordinadas desde las gerencias de los servicios de salud y en colaboración con las sociedades científicas implicadas y las/los pacientes, reviertan en un plan autonómico de atención a personas en situación de cronicidad en cada comunidad, que esté alineado dentro de una estrategia nacional integrada.

Este documento propone que los diseños de los planes contemplen una serie de propuestas de intervención que se agrupan en tres áreas:

- 1. Paciente y comunidad
- 2. Organización de la atención
- 3. Sistemas de información clínica y toma de decisiones



Galicia, que tiene una población con un elevado envejecimiento, lleva varios años desarrollando programas de atención a las/los pacientes con enfermedades crónicas, cuya descripción se expone dentro de los catálogos de servicios incluidos en los anexos de este documento. Estos programas abarcan desde actuaciones sobre la polimedición, o la mejora de la coordinación asistencial, hasta la aplicación de nuevas tecnologías específicas para la atención de estos pacientes.

Sin embargo, se estima que ha llegado el momento de dar un paso más en la atención a las personas con condiciones crónicas de salud y por ello se ha elaborado la presente [Estrategia gallega para la atención a personas en situación de cronicidad](#). Esta estrategia pretende integrar todos los programas que se vienen desarrollando en los últimos años bajo un modelo de trabajo coordinado e innovador, orientado a incrementar la calidad y seguridad de la atención a las y los pacientes crónicos, la satisfacción de las y los enfermos y la implicación de todos los profesionales.



TABLA 2 Declaración de Sevilla

EL PACIENTE Y LA COMUNIDAD

Realizar una declaración y acción política explícita que facilite la extensión de las políticas y estrategias sobre cronicidad a todas las comunidades autónomas.

Identificar a las personas vulnerables y estratificar a la población, según su nivel de riesgo, para realizar las intervenciones más eficientes y adecuadas a sus necesidades.

Desarrollar iniciativas de identificación e intervención sobre los determinantes sociales y ambientales de las enfermedades crónicas en el contexto de un sistema sanitario equitativo, eficiente y no medicalizado.

Implantar las actividades de prevención y de promoción de la salud con estrategias poblacionales e individuales, evaluables, coste-efectivas y con el mismo nivel de intensidad que el resto de las intervenciones.

Impulsar la participación de la comunidad en la mejora de la salud y en los cuidados en la enfermedad: instituciones públicas y privadas, sistema sanitario, red sociosanitaria, sociedades científicas, asociaciones de pacientes crónicos, voluntariados, bancos del tiempo, farmacias comunitarias cooperando en red y estableciendo convenios de colaboración y complementariedad de servicios.

Prestar ayuda para facilitar el autocuidado y adoptar medidas de apoyo a la familia y a las/los cuidadoras/es.

Fortalecer el papel de la enfermería desarrollando las competencias clínicas necesarias para la prevención de las enfermedades crónicas y para el entrenamiento y seguimiento de las/los pacientes crónicos.

Apoyo a los foros de relación, comunicación y colaboración de pacientes y profesionales y de páginas web de calidad en la red.

ORGANIZACIÓN DE LA ATENCIÓN

La atención primaria ha de ejercer un papel de eje coordinador de los servicios sanitarios y sociales relacionados a través del cual la población tenga un acceso ordenado a los cuidados sanitarios y sociales.

Reforzar el papel del personal médico y de enfermería de familia como agentes principales de la/del paciente y puerta de entrada al sistema, mejorando su capacidad clínica y sus herramientas para la gestión integrada de la/del paciente.

La reorganización del proceso asistencial debe centrarse en las necesidades de la/del paciente potenciando la coordinación intersectorial y la integralidad para facilitar la creación de un marco de atención compartida entre los diferentes ámbitos asistenciales.

La estratificación de la población según su nivel de riesgo ha de permitir identificar a las/los pacientes pluripatológicos, frágiles o con enfermedades avanzadas que requieren el desarrollo de planes específicos de atención continuada.

Es necesario reforzar el papel de las/los profesionales con capacidad integradora tanto en atención primaria como en el hospital. La alianza del personal médico y de enfermería de familia con las/los facultativos de medicina interna y enfermeras/os hospitalarias se está expresando como una alternativa innovadora que potencia la continuidad asistencial y la personalización de la asistencia sanitaria.

Es necesario adecuar los perfiles competenciales de las/los profesionales a las necesidades de la/del paciente crónico reforzando el protagonismo de farmacéuticas/os, trabajadoras/trabajadores sociales y otras/os profesionales que se incorporarán al proceso asistencial.

Es necesario impulsar el protagonismo de las/los profesionales en los servicios de salud potenciando la gestión clínica y una mayor autonomía de los centros.

LA INFORMACIÓN CLÍNICA Y LA TOMA DE DECISIONES

Los sistemas de información clínica deben cumplir dos requisitos fundamentales para facilitar a clínicos y gestores la toma de decisiones: ser útiles y válidos para la evaluación del proceso asistencial y facilitar la autonomía del paciente.

Las tecnologías de la información y la comunicación (TIC) tienen que construir la historia clínica electrónica única por paciente. Esta historia debe incorporar en sus módulos de prescripción elementos de ayuda en la toma de decisiones, integración del conjunto de tratamientos y protección de la seguridad clínica (interacciones, duplicidades o contraindicaciones farmacológicas).

La historia clínica electrónica, virtualmente única ha de permitir no solo el registro de la información clínica, sino que ha de facilitar la comunicación entre los profesionales en un entorno seguro.

La historia clínica electrónica ha de ser diseñada de forma consensuada con los profesionales sanitarios y las sociedades científicas para que responda tanto a las necesidades de información de los gestores como de los clínicos. Debe registrar también las actividades preventivas y los determinantes sociales y ambientales de la enfermedad crónica.

Es necesaria la construcción de indicadores de evaluación acordados con los profesionales de contenido eminentemente clínico que permitan realizar un seguimiento del manejo de los enfermos crónicos y establecer objetivos de calidad asistencial incentivando el cumplimiento de los mismos.

Es necesario evaluar el uso de las TIC para desarrollar nuevas estrategias de relación entre las/los profesionales y las/los pacientes. Estas relaciones han de estar basadas en el impulso a los autocuidados en una/un paciente más informado y con mayor autonomía.

**03**

ANÁLISIS DE LAS
ENFERMEDADES
CRÓNICAS.
SITUACIÓN ACTUAL

Análisis de las enfermedades crónicas. Situación actual

Que la prevalencia de las enfermedades crónicas está aumentando en todos los países, incluso en aquellos en vías de desarrollo, es un hecho que viene apoyado por múltiples estadísticas y datos. Galicia no es ajena a esta situación. En este contexto, la situación en Galicia y en España, en relación a la cronicidad, se sitúa en valores medios con respecto a otros países europeos. En este apartado realizaremos una descripción de los principales indicadores relacionados con las enfermedades crónicas.

1. Población y recursos sanitarios

Galicia a principios del año 2018 contaba con una población censada de 2.708.339 habitantes (48,3% hombres y 51,7% mujeres), distribuida en 313 ayuntamientos. La media de edad de la población gallega es de 46,51 años (en las provincias de Ourense y Lugo llega hasta los 50,06 y los 49,37 años respectivamente), y la esperanza de vida al nacer de 82,63 años (año 2015). El índice de envejecimiento* en Galicia (año 2016) es de 153,69 y en las provincias de Lugo y Ourense de 216,31 y 233,35 respectivamente.

Es importante destacar que la proporción de personas mayores de 65 años en Galicia alcanza uno de los valores más altos del Estado. El porcentaje de población de 65 o más años en el año 2017 era en Galicia de 24,56 (IGE) y en España del 18,7 (INE).

* Relación entre la población mayor de 64 años y la población menor de 20 años expresada en porcentaje, es decir, el número de personas de 65 o más años por cada 100 menores de 20 años.



03

ANÁLISIS DE LAS
ENFERMEDADES
CRÓNICAS.
SITUACIÓN ACTUAL

Las proyecciones del Instituto Nacional de Estadística (INE) para el año 2030 sitúan estos porcentajes en el 30,7 y el 24,9 respectivamente. Por provincias, A Coruña tiene un porcentaje de 23,96 de mayores de 64 años, Lugo un 28,79, Ourense un 30,88 y Pontevedra un 21,75. Es bien conocido que la persona de 65 o más años requiere una atención sanitaria más intensiva y es el principal receptor de recursos sanitarios, representando un gasto sanitario per cápita 2,2 veces mayor que el promedio de la población general.

Ante este desafío, en los diferentes servicios de atención primaria en Galicia trabajan 7.424 personas (año 2017), con la distribución que se indica en la tabla.

TABLA 3 Profesionales en atención primaria	
Médica/o general	2.595
Personal de enfermería	2.168
Auxiliar de enfermería	242
Trabajadora/trabajador social	78
Farmacéutica/o	68
Fisioterapeuta	132
Odontóloga/o	99
Pediatra	327
Matrona/matrón	151
Técnica/o especialista	87
Celadora/celador	355
Función administrativa	1.084
Personal de oficios	37
Facultativa/o especialista de área	1

Fuente: Instituto Gallego de Estadística (IGE)

La atención se presta en 401 unidades de atención primaria, agrupadas en 146 servicios de atención primaria con 399 centros de salud, 71 consultorios locales y 90 puntos de atención continuada (PAC). Se cuenta además con 682 unidades de apoyo (pediatría, odontología, fisioterapia, matronas, farmacia, bucodental, salud mental, orientación familiar, trabajo social, administrativas...).

Además de los recursos de atención primaria, el Servicio Gallego de Salud dispone de una amplia red de centros sanitarios hospitalarios: 7 hospitales comarcales, 4 hospitales de segundo nivel y 3 hospitales de tercer nivel.



03

ANÁLISIS DE LAS
ENFERMEDADES
CRÓNICAS.
SITUACIÓN ACTUAL

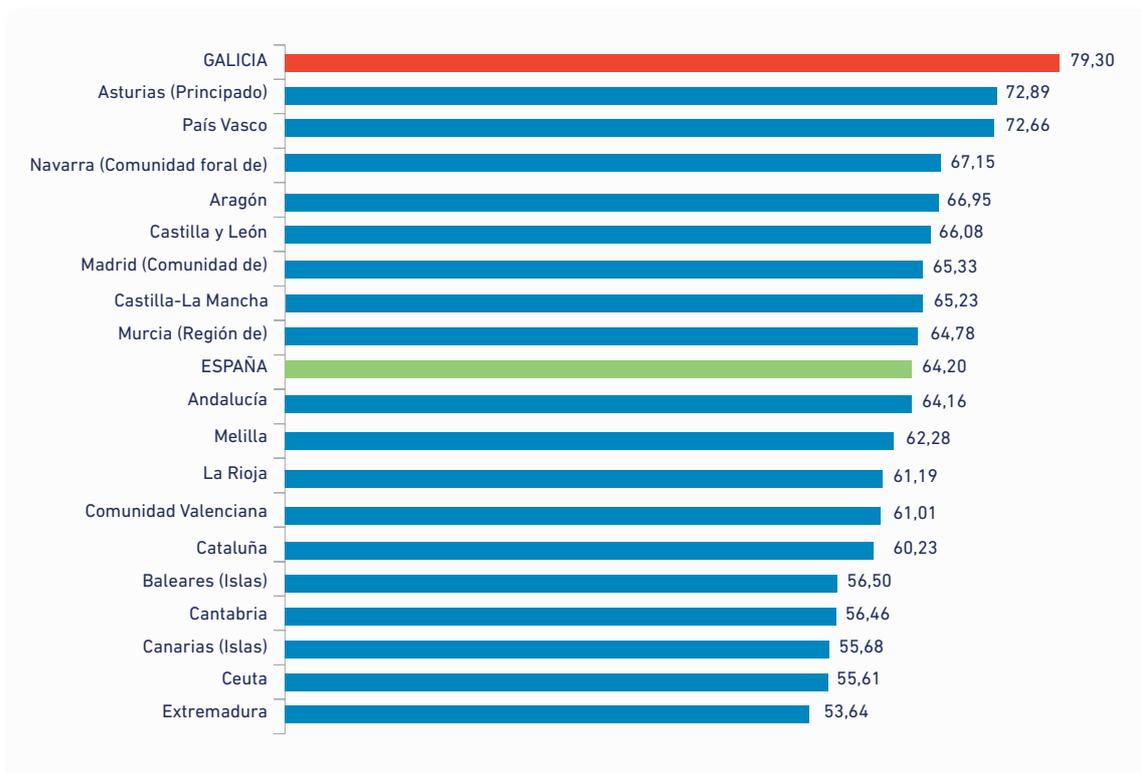
2. Datos sobre morbilidad

Percepción de la ciudadanía sobre la enfermedad crónica

La Encuesta Nacional de Salud de España (ENSE) es un estudio periódico realizado desde 1987 por el Ministerio de Sanidad, con el fin de conocer el estado de salud, los comportamientos relacionados con la misma y el uso y acceso a los servicios sanitarios de la población no institucionalizada residente en España, así como su evolución.

La ENSE se realiza actualmente con periodicidad quinquenal, alternándola cada dos años y medio con la Encuesta Europea de Salud, con la que comparte un amplio grupo de variables nucleares. La metodología utilizada permite continuar las series de los principales indicadores nacionales.

FIGURA 1 Porcentaje de población de 15 y más años con alguna enfermedad o problema de salud crónico percibido. Distribución por comunidades autónomas (ENSE 2017)



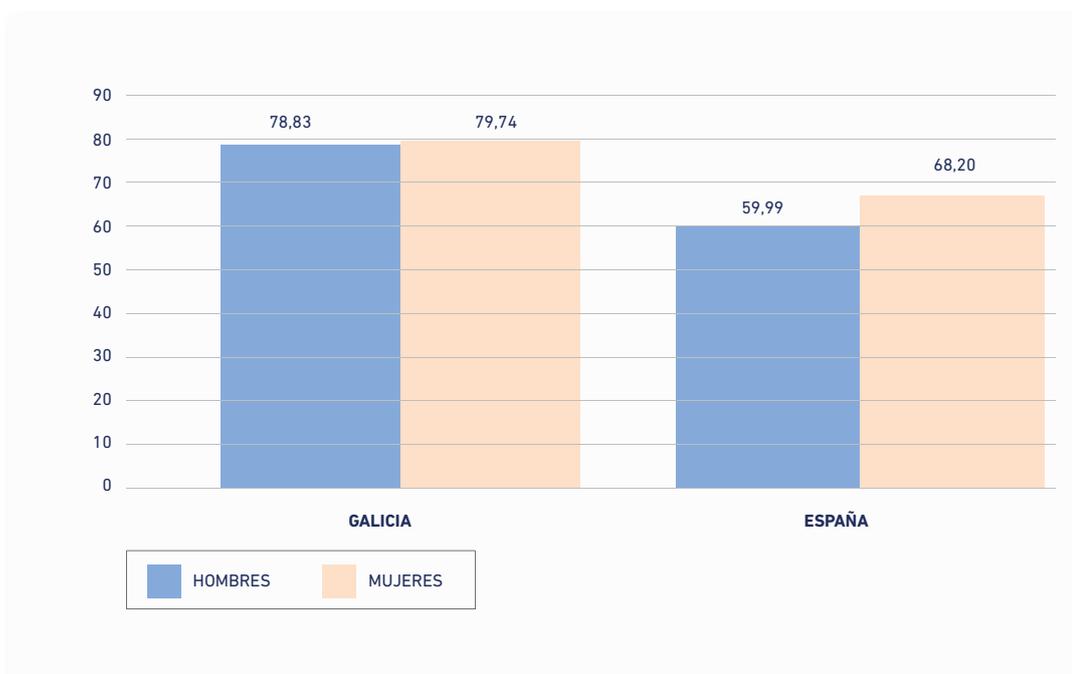


03

ANÁLISIS DE LAS
ENFERMEDADES
CRÓNICAS.
SITUACIÓN ACTUAL

Con respecto a la percepción de la enfermedad crónica, se observa que Galicia está muy por encima del promedio nacional en cuanto al porcentaje de personas que refieren sufrir una patología crónica para ambos sexos (figura 1). Al contrario que en el global de España, en Galicia el porcentaje de hombres y mujeres que autodeclaran una enfermedad crónica es similar. Pero en España, las mujeres dicen padecer una enfermedad crónica, en un mayor porcentaje de casos que los hombres (figura 2).

FIGURA 2 Porcentaje de población de 15 e máis anos con algunha enfermidade ou problema de saúde crónico percibido. Distribución por sexo (ENSE 2017)



Hospitalizaciones evitables

Unos de los indicadores indirectos más utilizados para conocer el impacto de la cronicidad es el de las **hospitalizaciones potencialmente evitables** ya que la mayor parte de ellas ocurren en pacientes con enfermedad crónica.

Se define como el porcentaje de altas de hospitalización convencional y cirugía mayor ambulatoria con diagnóstico principal definido como *ambulatory care sensitive conditions* (ACSC) u hospitalización potencialmente evitable.

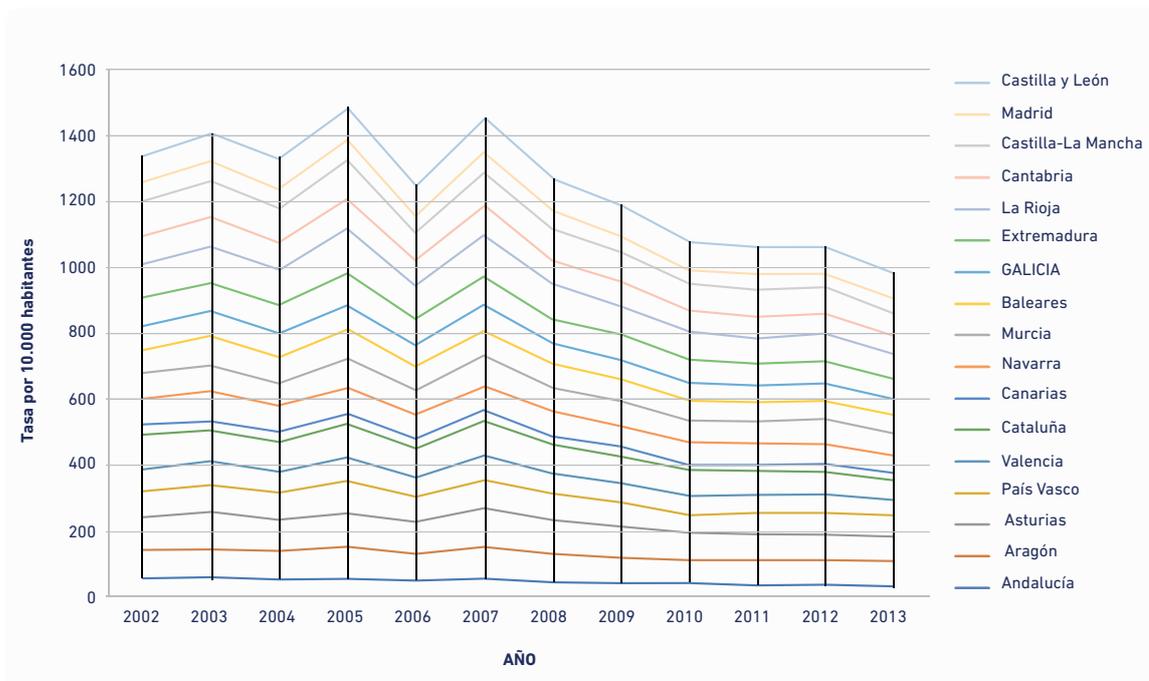
Los datos se extraen del Conjunto Mínimo Básico de Datos de los hospitales de agudos (CMBD-HA). Las ACSC constituyen una medida indirecta de la capacidad de



resolución de los recursos de atención ambulatoria y de los ingresos potencialmente evitables. Las hospitalizaciones evitables son un fenómeno importante tanto desde el punto de vista de la calidad como del coste.

