

Estratexia galega para a atención a persoas en situación de cronicidade



Estratexia galega para
a atención a persoas
en situación de
cronicidade



PARTICIPANTES NOS 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 Sanidade
Servizo Galego de Saúde
Dirección Xeral de Asistencia Sanitaria

Lugar: Santiago de Compostela

Ano: 2018

Deseño e maquetación_
Conchita Viñas González-Zaera
KRISOLA DESEÑO, S.L.

ESTRATEGIA GALEGA PARA A ATENCIÓN A PERSOAS EN SITUACIÓN DE CRONICIDADE



09

MODO DE UTILIZACIÓN

índice

Estratexia galega para a atención a persoas en situación de cronicidade

Un click nos encabezamentos de páxina enlaza co índice

8	1	Abreviaturas e acrónimos	71
9	2	Introdución	
16	3	Análise das enfermidades crónicas. Situación actual	72
34	4	Marcos de resposta ás enfermidades crónicas	72
40	5	Feitos, evidencias e boas prácticas na xestión da cronicidade	76
44	6	Obxectivos da estratexia	

Anexos

Anexos

Anexo 1. **Avaliación sociosanitaria integral das necesidades da/do paciente en situación de CRONICIDADE**

Anexo 2. **Recursos dispoñibles para o desenvolvemento do plan individualizado**

- 2.1. Catálogo de servizos para as/os pacientes e familiares/cuidadoras/es
- 2.2. Catálogo de servizos asistenciais a disposición das/dos pacientes e profesionais para dar resposta ás necesidades das/dos pacientes.
- 2.3. Programas para as e os profesionais que atenden a persoas en situación de cronicidade
- 2.4. Ferramentas TIC para as/os profesionais que tenden ás persoas en



ÍNDICE

Estratexia galega para
a atención a persoas
en situación de
cronicidade



PAX

6	Presentación
1	
8	Abreviaturas e acrónimos
2	
9	Introdución
3	
16	Análise das enfermidades crónicas. Situación actual
4	
34	Marcos de resposta ás enfermidades crónicas
5	
40	Feitos, evidencias e boas prácticas na xestión da cronicidade
6	
44	Obxectivos da estratexia
7	
46	Liñas estratéxicas que se desenvolverán
8	
52	Modelo asistencial proposto
9	
55	Descrición dos compoñentes do modelo
10	
63	Implantación da estratexia
11	
64	Proxectos que se desenvolverán
12	
67	Avaliación e monitorización da estratexia

PAX

13	
70	ANEXOS
Anexo 1	
71	Avaliación sociosanitaria integral das necesidades da/do paciente en situación de cronicidade
Anexo 2	
72	Recursos dispoñibles para o establecemento do Plan individualizado de atención integral
2.1	
72	Catálogo de servizos para as/os pacientes e familiares/coidoras/es
2.2	
76	Catálogo de servizos asistenciais a disposición das/dos pacientes e profesionais para dar resposta ás necesidades das/dos pacientes
2.3	
86	Programas para as e os profesionais que atenden a persoas en situación de cronicidade
2.4	
89	Ferramentas TIC para as/os profesionais que atenden ás persoas en situación de cronicidade
14	
92	BIBLIOGRAFÍA



Presentación

A Estratexia Sergas 2020, contén entre as súas liñas estratéxicas a de "Orientar a estrutura de prestación de servizos cara ás necesidades dos pacientes. Atención á cronicidade". Esta liña recolle como primeiro proxecto a elaboración e implantación dun plan integral de atención sanitaria aos pacientes crónicos. Este documento que teño o pracer de presentar fai efectiva esa proposta.

A situación sociodemográfica de Galicia, cun alto grao de avellentamento poboacional, fai necesaria unha adaptación organizativa do noso sistema sanitario cara a unha nova realidade: as persoas en situación de cronicidade.

A atención ás e aos pacientes con condicións crónicas, -xeralmente, pero non sempre, persoas de idade-, fai precisa a posta en marcha de novas dinámicas de traballo que favorezan unha atención sociosanitaria integral, cunha visión global das persoas e unha perspectiva temporal ampla. Dita atención debe prestarse por parte de equipos interdisciplinares, formados por profesionais dos servizos sanitarios e sociais, e coa participación activa da e do paciente pero tamén da súa contorna máis inmediata.

Preténdese con isto evitar a progresión da cronicidade cara a estadios máis complexos, aumentar a calidade e a seguridade asistencial e mellorar a satisfacción das e dos pacientes, da familia e das coidadoras/es, así como das e dos profesionais responsables da súa atención.

Garantir o confort e a calidade de vida da persoa cunha enfermidade crónica avanzada e un pronóstico de vida limitado, integrando a atención paliativa como parte final do proceso de cronicidade, son tamén obxectivos a acadar.