Se presenta en el siguiente cuadro la evolución de las **hospitalizaciones potencialmente evitables** en las 17 comunidades autónomas (Tasas estandarizadas por 10.000 habitantes mayores de 40 años. 2002-2013).

FIGURA 3 Hospitalizaciones potencialmente evitables en mayores de 40 años. (Período 2002-2013)



Galicia presenta unas tasas relativamente bajas de hospitalización potencialmente evitable y una disminución de las mismas en los últimos años similar a otras regiones. Como se puede observar en la tabla siguiente, el valor del cambio porcentual anual ha disminuido durante los últimos 10 años, con una diferencia estadísticamente significativa en la mayoría de las comunidades autónomas.



03

ANÁLISIS DE LAS
ENFERMEDADES
CRÓNICAS.
SITUACIÓN ACTUAL

TABLA 4 Hospitalizaciones potencialmente evitables según comunidad autónoma

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	CPA	Periodo
Andalucía	56,72	58,43	53,30	56,11	47,01	54,30	47,76	42,16	38,75	37,26	35,58	33,95	-5,1 ^a	2002 2013
Aragón	85,52	90,83	87,29	97,28	83,66	96,33	86,70	75,72	77,26	75,09	76,96	77,28	-1,8 ^a	2002 2013
Asturias	100,97	105,80	94,03	103,29	95,52	119,24	102,88	96,93	82,24	79,37	80,56	74,71	1,70	2002 2007
													-6,2 ^a	2007 2013
País Vasco	81,62	81,46	80,61	92,67	77,29	89,98	80,23	73,88	55,13	64,68	63,29	58,73	-3,5 ^a	2002 2013
Valencia	67,68	73,36	69,17	74,17	61,14	70,09	61,12	58,34	55,53	54,07	54,46	50,19	-3,2 ^a	2002 2013
Cataluña	101,09	96,96	87,54	100,59	86,51	104,38	87,41	82,35	74,65	69,52	69,74	60,75	-4,1 ^a	2002 2013
Canarias	31,96	31,71	30,13	31,65	29,39	30,61	24,68	23,72	22,22	24,60	24,71	21,48	-3,7 ^a	2002 2013
Navarra	81,67	84,11	75,44	83,38	69,06	78,56	72,75	69,03	60,99	62,53	63,72	57,17	-3,2 ^a	2002 2013
Murcia	73,21	78,91	72,47	85,56	76,53	91,74	76,72	73,94	69,43	64,97	67,45	65,71	2,40	2002 2007
													-4,6 ^a	2007 2013
Baleares	72,54	86,68	77,59	83,77	68,12	74,14	66,83	65,40	56,45	55,31	57,62	52,16	-4,1 ^a	2002 2013
GALICIA	74,09	79,02	74,71	80,00	70,04	75,09	64,25	58,69	54,23	53,50	54,62	52,49	-4,1^a	2002 2013
Extremadura	81,00	86,10	83,37	94,99	78,94	90,37	72,21	73,17	73,36	71,06	70,72	62,19	-2,6 ^a	2002 2013
La Rioja	104,10	110,91	110,94	138,73	99,81	125,69	106,97	89,91	85,54	74,66	76,20	68,52	7,70	2002 2005
													-7,6 ^a	2005 2013
Cantabria	82,26	89,73	78,82	89,27	78,11	88,94	75,08	73,46	65,66	65,33	65,74	59,78	-3,3 ^a	2002 2013
Castilla-La Mancha	112,53	111,42	106,61	117,35	83,80	99,07	97,58	91,73	77,84	84,20	78,83	69,72	-4,1 ^a	2002 2013
Madrid	51,58	56,77	55,05	59,92	50,32	58,73	49,02	49,37	44,95	45,24	43,93	40,58	-2,8 ^a	2002 2013
Castilla-León	80,20	84,73	88,79	100,15	90,41	106,00	93,85	89,66	80,88	79,44	80,05	75,70	4,2 ^a	2002 2007
													-5,0 ^a	2007 2013

CPA: cambio porcentual anual.

^aCambio porcentual anual significativo en el periodo correspondiente.

Fuente: Angulo-Pueyo E, Martínez-Lizaga N, Ridao-López M, García-Armesto S, Bernal-Delgado E. Evolución de las hospitalizaciones potencialmente evitables por condiciones crónicas en España. Gac San. 2016; 30(1): 52- 4.

Disponible en: <http://www.gacetasanitaria.org/es/evolucion-las-hospitalizaciones-potencialmente-evitables/articulo/S0213911115002125/> (ver material suplementario).



03

ANÁLISIS DE LAS
ENFERMEDADES
CRÓNICAS.
SITUACIÓN ACTUAL

3. Determinantes de salud

Se presentan a continuación datos específicos de Galicia relativos a la distribución de los principales **determinantes de la aparición de enfermedades crónicas o de su empeoramiento**.

TABLA 5 Prevalencia de fumadores			
ÁREA SANITARIA	TOTAL	HOMBRES	MUJERES
	%	%	%
Galicia	21,8	25,4	18,4
A Coruña	21,3	23,9	19,1
Santiago	21,2	26,9	15,8
Ferrol	21,5	21,7	21,3
Lugo	19,8	22,7	17,2
Ourense	22,3	27,7	17,3
Pontevedra	23,2	25,8	20,6
Vigo	22,9	26,7	19,2

Fuente: Sistema de Información sobre Conductas de Riesgo de Galicia (SICRI), año 2015

TABLA 6 Prevalencia de ex-fumadores			
ÁREA SANITARIA	TOTAL	HOMBRES	MUJERES
	%	%	%
Galicia	27,2	36,9	18,4
A Coruña	27,8	37,2	19,9
Santiago	27,5	35,9	19,5
Ferrol	31,0	46,4	16,9
Lugo	26,0	37,7	15,6
Ourense	25,1	33,1	17,7
Pontevedra	23,9	32,3	15,7
Vigo	28,6	38,0	19,7

Fuente: Sistema de Información sobre Conductas de Riesgo de Galicia (SICRI), año 2015

TABLA 7 Prevalencia de sobrepeso ($25 \leq \text{IMC} < 30$)			
ÁREA SANITARIA	TOTAL	HOMBRES	MUJERES
	%	%	%
Galicia	38,7	45,0	32,9
A Coruña	38,0	45,3	31,9
Santiago	38,1	43,1	33,2
Ferrol	39,8	42,7	37,1
Lugo	40,3	47,1	34,3
Ourense	41,1	47,4	35,3
Pontevedra	38,0	44,2	32,0
Vigo	37,6	45,1	30,4

Fuente: Sistema de Información sobre Conductas de Riesgo de Galicia (SICRI), año 2015



03

ANÁLISIS DE LAS
ENFERMEDADES
CRÓNICAS.
SITUACIÓN ACTUAL

TABLA 8 Prevalencia de obesidad (IMC \geq 30)

ÁREA SANITARIA	TOTAL	HOMBRES	MUJERES
	%	%	%
Galicia	17,3	17,7	17,0
A Coruña	16,8	17,3	16,5
Santiago	19,2	20,0	18,4
Ferrol	18,4	18,2	18,6
Lugo	15,8	17,9	14,0
Ourense	15,5	15,5	15,5
Pontevedra	16,6	18,6	14,6
Vigo	18,0	16,4	19,6

Fuente: Sistema de Información sobre Conductas de Riesgo de Galicia (SICRI), año 2015

TABLA 9 Prevalencia de sedentarismo
(gasto energético semanal \leq 1.000 Kilocalorías)

ÁREA SANITARIA	TOTAL	HOMBRES	MUJERES
	%	%	%
Galicia	37,2	30,5	43,8
A Coruña	36,4	30,4	41,7
Santiago	39,1	32,8	45,7
Ferrol	38,8	30,2	48,2
Lugo	36,7	29,1	44,0
Ourense	34,2	26,4	42,0
Pontevedra	37,3	31,5	43,0
Vigo	37,9	31,4	44,1

Fuente: Sistema de Información sobre Conductas de Riesgo de Galicia (SICRI), año 2015

TABLA 10 Prevalencia de diabetes
(personas que actualmente toman medicación)

ÁREA SANITARIA	TOTAL	HOMBRES	MUJERES
	%	%	%
Galicia	6,6	7,2	6,1
A Coruña	6,7	7,1	6,4
Santiago	5,3	5,7	4,9
Ferrol	8,7	7,8	9,5
Lugo	5,6	6,4	4,9
Ourense	7,5	8,2	6,8
Pontevedra	5,9	7,8	4,0
Vigo	7,5	8,2	6,8

Fuente: Sistema de Información sobre Conductas de Riesgo de Galicia (SICRI), año 2015



TABLA 11 Prevalencia de hipertensión arterial
(personas que actualmente toman medicación)

ÁREA SANITARIA	TOTAL	HOMBRES	MUJERES
	%	%	%
Galicia	19,2	17,8	20,4
A Coruña	17,9	15,6	19,8
Santiago	19,9	18,0	21,8
Ferrol	21,3	21,6	21,1
Lugo	20,8	20,7	20,8
Ourense	21,9	18,1	25,4
Pontevedra	16,0	14,4	17,5
Vigo	18,4	18,5	18,4

Fuente: Sistema de Información sobre Conductas de Riesgo de Galicia (SICRI), año 2015

TABLA 12 Prevalencia de hipercolesterolemia
(personas que actualmente toman medicación)

ÁREA SANITARIA	TOTAL	HOMBRES	MUJERES
	%	%	%
Galicia	15,7	14,2	17,0
A Coruña	15,3	12,4	17,8
Santiago	12,4	10,3	14,4
Ferrol	19,8	17,0	22,4
Lugo	15,4	14,8	16,0
Ourense	17,6	16,6	18,5
Pontevedra	13,6	12,8	14,3
Vigo	17,3	17,2	17,4

Fuente: Sistema de Información sobre Conductas de Riesgo de Galicia (SICRI), año 2015



4. Estratificación de pacientes

La estratificación de las/los pacientes en situación de cronicidad es fundamental en cuanto al establecimiento de la prioridad para la asignación de los recursos necesarios.

La estratificación de riesgos es una herramienta que permite identificar a las/los pacientes con mayor probabilidad de empeorar o de padecer un nuevo problema de salud, que requieran una atención más intensa o mayores recursos de salud en el futuro. Sirve así para definir anticipadamente intervenciones que se adapten a sus necesidades de cuidados sanitarios.

Las herramientas de riesgo tienen dos utilidades:

- a) **La identificación de pacientes que puedan beneficiarse de intervenciones para prevenir eventos no deseados** (*case finding*). Permite anticipar los cuidados sobre aquellos colectivos de pacientes que son más susceptibles de que, interviniendo sobre ellos, el curso clínico puede evolucionar positivamente.
- b) **La planificación de intervenciones y su financiación**. Permite mejorar la planificación y gestionar de manera eficiente los recursos, distribuyendo mejor los presupuestos o la financiación. Ajustar la asignación de recursos a los riesgos, permite que sea proporcional a la morbilidad de la población respectiva.

Desde el año 2011 Galicia participa, junto con el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad y otras comunidades autónomas, en el desarrollo del **estratificador por grupos de morbilidad ajustados (GMA)**.

En este estratificador la multimorbilidad se recoge en grandes grupos, denominados grupos de morbilidad, donde se clasifica a los usuarios teniendo en cuenta la tipología de sus enfermedades (aguda, crónica u oncológica), y en el caso de presencia de enfermedad crónica, identificando si ésta es única o no (multimorbilidad).



03

ANÁLISIS DE LAS
ENFERMEDADES
CRÓNICAS.
SITUACIÓN ACTUAL

Los grupos de morbilidad generados son los siguientes:

- 1. Población sana.
- 2. Embarazo y/o parto.
- 3. Patología aguda.
- 4. Enfermedad crónica en un sistema.
- 5. Enfermedad crónica en 2 o 3 sistemas.
- 6. Enfermedad crónica en 4 o más sistemas.
- 7. Neoplasias en el período.

Cada grupo de morbilidad (excepto en el caso de la población sana) se divide en 5 subgrupos o niveles de complejidad, complejidad que se identifica a nivel individual teniendo en cuenta toda la morbilidad presente en el enfermo. Dicha complejidad se obtiene a partir de modelos cuali-cuantitativos en los que se recogen las necesidades asistenciales de los usuarios en función de variables como la mortalidad, el riesgo de ingreso, las visitas en atención primaria, o la prescripción.

TABLA 13 Grupos de morbilidad y niveles de complejidad basados en los GMA

GRUPO DE MORBILIDAD	NIVEL DE COMPLEJIDAD				
Pacientes con neoplasias activas	1	2	3	4	5
Pacientes con patología crónica en 4 o más sistemas	1	2	3	4	5
Pacientes con patología crónica en 2-3 sistemas	1	2	3	4	5
Pacientes con patología crónica en 1 sistema	1	2	3	4	5
Pacientes con patología aguda	1	2	3	4	5
Embarazos y partos	1	2	3	4	5
Población sana	1				

Además, el Servicio Gallego de Salud desarrolló en los últimos 5 años un estratificador basado en el consumo de recursos sanitarios, que clasifica a la población en función de los recursos sanitarios utilizados por cada paciente. Asociado a este estratificador, basado en consumo de recursos, se dispone también de un indicador por medio de etiquetas clínicas que especifica las patologías crónicas relevantes que sufre cada paciente. El análisis de ambos en conjunto, permitirá que el profesional conozca tanto la situación clínica de la persona como los recursos que se le están adjudicando. Así será posible identificar a aquellos pacientes situados en los estratos de mayor complejidad donde va a ser necesario intensificar los cuidados.



03

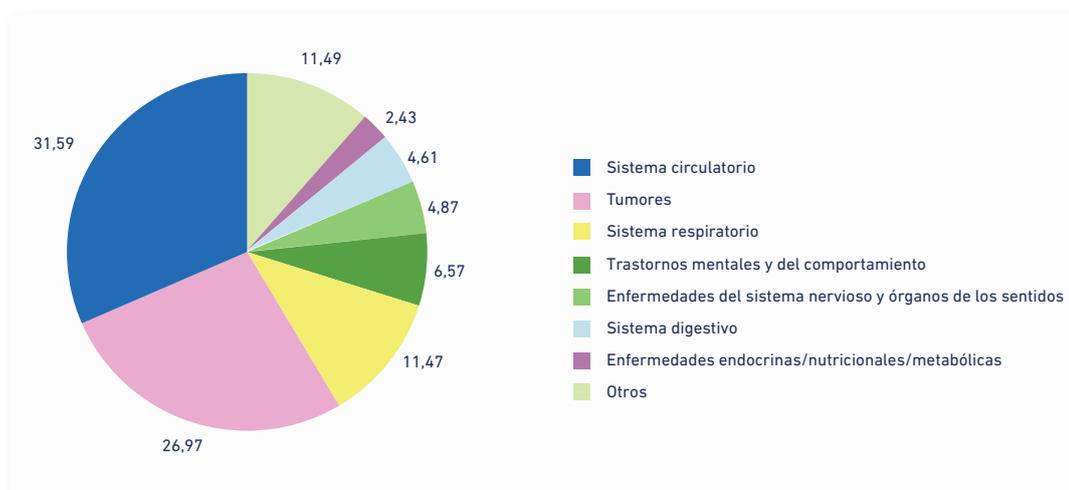
ANÁLISIS DE LAS
ENFERMEDADES
CRÓNICAS.
SITUACIÓN ACTUAL

5. Datos de mortalidad

Según el informe de la Organización Mundial de la Salud "Enfermedades no transmisibles (ENT). Perfiles de países 2014", en España se estima que las enfermedades crónicas causan alrededor del 90% de todas las muertes. En relación a la mortalidad prematura debida a las ENT, la probabilidad de fallecer entre los 30 y los 70 años debido a las 4 ENT principales es del 11%. De mayor a menor riesgo, se sitúan: las neoplasias, las enfermedades cardiovasculares, otras ENT, las enfermedades respiratorias crónicas y la diabetes mellitus.

En el gráfico siguiente se reflejan los datos de mortalidad en Galicia por grandes grupos de causa.

GRÁFICO 1 Mortalidad por grandes grupos. Porcentajes. Galicia 2015



6. La opinión de los profesionales

En el desarrollo de esta estrategia, ha sido fundamental contar con la opinión de los profesionales que ejercen su labor dentro del Servicio Gallego de Salud. Ellos serán quienes tendrán que desarrollarla y definir las actuaciones necesarias a nivel micro para llevarla a cabo. Durante el proceso de elaboración de esta estrategia, se recogieron las opiniones de los profesionales, que sirvieron de base para la consecución de este documento.

Se constituyeron cuatro grupos de trabajo multidisciplinares en los que estaban representadas todas las áreas sanitarias del Servicio Gallego de Salud y sociedades científicas.



03

ANÁLISIS DE LAS
ENFERMEDADES
CRÓNICAS.
SITUACIÓN ACTUAL

Se abordaron las siguientes áreas relacionadas con la cronicidad:

- Marco conceptual/alcance de la estrategia
- Plan individualizado de atención integral
- Proceso asistencial (flujos y responsabilidades)
- Indicadores y sistemas de evaluación

Se tuvieron en cuenta además las opiniones de los profesionales recogidas para la elaboración de la Estrategia Sergas 2020 y de la autoevaluación de los modelos de atención a la cronicidad en el Servicio Gallego de Salud con el instrumento IEMAC 75.



Estrategia Sergas 2020

En la recogida de opinión entre profesionales y partes interesadas realizada para la elaboración de la Estrategia Sergas 2020 se identificó la cronicidad como el segundo reto más importante a los que se enfrenta el sistema sanitario gallego. En este apartado se realizaron 190 aportaciones que pueden resumirse en las siguientes:

1. Fortalecimiento de la atención primaria

- Reorganizar la enfermería de AP, fomentando la atención domiciliaria. Pasar de atender a la/el paciente crónico cuando lo demande a una cultura más proactiva con cuidados domiciliarios que fomenten la prevención y la atención sanitaria, minimizando en lo posible las recaídas de sus procesos crónicos, siempre en coordinación con el resto de profesionales.
- Acercar el tratamiento crónico al domicilio y/o a los centros más cercanos a la/el paciente, utilizando los avances de cada especialidad.

2. Coordinación atención primaria – atención hospitalaria

- Mejorar la coordinación entre niveles asistenciales. Es preciso fomentar aspectos como el trabajo integrado entre ambos ámbitos asistenciales, fundamentalmente en lo que hace referencia a las enfermedades crónicas.
- Diseminar la teleasistencia. Importancia de la implantación de teleasistencia en el hogar e implicación del personal de enfermería como referentes de pacientes crónicos.
- Potenciar la hospitalización a domicilio. La hospitalización a domicilio garantiza una asistencia de calidad en un entorno más amable para la/el paciente y disminuye los costes a medio plazo.
- Mejorar la coordinación sociosanitaria. La mayor parte de las enfermedades padecidas por las personas mayores son de naturaleza crónica y larga evolución, por lo que necesitan, en



03

ANÁLISIS DE LAS
ENFERMEDADES
CRÓNICAS.
SITUACIÓN ACTUAL

muchas ocasiones, ser evaluadas periódicamente y en otras muchas ser hospitalizadas/institucionalizadas. En este sentido, la atención podría ser realizada a nivel domiciliario a través de las TIC.

- Potenciar los aspectos sociosanitarios. En vez de medicalizar la sociedad, socializar la medicina, potenciando nuestra implicación con las residencias de la tercera edad, los colegios, los medios de comunicación, las universidades...

3. Coordinación sociosanitaria y desarrollo de la salud comunitaria

- Integración con los servicios sociales. Diseñar los procesos asistenciales que permitan una atención integral a las personas, con una visión 360° de su situación personal y familiar.
- Abordar la atención del anciano ingresado en residencias. Se ingresan repetidamente en los hospitales cada vez más, se mueren en los hospitales cada vez más, cada vez son más, no están bien atendidos, consumen muchos recursos inadecuados, bloquean las camas hospitalarias, se desorientan, se hacen cada vez más dependientes.
- Fomentar la prevención precoz de las enfermedades crónicas, actuando sobre los factores de riesgo a través de la educación, el autocuidado y el empoderamiento de la/el paciente, de la familia y de la comunidad. Para ello se cuenta con el ámbito idóneo que es el primer nivel de atención (atención primaria) y con el personal más cualificado de medicina y enfermería familiar y comunitaria.

4. Definición de un nuevo modelo asistencial

- Cambio de modelo asistencial. El patrón demográfico ha cambiado, el epidemiológico también, pero el modelo asistencial no se ha modificado lo necesario para hacer frente a esta nueva realidad.



03

ANÁLISIS DE LAS
ENFERMEDADES
CRÓNICAS.
SITUACIÓN ACTUAL

- Valoración integral de la/el paciente con especial atención al aspecto funcional. Cada vez las/los pacientes que ocupan las camas de nuestros hospitales son más mayores y para poder atenderlos debemos no sólo valorar y dar respuesta a la enfermedad aguda sino a la/el paciente en su conjunto y a la repercusión que la enfermedad tiene en distintos aspectos funcionales, mentales y sociales. El hospital no puede ser causa de pérdida de autonomía sino todo lo contrario. El personal y las instalaciones han de adaptarse a las/los pacientes y no a la inversa.
- Atención a la/el paciente polimedicado. Control de la/el paciente polimedicado, comprobando que su tratamiento está ajustado y no duplicado, así como la adherencia al mismo.
- Poner en marcha programas de cronicidad. Tenemos una de las poblaciones con mayor esperanza de vida pero también con una importante comorbilidad. Es nuestra obligación garantizar una buena sanidad con costes asumibles.
- Mejorar la atención a pacientes crónicos/frágiles en los hospitales. Detectar las/los pacientes frágiles cuando ingresan en los hospitales, y asignarle médica/o o enfermera/o de referencia para coordinar los tratamientos/cuidados y evitar eventos adversos.
- Cuidados paliativos en pacientes con enfermedades crónicas avanzadas que los precisen. Muchos de los ingresos hospitalarios son debidos a pacientes que están en una situación terminal de un proceso crónico y que no saben cómo afrontar esta situación. Es muy importante que se entregue un documento de instrucciones previas y que todo el personal del Servicio Gallego de Salud reciba formación en cuidados paliativos.
- Diseñar procesos, rutas, vías rápidas y generar consenso clínico sobre las patologías más prevalentes y la multimorbilidad.



03

ANÁLISIS DE LAS
ENFERMEDADES
CRÓNICAS.
SITUACIÓN ACTUAL

Instrumento de evaluación de modelos de atención a la cronicidad (IEMAC 75)

IEMAC/ARCHO es una herramienta que permite la autoevaluación de las organizaciones en relación a su grado de implantación de modelos de gestión de la cronicidad. Mide la progresión de las organizaciones en su transformación hacia el abordaje de la cronicidad de forma sencilla, válida y con sensibilidad suficiente.

En el mes de julio de 2017 se llevó a cabo una autoevaluación de los modelos de atención a la cronicidad en el Servicio Gallego de Salud. Para ello, se creó un grupo de trabajo interdisciplinar en cada área sanitaria. En conjunto participaron 120 profesionales.

En cada una de las reuniones se procedió al análisis de la situación de la atención al paciente crónico y pluripatológico en el área sanitaria, mediante el **Instrumento de Evaluación de Modelos de Atención a la Cronicidad (IEMAC 75)**. Se detectaron las siguientes oportunidades de mejora:

1. Desarrollo de nuevas herramientas de gestión y extensión de las ya conocidas.

- La historia clínica electrónica, altamente valorada por el personal sanitario, debe incorporar como usuarios a otras profesiones para el desarrollo de un modelo de gestión integral de pacientes.
- Puesta en marcha de un modelo de estratificación de pacientes.
- Potenciar los programas de conciliación farmacológica y de revisión sistemática de la medicación, especialmente de las/los pacientes polimedcados.

2. Elaboración de un plan de atención individualizado y fomento del autocuidado.

- Desarrollo del plan de atención personalizada a la/el paciente crónico y pluripatológico. Su objetivo es dar una atención personalizada, directamente desde los centros de salud y a domicilio a estos pacientes para evitar la reagudización de sus procesos, mantener su situación de salud y autonomía, y potenciar la coordinación de los equipos asistenciales implicados en su cuidado.

**03**

ANÁLISIS DE LAS
ENFERMEDADES
CRÓNICAS.
SITUACIÓN ACTUAL

El plan debe estar elaborado por personal médico/enfermería, e incorporar a otros profesionales como las/los trabajadoras/es sociales o de las unidades de farmacia, cuando existan necesidades sociales o de abordaje de polimedicación.

- Trabajar la dimensión de apoyo al autocuidado, incorporando programas estructurados que alcancen a toda la población susceptible de mejoras con estos programas.
- La persona cuidadora es un miembro fundamental del equipo interdisciplinar de atención y seguimiento de la/el paciente en cualquier modelo de atención a la/el paciente crónico y pluripatológico. En Galicia, teniendo en cuenta la situación demográfica y social, se hace necesario potenciar este rol de persona cuidadora e introducir programas de apoyo para esta figura.

3. Definición de un nuevo modelo asistencial

- Formular una estrategia de cronicidad del Servicio Gallego de Salud, con un plan de implementación que incluya indicadores de seguimiento y evaluación sistemática.
- Consensuar los modelos "locales" de atención a la/el paciente pluripatológico y definir un proceso compartido y global del Servicio Gallego de Salud, susceptible de ser implementado y evaluado en las áreas sanitarias.
- Desarrollo de nuevas competencias profesionales. Se identifica la oportunidad de introducir una agenda de formación continuada de desarrollo de competencias, orientadas a mejorar la atención de la/el paciente crónico, priorizando los procesos de transición entre niveles y la continuidad de cuidados, así como la formación en entrevista motivacional.



Marcos de respuesta a las enfermedades crónicas

Para mejorar el abordaje de cualquier problema y poder desarrollar las soluciones más adecuadas es importante definir los conceptos y los marcos conceptuales que se van a emplear, aspectos que se concretan en este apartado.

Concepto de cronicidad y paciente crónico

Los términos “**cronicidad**”, “**enfermedad crónica**”, “**paciente crónico**” han tenido y siguen teniendo múltiples definiciones, lo que ha conducido a soluciones asistenciales diferentes según el desarrollo conceptual que se haya hecho en cada caso.

La OMS orienta su conceptualización de cronicidad hacia las enfermedades no transmisibles, de larga duración (6 meses) y progresión lenta. Para otros sistemas de salud como el australiano, las enfermedades crónicas son enfermedades permanentes, que conducen a discapacidad, causadas por alteraciones patológicas no reversibles, que necesitan especial aprendizaje de los pacientes para rehabilitación o que puede que se espere un largo período de atención sanitaria. En los diferentes programas, planes o estrategias de atención a la cronicidad de las diferentes comunidades autónomas la lista de patologías que se incluyen dentro del concepto “cronicidad” es muy diferente. La inclusión del cáncer no siempre se hace y para patologías crónicas transmisibles como el sida tampoco hay ningún acuerdo.

La estrategia gallega utilizará el término **PACIENTES "EN SITUACIÓN DE CRONICIDAD"**, considerando como tales:

- Pacientes que tienen –al menos- una **enfermedad de larga duración** (>6 meses) y progresión lenta (ej. cáncer, tuberculosis), cuyo fin o curación es impredecible.
- Pacientes que tienen una **"condición crónica"**, entendiendo como "condición crónica" la enfermedad (ej. diabetes) o el parámetro fisiológico (ej. hipertensión) que es permanente, que no tiene curación, independientemente de la forma de adquisición (genética, transmisibles, accidental, edad...) y que es de larga evolución.

Desde esta perspectiva la estrategia gallega incluirá enfermedades no transmisibles y enfermedades transmisibles como el sida o la hepatitis C. Las "condiciones crónicas" abarcan un campo enormemente amplio de situaciones clínicas que, superficialmente, podrían parecer inquietudes de salud diferentes. Enfermedades transmisibles persistentes (por ejemplo, infección por el VIH/sida), y enfermedades no transmisibles (por ejemplo, enfermedades cardiovasculares, cáncer y diabetes), ciertos trastornos mentales (por ejemplo, depresión y esquizofrenia) y deficiencias en la estructura (por ejemplo, amputaciones, ceguera y trastornos de las articulaciones), aún cuando al parecer son diferentes, todas caen en la categoría de condiciones crónicas según la OMS.

➔ **A la hora de implantar la estrategia se tendrá presente la prevalencia e incidencia de las diferentes situaciones de cronicidad, comenzando su aplicación por aquellas más prevalentes y por las/los pacientes afectadas/os por varias condiciones crónicas.**


 04

MARCOS DE
RESPUESTA A LAS
ENFERMEDADES
CRÓNICAS

Esta estrategia también utilizará las siguientes definiciones:

1. **Pacientes en situación de cronicidad de baja complejidad:** paciente con condición crónica tipo hipertensión arterial, o con una enfermedad crónica controlada que no precisa recursos especializados para su control y está estable en su situación.
2. **Pacientes en situación de cronicidad de complejidad media:** pacientes con más de una enfermedad crónica o con una enfermedad que precisa recursos más avanzados para su control y está estable en su situación.
3. **Pacientes en situación de cronicidad de complejidad alta:** paciente pluripatológico que precisa conocimientos y recursos específicos para su control y que no está estable. También el denominado **paciente crónico complejo (PCC):** persona cuya gestión clínica es percibida como especialmente difícil por sus profesionales referentes. Las criterios para incluir a un paciente en este grupo son:

- **Criterios relacionados con el propio paciente:** perfil de morbilidad, semiología y tipo de crisis, características evolutivas, consumo de recursos, especialmente en franjas de edades extremas.
- **Criterios que dependen de los profesionales:** multidisciplinariedad, transiciones frecuentes, riesgo de exposición a criterios asistenciales discrepantes o a situaciones de incertidumbre clínica.

4. **Paciente crónico avanzado:** paciente con complejidad asociada a un pronóstico de vida limitado, una aproximación paliativa presente, importante, creciente y, finalmente, a la planificación anticipada de decisiones.
5. **Paciente frágil:** paciente, con frecuencia anciano, en el que concurren varias enfermedades crónicamente sintomáticas, con frecuentes reagudizaciones, que repercuten negativamente sobre su situación funcional y que generan una importante demanda en los diferentes niveles asistenciales.

Complementando lo anterior se define:

6. **Paciente activo:** paciente que se preocupa por su salud y se hace responsable de obtener la mejor asistencia sanitaria posible y de controlar la evolución de



04

MARCOS DE
RESPUESTA A LAS
ENFERMEDADES
CRÓNICAS

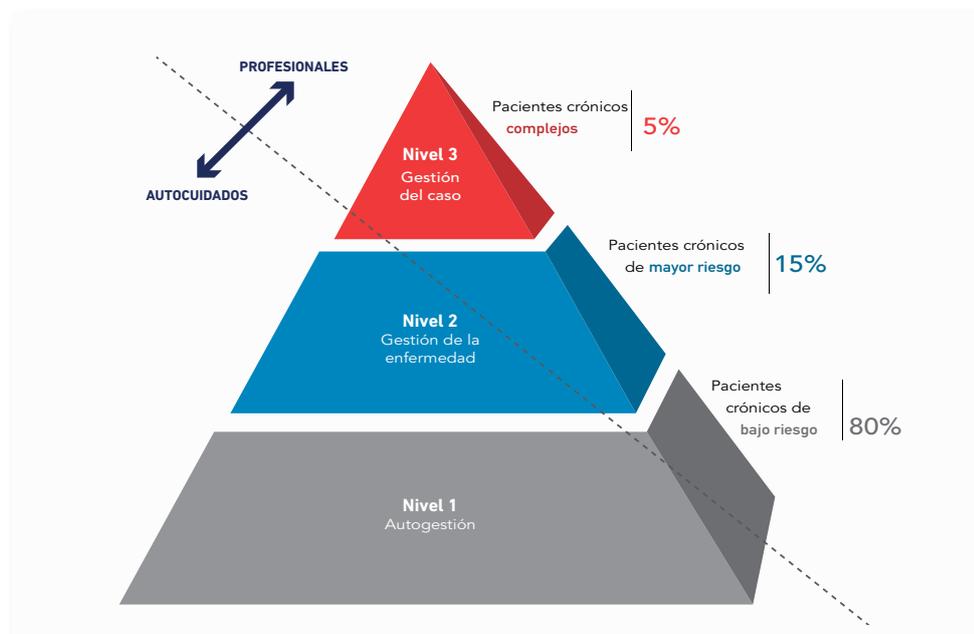
su enfermedad. A veces, este rol lo asume una/un familiar directo de la/del paciente. El concepto de paciente activo está vinculado al de empoderamiento (*empowerment*) de las/los pacientes. Por otra parte, también se considera al paciente activo como la persona que tiene el conocimiento y las habilidades necesarias para hacerse responsable de su salud, establecer un modelo deliberativo de relación con los profesionales que le atienden, y definir objetivos terapéuticos de forma compartida con estos profesionales, y así tomar las decisiones que le permiten asumir esos objetivos.

Análisis de los marcos teóricos de intervención

Existen una serie de modelos conceptuales de referencia sobre los que desarrollar las estrategias y que han sido tenidos en cuenta para este documento. Los más importante son:

1. El modelo de estratificación de riesgos poblacionales de la Pirámide de Kaiser Permanente, que identifica tres niveles de intervención según el grado de complejidad de la/del paciente crónico.

FIGURA 4 Pirámide de Kaiser Permanente



La estratificación de los riesgos es una técnica que nació en los Estados Unidos por razones económicas impulsada por las aseguradoras. En ellas el individuo se clasifica en distintas categorías de acuerdo a su probabilidad de sufrir un



04

MARCOS DE
RESPUESTA A LAS
ENFERMEDADES
CRÓNICAS

deterioro de su salud. Su aplicación en los sistemas sanitarios posibilita identificar los sujetos que precisen de actuaciones más intensivas (ancianos, pluripatológicos, crónicos...), de manera que permite optimizar la asignación de recursos, promover el autocuidado, priorizar la intensidad de las intervenciones y evitar ingresos hospitalarios no programados.

2. **Modelo de Atención a Crónicos (*The Chronic Care Model – CCM*):** en este modelo la atención a las personas con enfermedades crónicas se hace desde tres perspectivas que se superponen:

- 1. **La comunidad:** políticas sanitarias y recursos disponibles
- 2. **El sistema de salud:** organización, diseño de la asistencia, sistemas de información y apoyo para la toma de decisiones
- 3. **La interacción de los pacientes con el sistema sanitario**

La finalidad última es tener enfermos activos e informados y equipos de profesionales proactivos, con medios y capacidades que permitan desarrollar una atención de calidad, efectiva y satisfactoria.

FIGURA 5 **Chronic Care Model**





04

MARCOS DE
RESPUESTA A LAS
ENFERMEDADES
CRÓNICAS

3. **Modelo de Atención Innovadora a las Condiciones Crónicas (ICCC, por sus siglas en inglés)**, (modificación del CCM, propuesto por la OMS): este modelo resalta, con respecto al anterior, la necesidad de un ambiente político proclive al desarrollo y la aportación de recursos para las estrategias de atención a pacientes con enfermedades crónicas. Insiste en el papel de la comunidad, que aparece incluida como tercer elemento en la interacción entre enfermo y equipo sanitario. También destaca la necesidad de integración y coordinación de los servicios sanitarios, haciendo énfasis en la prevención y en la flexibilidad en la toma de decisiones basadas en el conocimiento científico disponible.

FIGURA 6 Modelo de Atención Innovadora a las Condiciones Crónicas





Hechos, evidencias y buenas prácticas en la gestión de la cronicidad

Con el objetivo de establecer el modelo de prestación para la atención a las personas en situación de cronicidad, se han tenido presentes una serie de evidencias al respecto, entre las que destacan:

1. En países como Canadá, Australia, Holanda o Reino Unido han concluido que las estrategias de gestión integrada no pueden lograrse si no existe una **atención primaria potente**, lo que les ha llevado a desarrollar actuaciones orientadas al fortalecimiento del primer nivel asistencial con medidas como: menor ratio de población por médica/o de familia, mayor tiempo medio por consulta, potenciación del papel de enfermería en la atención a las/los pacientes crónicos (fundamentalmente en el control y en el autocuidado), fomento del trabajo en equipos multidisciplinares, formación en trabajo interdisciplinar, mejora en el acceso (como consultas telefónicas o electrónicas) y avance en el desarrollo de los sistemas de información (principalmente la historia clínica informatizada).
2. Existe una **relación inversa entre cronicidad y nivel socio-económico**: a menor nivel, mayor incidencia de enfermedades crónicas.
3. Existe un **factor acumulativo en las "condiciones crónicas"**: en general, se suelen ir acumulando debido a que los determinantes negativos pueden desencadenar varias condiciones crónicas.



05

HECHOS, EVIDENCIAS
Y BUENAS PRÁCTICAS
EN LA GESTIÓN DE LA
CRONICIDAD

4. Es necesario organizar un sistema que **gestione la comorbilidad y no sólo una enfermedad** (el 35 % de las personas con más de 80 años tienen dos o más enfermedades crónicas).
5. Las ganancias potenciales más significativas resultan de la **prevención de ingresos innecesarios** de pacientes complejos en el sistema hospitalario.
6. Las experiencias que **activan únicamente una intervención** (ej. control telemático a domicilio o formación a pacientes para la autogestión) puede que **no consigan el impacto** de eficiencia esperado. Para obtener mejoras en la eficiencia, es necesario intervenir de forma sistemática sobre múltiples poleas de cambio, usando de forma integrada los modelos anteriormente descritos.
7. La **planificación individualizada** previa al alta, el asesoramiento y la toma conjunta de decisiones por parte de equipos multidisciplinares y multiprofesionales, garantiza ahorros sustanciales en reingresos evitables, incluso en ausencia de otras intervenciones.
8. Cuando las **poblaciones** de pacientes están **identificadas y estratificadas**, aquellas intervenciones presenciales que combinan educación con cuidados y que incluyen un contacto con el especialista de atención primaria u hospitalario, así como una monitorización electrónica con seguimiento, consiguen una reducción en la utilización de recursos y en el gasto.
9. Las intervenciones basadas en la **educación oportunista** en el momento de la interacción clínico-paciente tienden a ser **menos eficaces** que las intervenciones de alta intensidad educativa orientadas a la autogestión de las/los pacientes.
10. Es esencial fomentar la **salud comunitaria**. Se entiende como tal la «salud individual y de grupos en una comunidad definida, determinada por la interacción de factores personales, familiares, por el ambiente socio-económico-cultural y físico». La intervención en salud comunitaria es una estrategia cuya finalidad es la mejora de la salud de la comunidad. Incorpora una concepción de la salud que tiene en cuenta el ámbito social en el que se producen los fenómenos de salud-enfermedad y la aplicación de un abordaje integral de los procesos, teniendo en cuenta los niveles macro y microsociales, así como la participación de las comunidades, instituciones y demás sectores en la toma de decisiones.


 05

HECHOS, EVIDENCIAS
Y BUENAS PRÁCTICAS
EN LA GESTIÓN DE LA
CRONICIDAD

11. Un informe realizado por la Universidad de Birmingham, que recoge más de 10.000 estudios de investigación que evalúan el efecto de intervenciones a largo plazo en la atención de las/los pacientes complejos, priorizadas en función de la calidad de la evidencia científica, destaca como elementos con un impacto positivo con un **mayor nivel de evidencia, el seguimiento telefónico por enfermería, las visitas domiciliarias proactivas y el soporte para el autocuidado.**
12. De las experiencias realizadas en otros entornos se deduce que cuando la atención a pacientes con enfermedades crónicas se realiza de forma intensa e individualizada, la reducción en ingresos hospitalarios puede alcanzar del 21% al 48%. Concretamente en asma el descenso puede ser del 11% al 60%, en pacientes con diabetes entre un 9% y un 43% y en los pacientes mayores con múltiples enfermedades la reducción en las hospitalizaciones osciló entre el 9% y el 44%.
13. Se han mostrado como elementos clave las iniciativas de soporte al autocuidado, **potenciando la existencia de pacientes "expertos" y pacientes "activos".**
14. Se deben **crear indicadores** de evaluación de fácil manejo que permitan medir el buen funcionamiento de la coordinación, y sobre todo los resultados globales.
15. La gestión compartida de casos se plantea como la metodología que articula un **abordaje sociosanitario conjunto e integral.**
16. **La evaluación de los programas es un aspecto de gran complejidad.** Los elementos más utilizados en los modelos de atención a la cronicidad son el apoyo a la autogestión y el diseño del modelo asistencial, pero hay variaciones considerables entre los estudios en cuanto a los elementos que se incluyen, y cuando se utiliza cada una de ellos. Esto dificulta la identificación clara de cual es la combinación óptima de los componentes del modelo que da lugar a la mejora en los resultados. Así:
 - Los modelos proponen la implantación de distintas intervenciones sin identificar una preponderancia de las mismas o un número mínimo de ellas, ya que en cada sitio se han aplicado unas diferentes.
 - Los modelos tipo CCM proponen llevar a cabo múltiples actuaciones pero no se ha logrado especificar cuáles son las que tienen más impacto.



05

HECHOS, EVIDENCIAS
Y BUENAS PRÁCTICAS
EN LA GESTIÓN DE LA
CRONICIDAD

17. De los estudios sobre las **necesidades de las/los pacientes con condiciones crónicas**, destaca el programa *People helping people* (Personas que ayudan a otras personas) *del National Health Service* que recoge, entre otras, las demandas que aparecen en la siguiente tabla.

TABLA 14 Demandas de las/los pacientes crónicos en *People Helping People*

	Dispongo de un solo equipo profesional que me atiende y todos conocen mi historia, y alguien de ellos es mi referente.
	He participado en la elaboración de mi propio plan de servicios, y lo he hecho con la intensidad que he creído conveniente.
	Mis familiares se han implicado en la elaboración de mi plan de servicios tanto como yo he querido.
	Confío en mi equipo porque lo que planeamos se cumple.
	Cuando me encuentro mal sé a quien dirigirme para evitar tener que ir a urgencias.
	Si tengo que ser hospitalizado/a, mi equipo hace las gestiones apropiadas para que las y los profesionales del centro me conozcan y estén al corriente del plan acordado.
	Siempre tengo abierta la línea telefónica o e-mail por si tengo dudas o quiero discutir un poco más ciertas opciones con las/os profesionales del equipo.
	Siempre estoy informada/o de cuáles son las cosas que tengo que hacer o los lugares a donde que tengo que ir.
	He hablado con mi equipo sobre qué haremos si las cosas se tuercen.
	Periódicamente me hacen una revisión global de las medicinas que tomo.
	Tengo acceso a mi historia clínica y social siempre que lo pido.



Objetivos de la estrategia

En todo proceso de planificación, definir los objetivos de forma operativa es crítico para poder evaluar el impacto de las estrategias sobre las metas que se persiguen.

Los **objetivos** de la estrategia gallega para la atención a personas en situación de cronicidad son los siguientes:

1. **Evitar la progresión de la cronicidad hacia estadios más complejos.** La mejora de la calidad clínico-asistencial, mediante un adecuado control y la aplicación de medidas preventivas, debe conducir a frenar la progresión del daño en las/los pacientes afectados por enfermedades crónicas, reducir la discapacidad/dependencia y promover la autonomía personal.
2. **Mantener y/o mejorar el estado funcional de la/del paciente ajustado a sus condiciones vitales.** El mejor resultado que puede obtenerse de una buena atención a las/los pacientes con enfermedades crónicas es conseguir el mejor nivel funcional de acuerdo a sus condiciones vitales.
3. **Añadir valor en la atención a estos pacientes.** Dado que estos pacientes son, en general, los que porcentualmente consumen más recursos, la aplicación de sistemas que mejoren la eficiencia, como la adaptación de los cuidados a la tipología de la/del paciente, evitar la duplicidad de prestaciones o los cuidados no continuados o a destiempo, supondrán medidas de sostenibilidad del sistema y la posibilidad de prestar más servicios a más población.

**06**OBJETIVOS DE LA
ESTRATEGIA

4. **Disminuir la morbi-mortalidad prematura y evitable** por diversas causas. De esta forma, se mejorará la salud percibida y la calidad de vida de las personas con enfermedades crónicas, incrementando la esperanza de vida.
5. **Aumentar la calidad y seguridad asistencial.** Las/los pacientes afectados por enfermedades crónicas utilizan mucho los servicios sanitarios, por lo que se debe conseguir que todas estos contactos con el sistema sanitario no tengan riesgos para las/los pacientes.
6. **Mejorar la satisfacción de las/los pacientes y familiares/cuidadores.** No sólo se trata de dar una buena asistencia sanitaria, sino también cuidar la forma en la que se presta.
7. **Mejorar la satisfacción y la implicación de las y los profesionales responsables en la atención a personas con enfermedades crónicas.** El buen clima laboral permite una mayor implicación de las/los profesionales, lo que repercutirá en una mejor atención a las/los pacientes.
8. **Garantizar el confort y la calidad de vida de la persona con una enfermedad crónica avanzada y un pronóstico de vida limitado.** La atención paliativa se establece como la fase final de cualquier proceso de cronicidad. Es fundamental sensibilizar a las/los profesionales sanitarios sobre la necesidad de identificar de forma temprana a aquellos pacientes con necesidades de atención paliativa, para poder ofrecerle la mejor calidad de atención paliativa y evitar el sufrimiento tanto de la persona como de su familia.



Líneas estratégicas a desarrollar

El desarrollo de la [Estrategia gallega para la atención a personas en situación de cronicidad](#) está en concordancia con las líneas estratégicas que fueron definidas en el documento de planificación estratégica del Servicio Gallego de Salud denominado "Estrategia Sergas 2020". A esas líneas estratégicas se suman las que se establecieron en el desarrollo de la definición de esta Estrategia gallega para la atención a personas en situación de cronicidad.

Las líneas estratégicas para la atención a la cronicidad en Galicia son:

1. **Desarrollar intervenciones proactivas de promoción de la salud y prevención de las enfermedades con una atención sociosanitaria integral**, realizando actuaciones dirigidas a mejorar los hábitos de vida saludables, las coberturas vacunales, programas de cribado etc. No se definirán programas específicos de promoción de la salud para pacientes con condiciones crónicas, sino que se les aplicarán los programas genéricos que existen adaptándolos a sus características.
2. **Incluir en el modelo de atención a todos los agentes implicados**: pacientes, familias, cuidadoras/es, profesionales sanitarios, servicios sociales, farmacias, asociaciones de enfermos, sociedad, colegios profesionales.
3. **Desarrollar estrategias de salud comunitaria desde los equipos de atención primaria**, identificando todos los activos comunitarios disponibles. Se dará



visibilidad a los recursos, las capacidades y las habilidades de que dispone la comunidad y que pueden incidir positivamente en la salud de sus habitantes.

4. **Avanzar en la corresponsabilidad de la/del paciente en el seguimiento del Plan individualizado de atención integral.** Dar formación e información a las/ los pacientes para ayudarlos a mejorar su estado de salud y la gestión de los determinantes de salud: aspectos específicos del Plan individualizado de atención integral.
5. **Incorporar los factores personales y sociales en la definición de las necesidades de la/del paciente** y no exclusivamente el número de enfermedades y su severidad clínica: valoración global y **elaboración del Plan individualizado de atención integral.**
6. **Potenciar las habilidades/competencia/capacidad de las y los profesionales del sistema y hacer un proceso de planificación y ordenación que permita disponer de profesionales con la formación idónea para dar adecuada respuesta a los cambios que la organización y la sociedad necesitan. Además se potenciarán y desarrollarán** las competencias del personal de enfermería en relación con el seguimiento y control de la/del paciente en situación de cronicidad.
7. **Mejorar la eficiencia del sistema para garantizar su sostenibilidad:** incluyendo el concepto de "valor" vs actividad, disminuyendo las prácticas sin valor para los pacientes y evitando prácticas innecesarias.
8. **Potenciar la atención domiciliaria** tanto en atención hospitalaria como atención primaria.
9. **Desarrollar el modelo asistencial para el seguimiento de la/del paciente en situación de cronicidad.** Utilización de una combinación de modelos y todas las herramientas disponibles de forma integrada para generarlo.
10. **Establecer un sistema de información** que permita conocer la situación de estas condiciones crónicas, el consumo de recursos y sus costes de atención, haciéndolo accesible a las y los profesionales para facilitar la toma de decisiones.
11. **Desarrollar un método de evaluación** con unos indicadores asistenciales y proyectos específicos.



07

LÍNEAS
ESTRATÉGICAS
A DESARROLLAR

12. **Mejorar la proactividad del sistema sanitario:** el sistema se anticipa a las necesidades de las personas con enfermedades crónicas.
13. **Potenciar la figura de la/del profesional (o equipo) referente** que promueva la coordinación de los profesionales que tienen que atender a la/el paciente y sea la/el gestor del Plan individualizado de atención integral.
14. **Evaluar la atención a estos pacientes basándose en el valor aportado a la/el paciente.** Esta característica priorizará la elección de los indicadores que deberán monitorizar la estrategia.
15. **Orientar la prestación de servicios hacia las necesidades de las/los pacientes.** Definir aquellos grupos de pacientes con necesidades similares y adaptar los diferentes servicios a éstas. De especial interés es la adecuación de los actuales recursos de urgencias a la atención de las personas con enfermedades crónicas.
16. **Homogeneizar las prestaciones de los servicios,** reduciendo la variabilidad clínica y mejorando la coordinación de los mismos, con intervenciones que incrementen la calidad asistencial y la seguridad de la/del paciente.
17. **Promover la investigación integral en salud** para profundizar en el conocimiento de los mecanismos que influyen en el origen de la situación de cronicidad.
18. **Implantar las innovaciones tecnológicas,** desplegando en el sistema aquellas con probado impacto en la salud de las/los pacientes y aplicar **todo el desarrollo de las TIC del Servicio Gallego de Salud** a las personas con enfermedades crónicas.
19. **Desarrollar un circuito diferenciado en la atención hospitalaria a las/los pacientes en situación de cronicidad.**
20. **Fomentar programas de intervención en pacientes polimedicados** y desarrollar protocolos de conciliación farmacológica al alta hospitalaria de las/los pacientes.
21. **Mejorar la calidad percibida en la prestación de los servicios.** Mejorar el trato, los tiempos de respuesta, los horarios de atención y la sistemática de citación, para evitar desplazamientos innecesarios.



22. **Favorecer la comunicación con los profesionales, pacientes y sociedad.** Hacer un esfuerzo para agilizar la relación con los medios de comunicación y otros colectivos, aprovechando las ventajas que nos ofrecen las redes sociales y las aplicaciones informáticas (Apps).
23. **Fomentar la visión de “atención sociosanitaria integral” en todas/os las/los profesionales implicados en la atención a la/el paciente crónico.** Orientar la visión organizativa de los equipos asistenciales de todos los niveles hacia un abordaje integral e integrado de la cronicidad.
24. **Implementar la estrategia de humanización** dentro del Servicio Gallego de Salud. El proceso de humanización es una parte fundamental de la calidad del servicio que se presta.
25. **Realizar encuestas de satisfacción** para monitorizar la calidad percibida por la/el paciente crónico.
26. **Garantizar la continuidad asistencial a través del trabajo en equipos interdisciplinarios,** formados por diferentes profesionales de los servicios sanitarios y sociales implicados en la atención a estas/estos pacientes, que garanticen la continuidad en los cuidados con la máxima participación de la/el paciente y de su entorno.
27. **Visibilizar los recursos específicos disponibles para los profesionales** que atienden a las/los pacientes en situación de cronicidad.
28. **Integrar la atención paliativa** como parte final de un proceso de cronicidad. Esta visión estará integrada dentro de la actividad asistencial del Servicio Gallego de Salud. Los cuidados paliativos suponen un enfoque que mejora la calidad de vida de pacientes y familias que se enfrentan a los problemas asociados con enfermedades amenazantes para la vida, a través de la prevención y alivio del sufrimiento, por medio de la identificación temprana y la impecable evaluación y tratamiento del dolor y otros problemas físicos, psicosociales y espirituales.



07

LÍNEAS
ESTRATÉGICAS
A DESARROLLAR

En la siguiente tabla se presentan estas líneas estratégicas en correspondencia con los objetivos de la estrategia.

TABLA 15		Objetivos y líneas estratégicas
	Objetivos	Líneas estratégicas
1	Evitar la progresión de la situación de cronicidad hacia estadios más complejos	<ol style="list-style-type: none"> 1. Desarrollar intervenciones proactivas de promoción de la salud y prevención de las enfermedades con una visión sociosanitaria integral 2. Incluir en el modelo de atención a todos los agentes implicados 3. Desarrollar estrategias de salud comunitaria desde los equipos de atención primaria
2	Mantener y/o mejorar el estado funcional de la/el paciente	<ol style="list-style-type: none"> 4. Avanzar en la corresponsabilidad de las/los pacientes 5. Incorporar los factores personales y sociales en la definición de las necesidades de la/el paciente
3	Añadir valor en la atención a estos pacientes	<ol style="list-style-type: none"> 6. Potenciar las habilidades/competencia/capacidad de las/los profesionales del sistema 7. Mejorar la eficiencia del sistema para garantizar su sostenibilidad 8. Potenciar la atención domiciliaria 9. Desarrollar el modelo asistencial para el seguimiento de la/el paciente en situación de cronicidad 10. Establecer un sistema de información que permita conocer la situación de estas condiciones crónicas 11. Desarrollar un método de evaluación con unos indicadores asistenciales y proyectos específicos
4	Disminuir la morbimortalidad prematura y evitable	<ol style="list-style-type: none"> 12. Mejorar la proactividad del sistema sanitario 13. Potenciar la figura de la/el profesional (o equipo) referente 14. Evaluar la atención a estos pacientes con base en el valor aportado a la/el paciente



07

 LÍNEAS
 ESTRATÉGICAS
 A DESARROLLAR

	Objetivos	Líneas estratégicas
5	Aumentar la calidad y seguridad asistencial	15. Orientar la prestación de servicios hacia las necesidades de las/los pacientes 16. Homogeneizar las prestaciones de los servicios 17. Promover la investigación integral en salud 18. Implantar las innovaciones tecnológicas y aplicar todo el desarrollo de las TIC del Servicio Gallego de Salud 19. Desarrollar un circuito diferenciado en la atención hospitalaria a pacientes en situación de cronicidad 20. Fomentar programas de intervención en pacientes polimedicados y desarrollar protocolos de conciliación farmacológica al alta hospitalaria de las/los pacientes
6	Mejorar la satisfacción de las/los pacientes y familiares/cuidadoras/es	21. Mejorar la calidad percibida en la prestación de los servicios 22. Favorecer la comunicación con los profesionales, pacientes y sociedad 23. Fomentar la visión de "atención sociosanitaria integral" en todos los profesionales implicados en la atención a la/el paciente crónico 24. Implementar la estrategia de humanización dentro del Servicio Gallego de Salud 25. Realizar encuestas de satisfacción para monitorizar la calidad percibida por la/el paciente crónico
7	Mejorar la satisfacción y la implicación de las y los profesionales	26. Garantizar la continuidad asistencial a través del trabajo en equipos interdisciplinares 27. Visibilizar los recursos específicos disponibles para las/los profesionales
8	Garantizar el confort y la calidad de vida de la persona con enfermedad crónica avanzada y un pronóstico de vida limitado	28. Integrar la atención paliativa como la parte final de un proceso de cronicidad



Modelo asistencial propuesto

Modelo asistencial de la estrategia gallega para la atención a personas en situación de cronicidad

Teniendo presente la información sobre la situación de la cronicidad, sobre las buenas prácticas que se han puesto en marcha en diferentes sistemas de salud y los objetivos y estrategias que inspiran este documento enumerados anteriormente, se ha elegido como referencia un modelo basado en las 5A que propone la Organización Panamericana de la Salud y que tiene, entre sus ventajas, su flexibilidad para aplicarlo a diferentes marcos asistenciales.

FIGURA 7 Modelo de automanejo de las 5 A





Como puede observarse, este proceso se inicia por una valoración de las necesidades asistenciales de la/el paciente, sigue con la definición de los recursos y servicios que dan respuesta a esas necesidades. En la siguiente fase se acuerda todo lo planteado con la/el enferma/o y familia para luego gestionar la prestación de los servicios que se han previsto y, por último, realizar las revisiones de la situación las veces que sean necesarias para iniciar de nuevo el proceso.

Este modelo de atención a pacientes en situación de cronicidad ha sido adaptado al sistema de salud de Galicia, que desarrollará uno propio basado en los siguientes principios:

- **Proactividad del sistema:** se realizará en todo momento un contacto de forma proactiva con la/el paciente por parte de las/ los profesionales.
- **Continuidad asistencial:** incidiendo especialmente en las transiciones de la/el paciente en situación de cronicidad por el sistema sanitario.
- **Corresponsabilidad de la/el paciente** para una toma de **decisiones compartida** en su plan de atención.

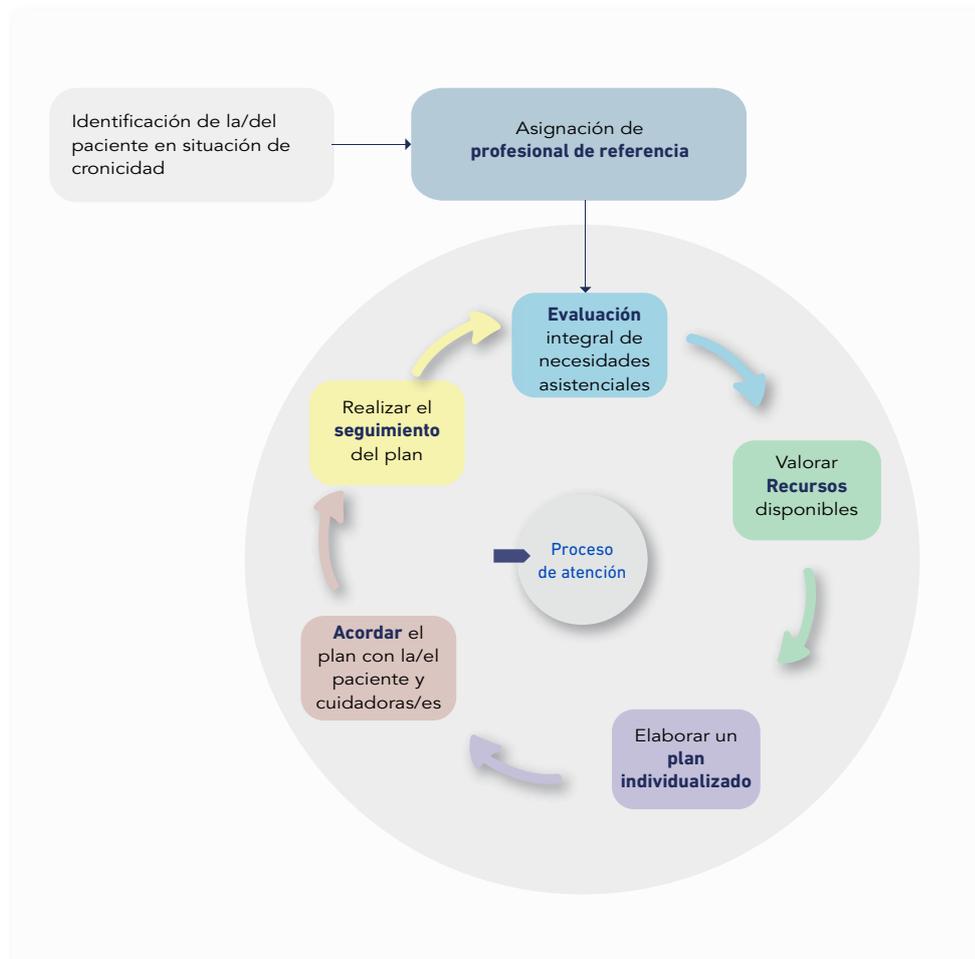
Los componentes de este modelo propio son los siguientes:

1. Inclusión de la/el paciente en un **programa** de atención a la cronicidad y designación de una/un **profesional de referencia o equipo de referencia con una/un coordinadora/coordinador de equipo** desde atención primaria, que sea el interlocutor durante el proceso asistencial con el paciente y sus cuidadores.
2. **Evaluación sociosanitaria integral de la situación de la/el paciente** por parte de la/el profesional o equipo de referencia.
3. Análisis de la **disponibilidad de servicios para las/los pacientes y familiares/ cuidadoras/es** que respondan a las necesidades detectadas y de los **recursos específicos disponibles para las y los profesionales que atienden a pacientes en situación de cronicidad** (recursos sanitarios, sociales, municipales, deportivos, de la farmacia comunitaria u otros del tercer sector).



4. Elaboración del **Plan individualizado de atención integral y acuerdo** del mismo con la/el **paciente y sus familiares o cuidadoras/es**.
5. **Seguimiento del Plan individualizado de atención integral**.

GRÁFICO 2 Modelo asistencial propuesto





09

DESCRIPCIÓN
DE LOS
COMPONENTES
DEL MODELO

Descripción de los componentes del modelo

Identificación proactiva de la/del paciente en situación de cronicidad e inclusión del mismo en un “programa” de atención a la cronicidad. Designación de una/un “profesional de referencia” o “equipo de referencia con una/un coordinador de equipo” desde atención primaria.

Se trata de realizar una identificación de las y los pacientes que deben entrar en el programa de crónicos, fundamentada en una estratificación de los mismos que tenga en cuenta la morbilidad y la utilización de recursos. Esto permitirá que la/el profesional sanitario pueda incluir a la/el paciente en el programa y realizar las sucesivas actuaciones que están definidas en el presente modelo asistencial.

Este proceso debe estar liderado desde atención primaria, reforzando el protagonismo del equipo "personal médico-personal de enfermería" de atención familiar y comunitaria.



09

DESCRIPCIÓN
DE LOS
COMPONENTES
DEL MODELO

El “profesional de referencia” en la atención a la/el paciente en situación de cronicidad, es un profesional sanitario, en principio de atención primaria, que será responsable de realizar las siguientes funciones:

- Evaluación sociosanitaria integral de necesidades, solicitando la colaboración de otros profesionales.
- Elaboración del Plan individualizado de atención integral utilizando los recursos disponibles.
- Gestión, seguimiento y evaluación del Plan individualizado de atención integral.

El personal de enfermería será el profesional que realizará un primer contacto proactivo con los pacientes incluidos en el programa de atención a la cronicidad, con el objetivo de realizar una evaluación inicial.

De forma orientativa, se propone que las/los profesionales de referencia de la/del paciente en función de su nivel de complejidad sean los que figuran en la siguiente tabla. En todo caso esta asignación ha de realizarse en función de las características individuales y la situación clínica de cada paciente.

En el caso de que el profesional de referencia de la/del paciente en situación de cronicidad sea el personal médico de atención primaria, el profesional de enfermería será co-referente.

Profesional	Características de la/del paciente
Personal de enfermería	Pacientes en situación de cronicidad de baja complejidad.
Personal médico	Pacientes en situación de cronicidad de complejidad media y alta.



Gestión del profesional de referencia - Transferencia de la responsabilidad

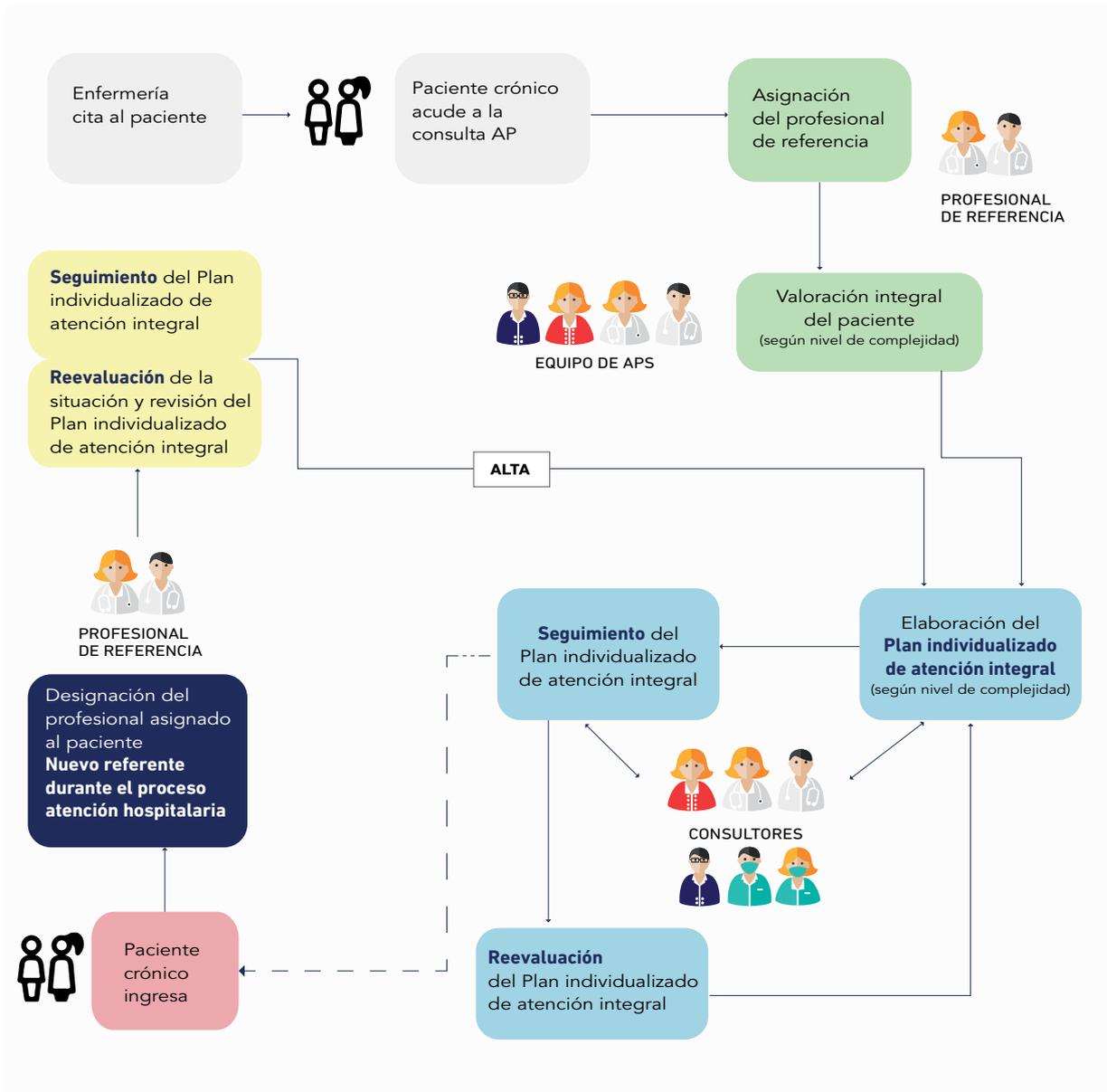
El profesional de referencia podrá transferir esta responsabilidad a otro profesional referente en los casos de:

- Necesidad de recursos asistenciales complejos no disponibles.
- Importante inestabilidad de la/del paciente (consultas urgentes...).
- Ingreso hospitalario. La/el paciente deberá tener una/un profesional asignado en el hospital de referencia para estos ingresos. La/el jefa/jefe del servicio responsable del ingreso de la/el paciente, identificará a aquellos pacientes que se encuentren incluidos en el programa de atención a la cronicidad. Será éste quien indique la/el profesional de referencia de la/el paciente durante su estancia hospitalaria. En caso de cambio de servicio hospitalario se valorará la asignación de otra/o profesional de referencia.

Una vez estabilizado la/el paciente, o si no necesita recursos complejos, deberá ser de nuevo transferido a su profesional de referencia anterior. En caso de alta hospitalaria, y cuando sea necesario, a la/el paciente se le asignará una cita con el servicio hospitalario para revisión. Y además, se le asignará una cita con su profesional de referencia de atención primaria, para reevaluar el Plan individualizado de atención integral.



FIGURA 8 Esquema de flujos asistenciales





09

DESCRIPCIÓN
DE LOS
COMPONENTES
DEL MODELO

Evaluación sociosanitaria integral de las necesidades de la/el paciente en situación de cronicidad

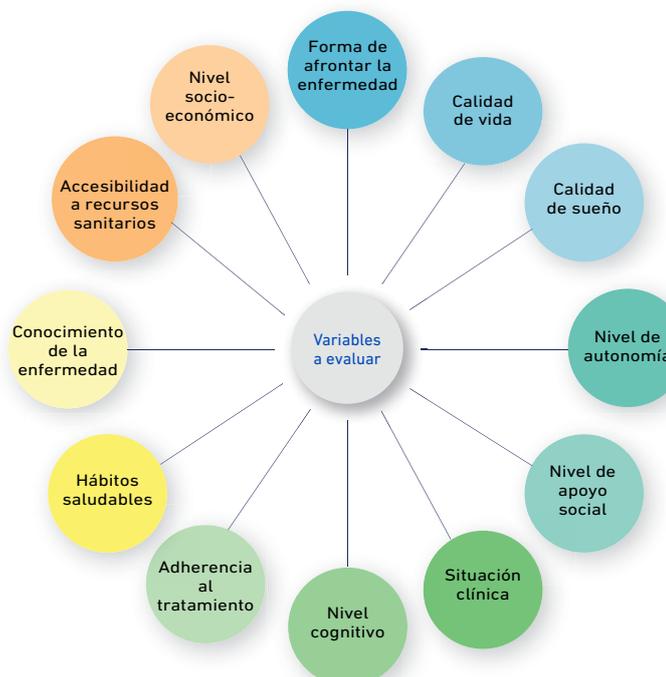
Con el objetivo de elaborar el mejor y más adecuado plan asistencial a la/el paciente en situación de cronicidad, se realizará una evaluación sociosanitaria integral de sus necesidades, adecuada a su funcionalidad en cada momento de la evolución de la enfermedad. Las variables que se incorporarán a la evaluación serán las que aparecen a continuación, para cuya medición se utilizarán las escalas del Anexo 1.

➔ Esta evaluación se adaptará al nivel de cronicidad de cada paciente, limitándose las variables a valorar

<ul style="list-style-type: none"> ➔ Forma de afrontar la enfermedad / Micribado de depresión ➔ Calidad de vida ➔ Calidad del sueño ➔ Nivel de autonomía ➔ Nivel de apoyo social ➔ Situación clínica 	<ul style="list-style-type: none"> ➔ Nivel cognitivo ➔ Adherencia al tratamiento ➔ Hábitos saludables ➔ Conocimiento de la enfermedad ➔ Accesibilidad a recursos sanitarios ➔ Nivel socioeconómico (incluyendo las condiciones de la vivienda)
--	--

Una visión global de las variables a medir se expone en la siguiente figura.

FIGURA 9 Variables a evaluar para determinar necesidades del paciente





09

DESCRIPCIÓN
DE LOS
COMPONENTES
DEL MODELO

Análisis de la disponibilidad de servicios para las/los pacientes y familiares/cuidadores que responden a las necesidades detectadas y de los recursos específicos disponibles para las/los profesionales que atienden a las/los pacientes en situación de cronicidad

Una vez identificadas las necesidades de la/el paciente respecto a los diferentes ítems valorados, el profesional de referencia realizará un análisis de los recursos disponibles para cada una de las necesidades identificadas, de tal forma que permita gestionarlos. En el Anexo 2 se presentan los principales recursos disponibles para la elaboración del Plan individualizado. Con el desarrollo de esta estrategia se automatizará el proceso de identificación y selección de los recursos a incluir en el Plan individualizado.

Elaboración del Plan individualizado de atención integral

Una vez determinadas las necesidades asistenciales de la/el paciente, teniendo en cuenta el resto de variables y los recursos disponibles, se elaborará el Plan individualizado de atención integral, en el que se incluirán tanto los objetivos que plantea el profesional de referencia como los que plantea el propio paciente y/o cuidadores. Dichos objetivos y tareas estarán consensuados con la/el paciente y/o cuidador. Finalmente se pondrá a su disposición el documento del Plan individualizado para el posterior seguimiento y evaluación.

Se plantean 2 documentos de Plan Individualizado, el del profesional y el del paciente. Los ítems que se incluirán en cada uno de ellos serán los siguientes:

Ítems a incluir en el Plan Individualizado (profesional)	Ítems a incluir en el Plan Individualizado (paciente)
<ul style="list-style-type: none"> → Evaluación sociosanitaria integral de la situación y de las necesidades asistenciales identificadas → Objetivos asistenciales y sus indicadores → Plan terapéutico no farmacológico y farmacológico → Planificación de tareas (profesional/paciente) y calendario → Sistemática de evaluación 	<ul style="list-style-type: none"> → Objetivos del propio paciente y asistenciales a alcanzar → Plan terapéutico → Tareas a realizar por el paciente y su calendario → Indicaciones sobre sintomatología de alerta y qué debe hacer → Indicación de donde acudir en caso de crisis (teniendo en cuenta todos los horarios)



09

DESCRIPCIÓN
DE LOS
COMPONENTES
DEL MODELO

En la siguiente tabla incluimos uno de los modelos que la estrategia considera como interesante y que sería propuesto con las necesarias adaptaciones al sistema de salud de Galicia.

Datos del paciente			
Nombre:	Fecha de nacimiento:	Sexo:	
Médica/o:	Otras/os médicas/os:	Familiares/cuidadores:	
Enfermera/o:			
Enfermedades:	Medicación:	Factores sociales:	
Mis objetivos	Situación actual	Plan terapéutico	Valoración y seguimiento
Objetivos del equipo sanitario	Situación	Plan terapéutico	Valoración y seguimiento
Fuente: Edwards ST, Dorr DA, Landon BE. Can personalized care planning improve primary care? JAMA. 2017; 318 (1): 25-6. doi: 10.1001/jama.2017.6953 .			



09

DESCRIPCIÓN
DE LOS
COMPONENTES
DEL MODELO

Seguimiento del Plan individualizado de atención integral

Este punto es uno de los más importantes en un sistema sanitario proactivo. El profesional de referencia encargado del caso deberá realizar el seguimiento del plan tanto a nivel de los compromisos de la/del paciente como de la respuesta que debe dar el sistema. Así, además de las consultas de seguimiento, deberá gestionar otros elementos incluidos en el Plan individualizado de atención integral.

Este seguimiento del Plan Individualizado ayudará a tomar la decisión de modificarlo o incluso a transferir la responsabilidad de la/el paciente a otro profesional o servicio asistencial en caso de necesidad, siguiendo los protocolos definidos.

El calendario de seguimiento, junto con el Plan individualizado de atención integral, además de en la historia clínica electrónica, estará disponible en É-Saúde.

Además los sistemas de información corporativos desarrollarán herramientas que permitan a todos los profesionales identificar a aquellos pacientes que están incluidos en el programa de atención a la cronicidad.



Implantación de la estrategia

El punto crítico de cualquier estrategia es su implantación. No basta con haber definido unas adecuadas líneas estratégicas y haber identificado las acciones o intervenciones necesarias para abordar el problema. Dados los componentes innovadores incluidos en el modelo estratégico planteado y con el objetivo de ajustar a los planteamiento iniciales y las características de cada área sanitaria se ha establecido una implantación secuencial del programa de atención a la cronicidad, priorizando inicialmente a las/los pacientes en situación de cronicidad de complejidad alta.

Además, dada la envergadura de la presente estrategia y la inclusión de innovadoras herramientas de trabajo, se plantea una implantación paulatina de tal forma que se puedan ir evaluando las innovaciones que se proyectan y estimando la carga de trabajo que puede suponer y la organización necesaria para llevar adelante las actividades planificadas. La Dirección General de Asistencia Sanitaria monitorizará todo el proceso.



Proyectos a desarrollar

Teniendo presente los objetivos, estrategias y el propio modelo asistencial definidos, los responsables de la puesta en marcha e implantación de esta deberán desarrollar los siguientes proyectos concretos.

1. Desarrollo de la sistemática de identificación de pacientes crónicos en el sistema informático e inclusión de modelos definidos dentro de IANUS

→ **OBJETIVO:** definir los criterios de inclusión en el programa de pacientes crónicos y la forma de identificación de los mismos dentro de IANUS, de tal forma que sea un sistema flexible que permita a los profesionales la validación razonada de la clasificación, así como el acceso a la información para la monitorización de la información del programa.

2. Elaboración del proceso de evaluación sociosanitaria integral del paciente

→ **OBJETIVO:** definir los perfiles a utilizar y qué ítems se evaluarán según el nivel de cronicidad que afecte a la/el paciente. Además, se establecerá un procedimiento que permita la actualización de los ítems y de las escalas propuestas para su medición.



11

PROYECTOS A
DESARROLLAR

3. **Elaboración del modelo de Plan individualizado de atención integral**
 - **OBJETIVO:** definir de forma concreta el modelo o formulario que se utilizará en la historia clínica electrónica para elaborar y documentar el Plan individualizado.
4. **Definición del proceso de transferencia de “referencia” entre profesionales**
 - **OBJETIVO:** definir el proceso y la documentación necesaria que se debe utilizar en los casos en los que se transfiera la responsabilidad de la/del paciente entre profesionales. Disponer de un sistema de notificación de altas y transiciones.
5. **Elaboración y comunicación del catálogo de recursos disponibles**
 - **OBJETIVO:** establecer el procedimiento para la elaboración y gestión del catálogo de recursos que tenga a su disposición la/el profesional de referencia para elaborar el Plan individualizado, además los recursos tienen que estar asignados geográficamente.
6. **Difusión y comunicación de la estrategia**
 - **OBJETIVO:** definir el plan de difusión y comunicación de la estrategia y el modelo asistencial a las/los profesionales del sistema y a la ciudadanía.
7. **Formación**
 - **OBJETIVO:** formar a las/los profesionales implicados en la atención a personas en situación de cronicidad, tanto en el modelo de gestión propuesto en esta estrategia como en la atención a dichos pacientes.
8. **Creación de un sistema de vigilancia y monitorización de la cronicidad**
 - **OBJETIVO:** establecer un sistema de monitorización de los determinantes de las enfermedades crónicas, de la prevalencia e incidencia de estas enfermedades y del impacto de las actuaciones establecidas, tanto desde un punto de vista de impacto en



salud como económico. Para complementar la información será necesario medir los indicadores que se proponen en el apartado de seguimiento de la estrategia, con el fin de analizar la eficacia de las intervenciones propuestas en la misma.

9. Refuerzo de las actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad

→ **OBJETIVO:** reforzar las medidas poblacionales de promoción de la salud y prevención de la enfermedad como pilar fundamental de la estrategia pues por una parte disminuyen la incidencia de pacientes con enfermedades crónicas y por otra parte aminoran sus complicaciones a través de la actuación sobre sus determinantes.

10. Desarrollo de las herramientas TIC necesarias para implantar el modelo definido

→ **OBJETIVO:** desarrollar las tecnologías de la información y comunicación que permitan a las/los profesionales sanitarios realizar la atención definida en el modelo asistencial que contiene esta estrategia. Así como, tener a su disposición información de resultados en salud de las/los pacientes en situación de cronicidad que tienen asignados.



Evaluación y monitorización de la estrategia

Para realizar una aproximación a la evaluación de la estrategia se establecen 2 tipos de indicadores: unos para monitorizar la implantación de la estrategia y otros que permiten evaluar el cumplimiento de los objetivos definidos.

TABLA 17 Indicadores

INDICADORES DE EVALUACIÓN DE LA IMPLANTACIÓN DE LA ESTRATEGIA	
INDICADOR	FÓRMULA
Porcentaje de proyectos a desarrollar en la Estrategia finalizados	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de proyectos finalizados} * 100}{\text{N}^\circ \text{ total de proyectos}}$
Porcentaje de pacientes en situación de cronicidad con Plan Individualizado realizado	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de pacientes en situación de cronicidad con Plan Individualizado realizado} * 100}{\text{N}^\circ \text{ total de pacientes en situación de cronicidad}}$



INDICADORES DE EVALUACIÓN DE LOS OBJETIVOS		
OBJETIVO	INDICADOR	FÓRMULA
Evitar la progresión de la situación de cronicidad hacia estadios más complejos	Porcentaje de pacientes por nivel de complejidad según perfiles de estratificación de su estado de salud	$\text{N}^\circ \text{ de pacientes con un determinado nivel de complejidad según perfiles de estratificación de su estado de salud} * 100 / \text{N}^\circ \text{ total de pacientes}$
	Frecuentación de pacientes en situación de cronicidad (ajustada por edad) en atención primaria	$\text{N}^\circ \text{ de citas efectivas para las consultas de medicina de familia/pediatría/enfermería por parte de pacientes en situación de cronicidad (ajustadas por edad)} * 100 / \text{N}^\circ \text{ total de pacientes en situación de cronicidad}$
Mantener y/o mejorar el estado funcional del paciente	Calidad de vida relacionada con la salud de los pacientes en situación de cronicidad medida con el cuestionario EuroQol	Puntuación media de calidad de vida relacionada con la salud de pacientes en situación de cronicidad medida con el cuestionario EuroQol
Aportar valor en la atención a estos pacientes	Utilización de urgencias hospitalarias por pacientes en situación de cronicidad	$\text{Sumatorio de visitas a los dispositivos de urgencias hospitalarias de pacientes en situación de cronicidad} / \text{N}^\circ \text{ de pacientes en situación de cronicidad que han contactado estos dispositivos de urgencias hospitalarias}$
Disminuir la morbimortalidad prematura y evitable	Pacientes con enfermedades crónicas seguidos mediante TELEA	Número de pacientes con enfermedades crónicas seguidos mediante TELEA
	Porcentaje de reingresos hospitalarios para pacientes con EPOC	$\text{N}^\circ \text{ de altas hospitalarias por reingreso por EPOC (ingreso posterior urgente relacionado clínicamente con otro ingreso previo durante un intervalo de 30 días y de 90 días)} * 100 / \text{N}^\circ \text{ de altas hospitalarias en pacientes con ingreso por agravamiento de EPOC}$
	Porcentaje de reingresos hospitalarios para pacientes con insuficiencia cardíaca congestiva	$\text{N}^\circ \text{ de altas hospitalarias por reingreso por insuficiencia cardíaca congestiva (ingreso posterior urgente relacionado clínicamente con otro ingreso previo durante un intervalo de 30 días y de 90 días)} * 100 / \text{N}^\circ \text{ de altas hospitalarias en pacientes con ingreso por agravamiento de insuficiencia cardíaca congestiva}$
	Hospitalizaciones potencialmente evitables por problemas crónicos	$\text{N}^\circ \text{ de altas hospitalarias de pacientes en situación de cronicidad por determinadas patologías consideradas potencialmente evitables} * 100 / \text{Población} \geq 15 \text{ años}$
Aumentar la calidad y seguridad asistencial de estos pacientes	Porcentaje de pacientes polimedicados (entre 6 y 9 medicamentos, entre 10 y 17, y 18 o más)	$\text{N}^\circ \text{ de pacientes que toman diversos principios activos diferentes durante un período de 6 o más meses (entre 6 y 9 medicamentos, entre 10 y 17, y 18 o más)} * 100 / \text{N}^\circ \text{ total de pacientes}$
Mejorar la satisfacción de las/los pacientes y familiares / cuidadoras/es	Medida de la satisfacción mediante encuesta a las/los pacientes y familiares / cuidadores (encuesta ad-hoc)	
Mejorar la satisfacción y la implicación de las/los profesionales	Medida de la satisfacción mediante encuesta a las/los profesionales (encuesta ad-hoc)	
Garantizar el confort y la calidad de vida de la persona con una enfermedad crónica avanzada y un pronóstico de vida limitado	Medida del confort y la calidad de vida mediante encuesta a pacientes y familiares (encuesta ad-hoc)	
	Porcentaje de pacientes inmovilizadas/os (registrados en la historia clínica electrónica con el código CIAP2 A28.01) con registro anual de ≥ 2 visitas domiciliarias programadas realizadas por profesionales de enfermería de atención primaria	$\text{Número de pacientes inmovilizadas/os (CIAP A28.01) con registro anual de} \geq 2 \text{ visitas domiciliarias programadas realizadas por profesionales de enfermería de atención primaria} * 100 / \text{N}^\circ \text{ total de pacientes inmovilizados/as}$



11

PROYECTOS A
DESARROLLAR

Sistema de seguimiento de la estrategia

Desde la Dirección General de Asistencia Sanitaria se elaborará anualmente un informe de situación de la estrategia, en el que con los indicadores especificados se realizará un análisis de la misma y se propondrán las medidas de mejora necesarias. Este informe será remitido a los Consejos Asesores de la Consellería y del Servicio Gallego de Salud.



Anexos

Anexo 1. **Evaluación sociosanitaria integral de las necesidades de la/del paciente en situación de CRONICIDAD**

Anexo 2. **Recursos disponibles para el establecimiento del Plan individualizado**

- 2.1. Catálogo de servicios para las/los pacientes y familiares/cuidadoras/es
- 2.2. Catálogo de servicios asistenciales a disposición de las/os pacientes y profesionales para dar respuesta a las necesidades de las/dos pacientes
- 2.3. Programas para las y los profesionales que atienden a personas en situación de cronicidad
- 2.4. Herramientas TIC para las/los profesionales que atienden a las personas en situación de cronicidad



13

ANEXOS

 A.1. EVALUACIÓN
 SOCIO SANITARIA
 INTEGRAL DE LAS
 NECESIDADES
 DEL PACIENTE
 EN SITUACIÓN DE
 CRONICIDAD

Anexo 1. Evaluación sociosanitaria integral de las necesidades del paciente en situación de cronicidad

PARÁMETRO	SISTEMA DE MEDIDA
Forma de afrontar la enfermedad/ Minicribado de depresión	<ul style="list-style-type: none"> → Escala de depresión y ansiedad de Goldberg → Instrucciones previas
Calidad de vida	<ul style="list-style-type: none"> → EuroQol-5D
Calidad del sueño	<ul style="list-style-type: none"> → ISI (<i>Insomnia Severity Index</i>): Índice de gravedad del insomnio
Nivel de autonomía	<ul style="list-style-type: none"> → Test de Barthel: actividades básicas de la vida diaria → Índice para las actividades instrumentales de la vida diaria de Lawton Brody → Test de Tinetti: marcha y equilibrio → Test Get Up and Go (Levántate y anda)
Nivel apoyo social	<ul style="list-style-type: none"> → Escala Gijón de valoración sociofamiliar → Escala complementaria: carga del cuidador: Test de Zarit
Situación clínica	<ul style="list-style-type: none"> → Anamnesis y pruebas complementarias → Escala complementaria si hay sospecha de desnutrición: MUST (<i>Malnutrition Universal Screening Tool</i>): Instrumento universal para el cribado de la malnutrición → Escala complementaria si tiene dolor: Escala visual analógica (EVA)
Nivel cognitivo	<ul style="list-style-type: none"> → Cuestionario de Pfeiffer → Escala Mini Mental → Escala complementaria si hay sospecha de deterioro cognitivo: Mini Examen Cognoscitivo de Lobo
Adherencia al tratamiento	<ul style="list-style-type: none"> → Test de Morisky-Green → Retirada de recetas
Hábitos saludables	<ul style="list-style-type: none"> → Actividad física: Valoración de actividad física (IANUS) → Dieta: Encuesta de dieta atlántica → Alcoholismo: Cuestionario CAGE → Tabaquismo → Otras dependencias
Conocimiento de la enfermedad	<ul style="list-style-type: none"> → <i>European Health Literacy Survey</i> (Encuesta Europea de Alfabetización en salud)
Accesibilidad a recursos sanitarios	<ul style="list-style-type: none"> → Tiempo desde domicilio a centros sanitarios → Sistema de transporte
Nivel socioeconómico	<ul style="list-style-type: none"> → Escala Gijón de valoración sociofamiliar



13

Anexo 2. Recursos disponibles para el establecimiento del Plan individualizado de atención integral

ANEXOS

A.2 RECURSOS

DISPONIBLES PARA EL ESTABLECIMIENTO DEL PLAN INDIVIDUALIZADO DE ATENCIÓN INTEGRAL

2.1. Catálogo de servicios para las/los pacientes y familiares/cuidadoras/es

PLAN DE ASISTENCIA AL ICTUS EN GALICIA

- **OBJETIVO:** realizar una atención de calidad, homogénea, rápida y coordinada, garantizando una asistencia en tiempo y forma a las/los pacientes con un accidente cerebrovascular agudo. Con ello se pretende disminuir el tiempo entre el inicio de los síntomas compatibles con un ictus agudo y la llegada al hospital, reducir la demora en la confirmación diagnóstica y la filiación del ictus, y adecuar el procedimiento terapéutico a las necesidades asistenciales de la/del paciente con un ictus agudo.

- **DESCRIPCIÓN DEL PLAN:** a la/el paciente con sospecha de ictus isquémico, independientemente del lugar en que se encuentre dentro del territorio de nuestra comunidad autónoma, se le realiza una exploración radiológica para confirmar el diagnóstico lo antes posible, con el fin de poder realizar el tratamiento más adecuado conforme a las recomendaciones y tiempos establecidos. La disponibilidad de servicios de transporte en todo el territorio y que estos tengan de protocolos que aseguren el traslado de los pacientes al hospital que cuenta con los recursos apropiados para abordar su caso (incluyendo el transporte aéreo cuando esté indicado) junto con los sistemas de telemedicina, son elementos facilitadores de este programa.

- **COBERTURA DEL PLAN:** toda Galicia



13

ANEXOS

A.2 RECURSOS

DISPONIBLES PARA EL ESTABLECIMIENTO DEL PLAN INDIVIDUALIZADO DE ATENCIÓN INTEGRAL

PROGRAMA GALLEGO DE ATENCIÓN AL INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO (PROGALIAM)

- **OBJETIVO:** mejorar la atención al infarto agudo de miocardio (IAM) mediante la integración y desarrollo de la coordinación entre la atención extrahospitalaria y hospitalaria, con el objetivo de mejorar la expectativa y calidad de vida de la/del paciente con IAM, así como promover la equidad. Para ello, trata de acortar el tiempo en el que las/los pacientes con IAM reciben el tratamiento óptimo de reperfusión.
- **DESCRIPCIÓN DEL PROGRAMA:** las/los pacientes diagnosticadas/os de síndrome coronario con elevación de ST (SCACEST) son trasladadas/os inmediatamente por ambulancias medicalizadas del 061 a uno de los hospitales con hemodinámica del Servicio Gallego de Salud. Así mismo, el programa garantiza el retorno de la/el paciente a su hospital de referencia, una vez realizado el procedimiento de angioplastia primaria.
- **COBERTURA DEL PROGRAMA:** toda Galicia

SERVICIO DE FORMACIÓN EN PACIENTE COMPETENTE

- **OBJETIVO:** aumentar el conocimiento que tiene la/el paciente sobre su enfermedad y el autocuidado, para mejorar su calidad de vida y disminuir las reagudizaciones.
- **DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO:** diferentes metodologías de formación ofertadas por la Escuela Gallega de Salud para Ciudadanos donde las/los pacientes, familiares y/o cuidadores aprenden habilidades y conocimientos que sirven de soporte a la autogestión de la enfermedad.
- **FORMA DE SOLICITAR EL SERVICIO:** directamente la/el paciente dentro de la oferta de la escuela de pacientes.
- **COBERTURA DEL SERVICIO:** según programación de la Escuela Gallega de Salud para Ciudadanos.



13

ANEXOS

A.2 RECURSOS

DISPONIBLES PARA EL
ESTABLECIMIENTO DEL
PLAN INDIVIDUALIZADO
DE ATENCIÓN INTEGRAL



PLATAFORMA É-SAÚDE: SERVICIO DE CONSEJOS E INFORMACIÓN SOBRE SALUD Y PATOLOGÍAS ON-LINE

- **OBJETIVO:** aumentar los conocimientos sobre la propia enfermedad y la promoción de la salud y de esta forma incrementar la corresponsabilidad en su autocuidado y su empoderamiento.
- **DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO:** herramienta de comunicación del Servicio Gallego de Salud con la ciudadanía, accesible desde cualquier lugar y dispositivo (ordenador, móvil, tableta...) que le permite el acceso a servicios y contenidos de salud personalizados.
- **FORMA DE SOLICITAR EL SERVICIO:** acceso directo de pacientes y familiares a través de la plataforma É-Saúde.
- **COBERTURA DEL SERVICIO:** toda Galicia.



SERVICIOS DE INFORMACIÓN SOBRE LAS ENFERMEDADES POR ASOCIACIONES DE PACIENTES

- **OBJETIVO:** aumentar los conocimientos sobre la propia enfermedad y de esta forma aumentar la corresponsabilidad en su autocuidado y su empoderamiento.
- **DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO:** asociaciones de pacientes con la misma enfermedad ofertan servicios de información para pacientes y familiares.
- **FORMA DE SOLICITAR EL SERVICIO:** acceso directo de pacientes y familiares a través de las distintas asociaciones ubicadas en Galicia.
- **COBERTURA DEL SERVICIO:** depende de cada asociación.

**13**

ANEXOS

A.2 RECURSOS

DISPONIBLES PARA EL ESTABLECIMIENTO DEL PLAN INDIVIDUALIZADO DE ATENCIÓN INTEGRAL

SERVICIOS PARA COMPARTIR EXPERIENCIAS Y DUDAS SOBRE UNA DETERMINADA ENFERMEDAD

- **OBJETIVO:** mejorar la vivencia de la enfermedad por parte de las/los pacientes y familiares/cuidadoras/es.
- **DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO:** asociaciones de pacientes con la misma enfermedad ofertan este tipo de servicios para pacientes y familiares en la plataforma É-Saúde.
- **FORMA DE SOLICITAR EL SERVICIO:** acceso directo de pacientes y familiares a través de las distintas asociaciones ubicadas en Galicia y a través del apartado COMUNIDADE de la plataforma É-Saúde.
https://esaude.sergas.es/EPACI_epaciente/#/integrations?id=1
- **COBERTURA DEL SERVICIO:** depende de cada asociación. É-Saúde, para toda Galicia.

SERVICIOS DE AUTOAPOYO A PACIENTES Y FAMILIARES

- **OBJETIVO:** mejorar la vivencia de la enfermedad por parte de las/los pacientes y familiares/cuidadoras/es.
- **DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO:** asociaciones de pacientes con la misma enfermedad ofertan este tipo de servicios para pacientes y familiares.
- **FORMA DE SOLICITAR EL SERVICIO:** acceso directo de pacientes y familiares a través de las distintas asociaciones ubicadas en Galicia.
- **COBERTURA DEL SERVICIO:** depende de cada asociación.

**13**

ANEXOS

A.2 RECURSOS

DISPONIBLES PARA EL
ESTABLECIMIENTO DEL
PLAN INDIVIDUALIZADO
DE ATENCIÓN INTEGRAL

2.2. Catálogo de servicios asistenciales a disposición de las/los pacientes y profesionales para dar respuesta a las necesidades de las/los pacientes.

Las/los pacientes y el personal facultativo disponen de una serie de servicios ofertados por el sistema de salud dirigidos a dar la mejor atención a las/los pacientes con enfermedades crónicas.

▶ CONSULTA PRESENCIAL EN EL CENTRO DE SALUD

- **OBJETIVO:** valorar, orientar y resolver las demandas de salud que planteen las/los pacientes.
- **DESCRIPCIÓN DO SERVICIO:** la/el paciente puede solicitar una cita para atención primaria (médica/o, enfermera/o, pediatra, matrona/matrón, odontóloga/o, higienista dental, trabajadora/trabajador social o farmacéutica/o) en modalidad presencial para realizar su consulta. La/el paciente acudirá al centro donde será atendido por el profesional correspondiente.
- **SOLICITANTE DEL SERVICIO:** la/el propio paciente.
- **COBERTURA DEL SERVICIO:** toda Galicia.

▶ CONSULTA TELEFÓNICA DE ATENCIÓN PRIMARIA

- **OBJETIVO:** mejorar la accesibilidad de la ciudadanía al sistema sanitario, potenciando el sistema de interacción no presencial mediante el uso de las tecnologías de la información y la comunicación.
- **DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO:** la/el paciente puede solicitar una cita para atención primaria en la modalidad telefónica con el fin de hacer su consulta. El profesional ve en su agenda de trabajo el acto "consulta telefónica" y el número de teléfono que registró el paciente. A continuación, el profesional sanitario (médica/o, enfermera/o, pediatra, matrona/matrón, odontóloga/o, higienista



13

ANEXOS

A.2 RECURSOS

DISPONIBLES PARA EL
ESTABLECIMIENTO DEL
PLAN INDIVIDUALIZADO
DE ATENCIÓN INTEGRAL

dental, trabajadora/trabajador social o farmacéutica/o) se pondrá en contacto con la/el paciente y/o personas cuidadoras, a través de una llamada telefónica, mediante la que realizará su consulta, si necesita un tratamiento farmacológico podrá prescribirse la medicación necesaria a través de la e-receta que podrá ser recogida directamente en la farmacia comunitaria.

→ **SOLICITANTE DEL SERVICIO:** la/el propio paciente.

→ **COBERTURA DEL SERVICIO:** toda Galicia.

➤ SERVICIOS DE URGENCIAS

→ **OBJETIVO:** realizar una atención en casos de urgencia.

→ **DESCRIPCIÓN DO SERVICIO:** la/el paciente puede solicitar la atención urgente a través del 061 o acceder presencialmente a uno de los servicios de urgencias de atención primaria o de atención hospitalaria. En estos servicios serán atendidos por profesionales sanitarios que estudiarán el problema de salud y establecerán las pautas necesarias para su resolución.

→ **SOLICITANTE DEL SERVICIO:** la/el propio paciente.

→ **COBERTURA DEL SERVICIO:** toda Galicia.

➤ SERVICIO DE ATENCIÓN DOMICILIARIA DE ATENCIÓN PRIMARIA

→ **OBJETIVO:** mejorar el acceso a los servicios asistenciales, para personas con problemas o dificultades para desplazarse hasta el centro de salud.

→ **DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO:** prestado por los servicios de atención primaria (SAP), para proporcionar cuidados sanitarios de intensidad y complejidad adecuada a los recursos disponibles, a pacientes que, por sus condiciones físicas y/o psíquicas necesitan ser atendidos en su domicilio.



13

ANEXOS

A.2 RECURSOS

DISPONIBLES PARA EL ESTABLECIMIENTO DEL PLAN INDIVIDUALIZADO DE ATENCIÓN INTEGRAL

- **SOLICITUD DEL SERVICIO:** por parte de la/del paciente o familiares/ cuidadores o programada por parte de las/los profesionales de atención primaria.
- **COBERTURA DEL SERVICIO:** toda Galicia.

➤ CONSULTA EXTERNA EN ATENCIÓN HOSPITALARIA

- **OBJETIVO:** atender por parte de personal facultativo de atención hospitalaria a los pacientes.
- **DESCRIPCIÓN:** acto médico realizado de forma ambulatoria y programada para el diagnóstico, tratamiento, seguimiento, mantenimiento de la salud o para otras circunstancias de índole administrativa, realizado en presencia de la/del paciente en un local destinado para tal fin, con independencia de su situación física, dentro de la red asistencial.
- **SOLICITANTE DEL SERVICIO:** personal facultativo de atención primaria o atención hospitalaria.
- **COBERTURA DEL SERVICIO:** toda Galicia.

➤ VIAS RÁPIDAS DE ATENCIÓN SANITARIA

- **OBJETIVO:** mejorar los tiempos de atención sanitaria para las patologías cuyo retraso pueda suponer un peor pronóstico. Están destinadas a atender en el menor plazo posible las patologías más graves y más frecuentes, entre las que se encuentran las oncológicas y otras.
- **DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO:** se trata de circuitos especiales que permiten una cita en el centro hospitalaria en menos de 15 días con el fin de realizar una atención rápida que permita un mejor pronóstico.



13

ANEXOS

A.2 RECURSOS

DISPONIBLES PARA EL ESTABLECIMIENTO DEL PLAN INDIVIDUALIZADO DE ATENCIÓN INTEGRAL

- **SOLICITANTE DEL PROGRAMA:** personal facultativo de atención primaria y hospitalaria.
- **COBERTURA DEL SERVICIO:** en el momento actual en todas las áreas sanitarias se han implantado vías rápidas que se irán ampliando a nuevas enfermedades.

➤ INGRESO HOSPITALARIO

- **OBJETIVO:** realizar una atención sanitaria que requiere unos cuidados especiales.
- **DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO:** a la/el paciente ingresado en un centro sanitario se le realizarán los cuidados sanitarios adecuados a su situación clínica. Estos cuidados son prestados durante 24 horas los 365 días del año.
- **SOLICITANTE DEL SERVICIO:** personal facultativo de atención hospitalaria.
- **COBERTURA DEL SERVICIO:** toda Galicia.

➤ INGRESOS SOCIOSANITARIOS TIPO CONVALECENCIA (máximo de 3 meses)/ LARGA ESTANCIA

- **OBJETIVO:** mejorar la eficiencia del sistema atendiendo en establecimientos menos especializados a pacientes que requieren cuidados de enfermería y médicos de menor complejidad.
- **DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO:** camas de atención a pacientes ubicadas en centros con menos recursos asistenciales de alta complejidad, destinadas a pacientes con larga convalecencia y a otros pacientes o que no requieran cuidados de alta complejidad como los que se prestan en centros hospitalarios.
- **SOLICITANTE DEL SERVICIO:** personal facultativo de atención hospitalaria y trabajadores sociales.
- **COBERTURA DEL SERVICIO:** en toda Galicia.



13

ANEXOS

A.2 RECURSOS

DISPONIBLES PARA EL
ESTABLECIMIENTO DEL
PLAN INDIVIDUALIZADO
DE ATENCIÓN INTEGRAL

HOSPITAL DE DÍA

- **OBJETIVO:** prestar una atención a las/los pacientes adecuada a su situación clínica.
- **DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO:** asistencia en el hospital durante unas horas, ya sea para diagnósticos y/o exploraciones múltiples, así como para tratamientos que no pueden hacerse en la consulta externa, pero que no justifican un ingreso hospitalario. Son unidades asistenciales donde, bajo la supervisión o indicación de una/un médica/o de atención hospitalaria, se llevan a cabo tratamientos y/o cuidados que requieren una atención continuada médica o de enfermería durante unas horas.
- **SOLICITANTE DEL SERVICIO:** personal facultativo de atención hospitalaria.
- **COBERTURA DEL SERVICIO:** según especialidad médica y área sanitaria.



HOSPITALIZACIÓN A DOMICILIO - HADO

- **OBJETIVOS:** conseguir que la asistencia se efectúe en el lugar más adecuado, que sea más humanizada e integral, potenciando la autonomía funcional, los autocuidados y la independencia sociofamiliar y colaborar con atención primaria en la atención paliativa de las personas con enfermedad crónica avanzada y media o alta complejidad que se encuentren en el domicilio, dentro de un modelo de atención integrada.
- **DESCRIPCIÓN:** se caracteriza por proporcionar cuidados sanitarios más intensos y/o complejos que los proporcionados habitualmente por atención primaria. Depende estructuralmente de los hospitales, se presta por profesionales formados para tal fin y engloba a su vez



13

ANEXOS

A.2 RECURSOS

DISPONIBLES PARA EL
ESTABLECIMIENTO DEL
PLAN INDIVIDUALIZADO
DE ATENCIÓN INTEGRAL

diversos esquemas asistenciales en función de las características de los cuidados, duración de los mismos y objetivo perseguido.

- **COBERTURA:** aproximadamente el 65 % de la población gallega.
- **SOLICITANTE:** personal facultativo de atención primaria y atención hospitalaria.

▶ ATENCIÓN ESPECIALIZADA EN CUIDADOS PALIATIVOS

- **OBJETIVO:** garantizar la atención integral e integrada a todas las personas con enfermedad avanzada y expectativa de vida limitada, procurando la mejor calidad de vida posible y dando respuesta idónea a sus necesidades y a las de su entorno afectivo y de cuidado, independientemente del lugar donde vivan.
- **DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO:** los criterios propuestos por el Ministerio de Sanidad para la identificación de las/los pacientes con enfermedad en fase avanzada y terminal son: enfermedad incurable, avanzada y progresiva, pronóstico de vida limitado, escasa posibilidad de respuesta a tratamientos específicos, evolución oscilante con frecuentes crisis de necesidades en el área física, psicosocial y espiritual, intenso impacto emocional y familiar, repercusiones sobre la estructura cuidadora, alta demanda y uso de recursos.
- **SOLICITANTES DEL SERVICIO:** personal facultativo de atención primaria y atención hospitalaria.
- **COBERTURA DEL SERVICIO:** toda Galicia.

▶ TELESEGUIMIENTO DE PACIENTES CRÓNICOS A TRAVÉS DE LA PLATAFORMA TECNOLÓGICA TELEA

- **OBJETIVOS:** alcanzar una atención más proactiva hacia las/los pacientes. Mejorar la capacidad resolutive de atención primaria. Facilitar la permanencia de la/del paciente en su domicilio/entorno. Mejorar la calidad de la atención a las/los pacientes con patologías



13

ANEXOS

A.2 RECURSOS

DISPONIBLES PARA EL
ESTABLECIMIENTO DEL
PLAN INDIVIDUALIZADO
DE ATENCIÓN INTEGRAL

crónicas. Conseguir un mayor compromiso de las/los pacientes con su salud. Prevenir el agravamiento/descompensación de patologías crónicas. Incrementar la satisfacción de las/los pacientes y de las/los profesionales. Fomentar el trabajo en equipo de las/los profesionales de atención primaria.

- **IMPLANTACIÓN:** piloto en atención hospitalaria durante el año 2016 y 2017 en el Hospital Universitario Lucus Augusti (perfil de pacientes con insuficiencia cardíaca descompensada). Piloto en atención primaria entre abril y junio de 2017 en el Servicio de Atención Primaria de Santa Comba-Mazaricos del área sanitaria de Santiago de Compostela. En el año 2020 estará disponible para toda Galicia.
- **DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO:** seguimiento teleasistido de pacientes crónicos a través de la plataforma tecnológica TELEA, que el Servicio Gallego de Salud pone a su disposición a través de la web, para mejorar la calidad del seguimiento de sus enfermedades crónicas. La implantación de este modelo de atención a través de la plataforma TELEA, que está integrada con los sistemas de información corporativos, permite realizar un seguimiento continuo de la situación clínica de la/del paciente y adelantarse a posibles episodios de agravamiento de la enfermedad. La/el paciente incluye una serie de biomedidas en el aplicativo y/o da respuesta a cuestionarios clínicos/escalas de salud, esta información se integra directamente en la historia clínica electrónica, para ser valorada por los profesionales sanitarios, que pueden comunicarse, si es necesario, con la/el paciente, mediante llamada telefónica, videollamada o de forma presencial y así desarrollar las actuaciones encaminadas a restaurar la normalidad y prevenir recaídas o reagudizaciones.
- **SOLICITANTE DEL SERVICIO:** profesionales sanitarios de atención primaria y atención hospitalaria.



13

ANEXOS

A.2 RECURSOS

DISPONIBLES PARA EL
ESTABLECIMIENTO DEL
PLAN INDIVIDUALIZADO
DE ATENCIÓN INTEGRAL

SERVICIO “OLLO COS OLLOS”

- **OBJETIVO:** establecer los mecanismos necesarios en materia de prevención de los problemas de visión y promoción de la salud visual, dirigidos a todos los usuarios del Servicio Gallego de Salud mayores de 6 años. Promover la valoración de la agudeza visual y favorecer el diagnóstico precoz de posibles complicaciones derivadas de patologías crónicas, mejorando la efectividad asistencial y la capacidad de gestión.
- **DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO:** circuito de derivación de pacientes mayores de 6 años desde las/los médicas/os de familia y pediatras de atención primaria a los centros ópticos acreditados por el Servicio Gallego de Salud para valoración visual. A través de un Convenio de colaboración entre la Consellería de Sanidad, el Servicio Gallego de Salud y la VI Delegación Regional de Colegio de Ópticos-Optometristas de Galicia, para el desarrollo de un programa de prevención de los problemas visuales.
- **SOLICITANTE DEL SERVICIO:** médica/o de atención primaria y pediatra.
- **COBERTURA DEL SERVICIO:** toda Galicia.



PROGRAMA CONECTA 72

- **OBJETIVO:** mejorar la continuidad de cuidados de las/los pacientes tras el alta hospitalaria mediante el sistema de interacción no presencial, a través del uso de las tecnologías de la información y la comunicación.
- **DESCRIPCIÓN DEL PROGRAMA:** el profesional de enfermería de atención primaria efectúa una llamada telefónica (consulta) a las/los pacientes que fueron dados de alta hospitalaria en las 72 horas previas, con el objetivo de resolver las necesidades e inquietudes que tengan. Conecta 72 sincroniza informáticamente todas las altas



13

ANEXOS

A.2 RECURSOS

DISPONIBLES PARA EL ESTABLECIMIENTO DEL PLAN INDIVIDUALIZADO DE ATENCIÓN INTEGRAL

hospitalarias con las agendas de citación de enfermería de atención primaria, y proporciona un listado, a modo informativo, en las listas de trabajo de las/los médicas/os de atención primaria. Tras la valoración por parte del profesional de enfermería de los informes de alta médica y de continuidad de cuidados, realiza una consulta telefónica a la/el paciente, dirigida a resolver aquellas necesidades relacionadas con su reciente alta (conciliación de medicación, citas, curas, etc...).

- **SOLICITANTE DEL PROGRAMA:** automático.
- **COBERTURA DEL SERVICIO:** en toda Galicia.

► APOYO DE SERVICIOS SOCIALES A DOMICILIO PARA ACTIVIDADES SANITARIAS

- **OBJETIVO:** mejorar la atención sanitaria de las/los pacientes en sus propios domicilios.
- **SOLICITANTE DEL PROGRAMA:** el personal facultativo a través del personal de trabajo social del centro.
- **DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO:** las/los profesionales de ayuda a domicilio realizarán actividades de apoyo a la asistencia sanitaria, como es el control de la adhesión de la/el paciente a la medicación prescrita, la identificación precoz de complicaciones y otras actividades similares.
- **COBERTURA DEL SERVICIO:** depende de cada sitio.
- **OBJETIVO:** mejorar la calidad asistencial y garantizar la prestación farmacéutica de los usuarios residentes en los centros sociosanitarios, mediante la realización de una revisión de la medicación y un seguimiento farmacoterapéutico individualizado bajo la responsabilidad de una/un farmacéutica/o de los centros asistenciales del Servicio Gallego de Salud.

**13**

ANEXOS

A.2 RECURSOS

DISPONIBLES PARA EL
ESTABLECIMIENTO DEL
PLAN INDIVIDUALIZADO
DE ATENCIÓN INTEGRAL**PROGRAMA DE ATENCIÓN FARMACÉUTICA A PACIENTES INGRESADOS EN RESIDENCIAS SOCIO SANITARIAS**

- **DESCRIPCIÓN DEL PROGRAMA:** al ingresar la/el paciente en la residencia la/el farmacéutica/o realiza una revisión de su medicación (incluida la conciliación), y realiza una propuesta de intervención a la/el médica/o responsable, quien adecuará el tratamiento de la/del paciente si lo considera necesario y, con la colaboración de la/el farmacéutica/o, adaptará los medicamentos a la guía farmacoterapéutica correspondiente. Desde el servicio de farmacia hospitalario de referencia se proporcionan los medicamentos y productos sanitarios financiados que precisen los residentes. Así mismo la/el farmacéutica/o realiza un seguimiento farmacoterapéutico continuo de la/el paciente.
- **Cobertura del programa:** en el primer semestre del año 2018 la cobertura del programa era del 53,60% del conjunto de las plazas de residencias sociosanitarias disponibles en Galicia (independientemente de si son públicas o privadas).



13

ANEXOS
A.2 RECURSOS
DISPONIBLES PARA EL
ESTABLECIMIENTO DEL
PLAN INDIVIDUALIZADO
DE ATENCIÓN INTEGRAL

2.3. Programas para los profesionales que atienden a personas en situación de cronicidad

Con el fin de mejorar la atención a las/los pacientes en situación de cronicidad se ponen al servicio de las/los profesionales una serie de servicios y herramientas como son:

PROGRAMA ÚLCERAS FÓRA

- **OBJETIVO:** mejorar la calidad de vida, disminuyendo la incidencia y repercusión de las úlceras en las/los pacientes con deterioro de la integridad cutánea y tisular, reducir la variabilidad clínica y gestionar el consumo racional de productos de prevención y tratamiento de las úlceras/heridas.
- **DESCRIPCIÓN DEL PROGRAMA:** puesta a disposición de las/los profesionales las instrucciones y guías prácticas para el tratamiento de heridas dentro del Servicio Gallego de Salud, catálogo de apósitos, formación innovadora (juegos, vídeos), procedimientos de curas y prevención de úlceras por presión, etc... incluidas en un portal en la web del Sergas.
- **COBERTURA DE PROGRAMA:** todos los profesionales del Servicio Gallego de Salud.

PROGRAMA DE MEJORA DE LA CALIDAD EN LA ATENCIÓN A LOS PACIENTES CRÓNICOS Y POLIMEDICADOS

- **OBJETIVO:** mejorar la calidad asistencial y la prestación farmacéutica de las/los pacientes crónicos polimedicados, mediante la detección y resolución de problemas relacionados con el uso de medicamentos (revisión sistemática de la medicación), mejora del cumplimiento terapéutico de las/los pacientes crónicos polimedicados (información adecuada sobre la farmacoterapia, incluyendo la importancia de la adherencia al tratamiento y el adiestramiento en el uso de los medicamentos) y mejora del conocimiento de las/los pacientes respecto del uso y las indicaciones de los medicamentos (educación sanitaria individual y colectiva).

**13**

ANEXOS

A.2 RECURSOS

DISPONIBLES PARA EL ESTABLECIMIENTO DEL PLAN INDIVIDUALIZADO DE ATENCIÓN INTEGRAL

- **DESCRIPCIÓN DEL PROGRAMA:** se identifica la población diana que toma 6 o más medicamentos de forma crónica y por su fragilidad. Se realizan "informes de pacientes polimedificados" para cada farmacéutica/o de atención primaria que son enviados a través de las áreas sanitarias. La/el farmacéutica/o lleva a cabo una revisión de la medicación del paciente, abre un episodio en IANUS para indicar que la/el paciente entra en el programa y realiza una propuesta de intervención a la/el médica/o y al personal de enfermería, que se envía o gestiona personalmente o a través de listas de trabajo. La/el médica/o realiza la revisión clínica de la medicación y valora las propuestas de intervención realizadas por la/el farmacéutica/o de atención primaria o la enfermera/o. El personal de enfermería revisa los aspectos relacionados con el comportamiento de la/del paciente en el manejo de la medicación y proporciona la información necesaria.
- **COBERTURA DEL PROGRAMA:** atención primaria y programado para su ampliación a atención hospitalaria.



PROGRAMA DE CONCILIACIÓN DE LA MEDICACIÓN DE LA/EL PACIENTE AL INGRESO Y AL ALTA HOSPITALARIA

- **OBJETIVO:** mejorar la calidad asistencial y la seguridad de las/los pacientes, y garantizar la continuidad de un seguimiento farmacoterapéutico en las transiciones asistenciales hospitalarias.
- **DESCRIPCIÓN DEL PROGRAMA:** al ingresar la/el paciente en el hospital la/el farmacéutica/o realiza una revisión de la medicación de la/el paciente y se compara la medicación habitual con la prescrita después de esta transición asistencial, con la finalidad de analizar si existen discrepancias y resolver las detectadas. Las diferencias encontradas se comentan y analizan con el prescriptor para valorar su justificación y, si se requiere, su posible corrección. Los cambios realizados se actualizan en la historia clínica y se comunican adecuadamente a la/el facultativa/o responsable de la/el paciente y al propio paciente.



13

ANEXOS

A.2 RECURSOS

DISPONIBLES PARA EL ESTABLECIMIENTO DEL PLAN INDIVIDUALIZADO DE ATENCIÓN INTEGRAL

- **COBERTURA DEL PROGRAMA:** programado para su ampliación a toda la atención hospitalaria.

➤ PROCESOS ASISTENCIALES INTEGRADOS

- **OBJETIVO:** mejorar la calidad de la atención, disminuir la variabilidad y mejorar la equidad.
- **DESCRIPCIÓN DEL PROGRAMA:** guías asistenciales que orientan a los profesionales sobre las actuaciones sanitarias a realizar en las/los pacientes con determinadas enfermedades crónicas. Están elaborados por grupos multidisciplinares de profesionales. Los procesos de ámbito autonómico elaborados hasta el momento relacionados con la atención a las/los pacientes en situación de cronicidad son:

- Proceso asistencial integrado de **enfermedad pulmonar obstructiva crónica**
- Proceso asistencial integrado de **diabetes mellitus tipo 2**
- Proceso asistencial integrado de **cáncer de próstata**
- Proceso asistencial integrado de **cáncer de mama**
- Proceso asistencial integrado de **cáncer de cérvix**
- Proceso asistencial integrado de **cáncer de pulmón**
- Proceso asistencial integrado de **fibromialgia**
- Proceso asistencial integrado de **esclerosis lateral amiotrófica**

- **COBERTURA DEL PROGRAMA:** toda Galicia.

➤ SERVICIOS DE FORMACIÓN PARA PROFESIONALES SANITARIOS

- **OBJETIVO:** aumentar la competencia profesional para mejorar la atención a las/los pacientes con enfermedad crónica.
- **DESCRIPCIÓN DEL PROGRAMA:** oferta formativa en distintos formatos (presencial, on-line) sobre diversas patologías y para diferentes categorías profesionales.
- **ACCESO AL SERVICIO:** el profesional a través de la Agencia de Conocimiento en Salud (ACIS).
- **COBERTURA DEL SERVICIO:** toda Galicia.



13

ANEXOS
A.2 RECURSOS
DISPONIBLES PARA EL
ESTABLECIMIENTO DEL
PLAN INDIVIDUALIZADO
DE ATENCIÓN INTEGRAL

2.4. Herramientas TICs para las/os profesionales que atienden a las personas en situación de cronicidad

HISTORIA CLÍNICA ELECTRÓNICA - IANUS

- **OBJETIVO:** mejorar la atención sanitaria al disponer de toda la información clínica de forma ordenada y en el momento preciso.
- **DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO:** las y los profesionales acceden a toda la información clínica de la/del paciente a través de una plataforma informática que, a su vez, les permite escribir el seguimiento clínico y solicitar determinadas pruebas clínicas.
- **ACCESO A LA HERRAMIENTA:** profesionales sanitarios autorizados del Servicio Gallego de Salud.
- **COBERTURA:** toda Galicia.

E-INTERCONSULTA

- **OBJETIVO:** apoyar la toma de decisiones del profesional responsable de la/del paciente por parte de los servicios de ámbito hospitalario.
- **DESCRIPCIÓN:** se trata de una solución informática que permite la comunicación entre profesionales a través de un sistema corporativo, salvaguardando todos los aspectos de confidencialidad de los datos de la/del paciente. El profesional de atención primaria realiza una consulta al de atención hospitalaria, quien contesta a la cuestión planteada. Todo ello se recoge en el sistema de registro de la actividad de las y los profesionales.
- **ACCESO A LA HERRAMIENTA:** profesionales sanitarios de atención primaria y hospitalaria.
- **COBERTURA:** en la actualidad está disponible para algunas especialidades en todas las áreas sanitarias y en expansión.

**13**

ANEXOS

A.2 RECURSOS

DISPONIBLES PARA EL
ESTABLECIMIENTO DEL
PLAN INDIVIDUALIZADO
DE ATENCIÓN INTEGRAL



SERVICIO DE APOYO A LA MEJORA DE LA PRESCRIPCIÓN

- **OBJETIVO:** mejorar la calidad de la prescripción.
- **DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO:** elaboración de un informe individualizado de mejora del perfil de prescripción de la/el médica/o solicitante, con base en los indicadores estándar del Acuerdo de Gestión y en otra información relevante más específica.
- **ACCESO A LA HERRAMIENTA:** cualquier profesional sanitario.
- **COBERTURA:** todo el Servicio Gallego de Salud.



SERVICIO DE CONSULTA SOBRE INFORMACIÓN FARMACOTERAPÉUTICA Y PRESCRIPCIÓN ELECTRÓNICA

- **OBJETIVO:** mejorar la calidad de la prescripción.
- **DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO:** resolución de consultas farmacoterapéuticas o consultas relacionadas con la prescripción de receta electrónica, indicadores de calidad, desabastecimientos de medicamentos, solicitud de listados de pacientes tratados con determinados medicamentos, dudas sobre la prestación farmacéutica de pacientes y financiación de productos, cambios de códigos nacionales, alternativas eficientes, solicitudes de inclusión de formulas magistrales.
- **ACCESO A LA HERRAMIENTA:** cualquier profesional sanitario.
- **COBERTURA:** todo el Servicio Gallego de Salud.



13

ANEXOS

A.2 RECURSOS

DISPONIBLES PARA EL
ESTABLECIMIENTO DEL
PLAN INDIVIDUALIZADO
DE ATENCIÓN INTEGRAL

➤ SERVICIO DE ALTERNATIVAS TERAPÉUTICAS EFICIENTES EN LA PRESCRIPCIÓN

- **OBJETIVO:** mejorar la calidad y eficiencia de la prescripción.
- **DESCRIPCIÓN DEL PROGRAMA:** se pone a disposición del personal facultativo una herramienta basada en señalar con distinto color las diferentes alternativas terapéuticas, de tal modo que se permite conocer la eficiencia de su prescripción dentro de grupos terapéuticos de amplio consumo. El personal facultativo cuenta así mismo con “Informes de alternativas más eficientes”, de acceso sencillo desde IANUS, que explican y aportan la evidencia científica disponible para facilitar la toma de decisiones. Esta información se muestra tanto en las prescripciones ya hechas en una/un paciente, como en aquellas que la/el médica/o vaya a hacer nuevas, constituyendo parte del sistema de prescripción electrónica asistida de IANUS.
- **ACCESO A LA HERRAMIENTA:** cualquier profesional sanitario.
- **COBERTURA:** todo el Servicio Gallego de Salud.

➤ SERVICIO DE ALERTAS CLÍNICAS

- **OBJETIVO:** disminuir el tiempo de actuación desde la identificación de una alteración en una prueba diagnóstica y la intervención terapéutica, para mejorar los resultados en la/el paciente.
- **DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO:** sistema para alertar a las/los profesionales de los resultados de sus pacientes en los que exista un dato clínico de relevancia o en los que se requiera una actuación inmediata. Plataforma informática (ALERTAS) que permite definir alertas y tomar decisiones.
- **COBERTURA DEL SERVICIO:** próxima implantación.



Bibliografía consultada

- Anderson G, Horvath J. The growing burden of chronic disease in America. *Public Health Rep.* 2004; 119 (3): 263-70.
- Angulo-Pueyo E, Martínez-Lizaga N, Ridaio-López M, García-Armesto S, Bernal-Delgado E. Evolución de las hospitalizaciones potencialmente evitables por condiciones crónicas en España. *Gac San.* 2016; 30 (1): 52-4.
- Barnett K, Mercer SW, Norbury M, Watt G, Wyke S, Guthrie B. Epidemiology of multimorbidity and implications for healthcare, research, and medical education: a cross-sectional study. *Lancet.* 2012; 380: 37–43.
- Bell E, Seidel B. Understanding and benchmarking health service achievement of policy goals for chronic disease. *BMC Health Serv Res.* 2012; 12: 343.
- Bengoa R*, Martos F*, Nuño R*, Kreindler S, Novak T, Pinilla R. [*Contribuyentes principales] Management models. En: Jadad AR, Cabrera A, Lyons RF, Martos F, Smith R. 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-with-multiple-chronic-diseases/>
- Bengoa Rentería R. El reto de la cronicidad en España: mejor transformar que razonar. *Gac Sanit.* 2015; *Gac Sanit.* 2015;29 (5): 323–5.
- Bernabeu-Wittel M, Ollero-Baturone M, Moreno-Gaviño L, Barón-Franco B, Fuertes A, Murcia-Zaragoza J et al. Development of a new predictive model for poly pathological patients. The PROFUND index. *Eur J Intern Med.* 2011; 22 (3): 311-7.
- Boucher NA, White S, Keith D. A framework for improving chronic critical illness care: adapting the medical home's central tenets. *Med Care.* 2016; 54 (1): 5-8.
- Clark CM Jr, Snyder JW, Meek RL, Stutz LM, Parkin CG. A systematic approach to risk stratification and intervention within a managed care environment improves diabetes outcomes and patient satisfaction. *Diabetes Care.* 2001; 24 (6): 1079-86.
- Corrales-Nevado D, Alonso-Babarro A, Rodríguez-Lozano MA. Continuidad de cuidados, innovación y redefinición de papeles profesionales en la atención a pacientes crónicos y terminales. Informe SESPAS 2012. *Gac Sanit.* 2012; 26(S): 63–68.
- Davy C, Bleasel J, Liu H, Tchan M, Ponniah S, Brown A. Effectiveness of chronic care models: opportunities for improving healthcare practice and health outcomes: a systematic review. *BMC Health Serv Res.* 2015; 15: 194.
- Evans RG, Barer ML, Marmor TR. Why are some people healthy and others not? The Determinants of Health of Populations. New York, NY: Aldine de Gruyter; 1994.
- Fernández Fernández M, Meixide Vecino A. Declive demográfico en Galicia y territorio: el diseño de políticas públicas en un espacio complejo y heterogéneo. En: Barreiro Rivas XL, Pascual Monzó RM, Araujo Cardalda LX (editores). O reto demográfico de Galicia. Santiago de Compostela: Escola Galega de Administración Pública; 2013. p. 59-80.
- Gérvas J, Pérez Fernández M. Modelo de Atención a Crónicos (Chronic Care Model) y otras iniciativas de mejora de la calidad de la atención a los pacientes crónicos. *AMF.* 2009; 5: 356-64.
- Global Burden of Disease Study 2013 Collaborators. Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 301 acute and chronic diseases and injuries in 188 countries, 1990–2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. *Lancet* 2015; 386 (9995): 743–800.
- Glosario sobre enfermedades crónicas complejas. Observatorio de prácticas innovadoras en el manejo de enfermedades crónicas complejas (OPIMEC) [Internet]. Consejería de Salud. Junta de Andalucía. Disponible en: <http://www.opimec.org/glosario/>
- Grupo de Trabajo de la Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI) y la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria (semFYC). Atención al paciente con enfermedades crónicas. Documento de consenso. Sevilla: Mergablum Edición y Comunicación SL; 2011.
- Hansen J, Groenewegen PP, Boerma WG, Kringos, DS. Living in a country with a strong primary care system is beneficial to people with chronic conditions. *Health Aff (Millwood)*; 2015, 34 (9): 1531-7.
- Jovell AJ, Navarro-Rubio MD, Fernández-Maldonado L, Blancafort S. Nuevo rol del paciente en el sistema sanitario. *Aten Primaria.* 2006;38(4):234-7.
- Junta de Castilla y León. Consejería de Sanidad. Gerencia Regional de Salud de Castilla y León. Estrategia de Atención al paciente crónico en Castilla y León. Junta de Castilla y León. Consejería de Sanidad; 2013.
- Koh HK, Brach C, Harris LM, Parchman ML. A proposed 'health literate care model' would constitute a systems approach to improving patients' engagement in care. *Health Aff (Millwood)*. 2013; 32 (2): 357-67.
- Legido-Quigley H, Panteli D, Car J, McKee M, Busse R. Clinical guidelines for chronic conditions in the European Union. The European Observatory on Health Systems and Policies; 2013.
- Martínez-González NA, Berchtold P, Ullman K, Busato A, Egger M. Integrated care programmes for adults with chronic conditions: a meta-review. *Int J Qual Health Care.* 2014; 26 (5): 561-70.



- Martínez-González NA, Rosemann T, Tandjung R, Djalali S. The effect of physician-nurse substitution in primary care in chronic diseases: a systematic review. *Swiss Med Wkly*. 2015; 145: w14031.
- Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. ENSE Encuesta Nacional de Salud. España 2017. Madrid: Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social; 2018.
- Ministerio de Sanidad y Política Social. Unidad de pacientes pluripatológicos. Estándares y recomendaciones. Informes, estudios e investigación 2009. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social; 2009.
- 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.
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Tendencia de los principales factores de riesgo de enfermedades crónicas. España, 2001-2011/12. Información y estadísticas sanitarias 2014. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2014.
- Monterde D, Vela E, Clèries M, y grupo colaborativo GMA. Los grupos de morbilidad ajustados: nuevo agrupador de morbilidad poblacional de utilidad en el ámbito de la atención primaria. *Aten primaria*. 2016; 48 (19): 674-82.
- NHS. People helping people. Year two of the pioneer programme. NHS; 2016.
- Nolte E, Conklin A, Adams JL, Brunn M, Cadier B, Chevrel K, Durand-Zaleski I, Elissen A, Erler A, Flamm M, Frølich A, Fullerton B, Jacobsen R, Knai C, Krohn R, Pöhlmann B, Saz Parkinson Z, Sarria Santamera A, Sönnichsen A, Vrijhoef H. Evaluating chronic disease management. RAND Corporation and DISMEVAL Consortium; 2012.
- Nolte E, Pitchforth E. What is the evidence on the economic impacts of integrated care? Copenhagen: WHO Regional Office for Europe and European Observatory on Health Systems and Policies; 2014.
- Nuño R. Buenas prácticas en gestión sanitaria: el caso Kaiser Permanente. *Rev Adm Sanit*. 2007; 5 (2): 283-92.
- Nuño-Solinís R, Fernández-Cano P, Mira-Solves JJ, Toropolanco N, Contel JC, Guilabert-Mora M et al. Desarrollo de IEMAC, un Instrumento para la Evaluación de Modelos de Atención ante la Cronicidad. *Gac Sanit*. 2013; 27 (2): 128-34.
- Ollero Baturone M, Orozco Beltrán D, Domingo Rico C, Román Sánchez P, López Soto A, Melguizo Jiménez M et al. "Declaración de Sevilla" conferencia nacional para la atención al paciente con enfermedades crónicas. *Rev Clin Esp*. 2011; 211: 604-6.
- Organisation for Economic Cooperation and Development. The challenge of financing care for individuals with multimorbidity: rocket science or child rearing?. En: OECD 50th Anniversary - Conference on Health Reform: Meeting the challenge of ageing and multiple morbidities. Paris; 2011.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). Informe sobre la situación mundial de las enfermedades no transmisibles 2014. Cumplimiento de las nueve metas mundiales relativas a las enfermedades no transmisibles: una responsabilidad compartida. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/149296/WHO_NMH_NVI_15.1_spa.pdf?sequence=1
- Organización Mundial de la Salud (OMS). ENT Perfiles de países, 2014. España. Disponible en: http://www.who.int/nmh/countries/esp_es.pdf?ua=1
- Orueta JF, Nuño-Solinís R, Mateos M, Vergara I, Grandes G, Esnaola S. Monitoring the prevalence of chronic conditions: which data should we use? *BMC Health Serv Res*. 2012; 12: 365.
- Solberg LI, Asche SE, Shortell SM, Gillies RR, Taylor N, Pawlson LG et al. Is integration in large medical groups associated with quality? *Am J Manag Care*. 2009;15(6):e34-41.
- Stock S, Pitcavage JM, Simic D, Altin S, Graf C, Feng W et al. Chronic care model strategies in the United States and Germany deliver patient-centered, high-quality diabetes care. *Health Aff (Millwood)*. 2014; 33 (9): 1540-8.
- The Better Care Faster Coalition. Putting innovation to work. Improving chronic disease management and health system sustainability in Ontario; 2013.
- Van Eenoo L, Declercq A, Onder G, Finne-Soveri H, Garms-Homolova V, Jónsson PV et al. Substantial between-country differences in organising community care for older people in Europe—a review. *Eur J Public Health*. 2016;26 (2): 213-9.
- Van Leeuwen KM, Bosmans JE, Jansen AP, Hoogendijk EO, Muntinga ME, van Hout HP, Nijpels G, et al. Cost-effectiveness of a chronic care model for frail older adults in Primary Care: economic evaluation alongside a stepped-wedge cluster-randomized trial. *J Am Geriatr Soc*. 2015; 63 (12): 2494-504.
- Wagner EH, Austin BT, Von Korff M. Organizing care for patients with chronic illness. *Milbank Q*. 1996; 74 (4): 511-44.
- Wagner EH. Chronic disease management: what will it take to improve care for chronic illness? *Eff Clin Pract*. 1998; 1 (1): 2-4.
- Wallace E, Smith SM, Fahey T, Roland M. Reducing emergency admissions through community based interventions. *BMJ* 2016;352:h6817 doi: 10.1136/bmj.h6817.
- World Health Organization (WHO). Innovative care for chronic conditions. Building blocks for action: global report. World Health Organization; 2002.