É por isto que poñemos en marcha esta estratexia, da que quero destacar dúas innovacións na atención: a figura da/do profesional ou equipo de referencia da ou do paciente crónico,



e o que denominamos Plan individualizado de atención integral. Son estes os dous eixos sobre os que pivota unha nova organización asistencial da atención ás persoas en situación de cronicidade.

O profesional de referencia será quen promova a coordinación de todos os profesionais que atenden a/o paciente crónico e será ademais o xestor do Plan individualizado de atención integral.

Este Plan elaborárase con base nas necesidades da/do paciente, e recollerá, entre outros aspectos, os obxectivos asistenciais, os plans terapéuticos, as tarefas a desenvolver por parte da/do paciente pero tamén por parte das/dos profesionais que a/o atenden, e os calendarios de actuacións.

Esperamos que esta estratexia que agora presentamos, -que non esquece os aspectos de formación, investigación ou novas tecnoloxías-, acade os seus obxectivos, e consigamos -entre todas e todos- dar resposta ás necesidades sociosanitarias das persoas en situación de cronicidade, e alcanzar o maior nivel de saúde posible para todas e cada unha delas.

Antes de finalizar quero agradecer a inestimable colaboración dos membros dos grupos de traballo e das sociedades científicas, así como as importantes achegas das asociacións de pacientes.

O seguinte paso é levar á práctica o recollido nesta estratexia e que chegue aos nosos pacientes. Nesta tarefa, ademais da implicación do noso sistema sanitario e dos seus profesionais, é necesaria a participación da cidadanía. É tamén importante que entre todas e todos difundamos o aquí recollido para lograr unha mellor atención ás persoas en situación de cronicidade.

Jesús Vázquez Almuiña
Conselleiro de Sanidade



01

ABREVIATURAS
E ACRÓNIMOS

Abreviaturas e acrónimos

ABREVIATURA	Significado
AP	Atención primaria
CMBD-HA	Conxunto mínimo básico de datos - hospitalización de agudos
ENSE	Enquisa nacional de saúde de España
GMA	Grupos de morbilidade axustados
ICCC	<i>Innovative Care for Chronic Conditions Framework</i>
IGE	Instituto Galego de Estatística
INE	Instituto Nacional de Estatística
OMS	Organización Mundial da Saúde
PAC	Punto de atención continuada
SERGAS	Servizo Galego de Saúde
SIDA	Síndrome de inmunodeficiencia adquirida
TIC	Tecnoloxías da información e a comunicación
UE	Unión Europea
VIH	Virus da inmunodeficiencia humana



Introdución

O patrón epidemiolóxico do século XXI, como xa prevía a Organización Mundial da Saúde (OMS) a finais dos anos setenta, cambiou debido a un aumento da poboación maior de 65 anos e, consecuentemente, polo incremento das enfermidades crónicas. Este patrón orixina unha maior demanda de utilización dos servizos sanitarios por parte das persoas en situación de cronicidade. Estímase que esta demanda pode chegar a corresponder, segundo algúns estudos, ao 80% das consultas en atención primaria e ao 60% dos ingresos hospitalarios, con estancias medias de ingreso máis prolongadas e con maior utilización dos servizos de consulta médica, urxencias, hospitalización de día e consumo de medicamentos. Todo iso estímase que implica un 70-75% do gasto sanitario. Con todo, este cambio de patrón epidemiolóxico non comportou unha evolución da organización e xestión dos Servizos de Saúde para adaptarse ás novas necesidades.

Con esta perspectiva, o modelo asistencial tradicional centrado na resolución de patoloxías agudas, e que favorece unha atención episódica aos problemas de saúde cun enfoque curativo, perde a súa vixencia, xa que as principais causas de mortalidade e morbilidade, tanto en España como nos países da nosa contorna, son as enfermidades crónicas.

Ademais, as persoas con condicións de saúde e limitacións na súa actividade por mor de problemas crónicos son, moitas delas, persoas anciás que viven soas, sendo estas



quen atopan máis dificultades para acceder e transitar polo sistema sanitario, xa que non existe un axuste adecuado entre as súas necesidades e a atención que reciben.

A división tradicional da asistencia en dous niveis vaise ver excedida por esta nova realidade. Por iso, faise necesario desenvolver un enfoque integrador, tanto dos niveis asistenciais como daqueles outros actores (servizos sociais, saúde pública ou o terceiro sector) implicados no coidado dos diferentes aspectos da saúde. Os principais condicionantes da ineficacia na provisión, desenvolvemento e xestión dos recursos dispoñibles para atender á cronicidade, conducen a que os servizos non se presten no nivel e polo profesional máis idóneos. E esta situación vese agravada pola inapropiada organización da asistencia sanitaria para este grupo de pacientes que son, pola súa pluripatoloxía, comorbilidade e complexidade, quen xeran unha maior demanda de atención nos diferentes ámbitos asistenciais e utilizan un maior número de recursos sanitarios e sociais.

O sistema sanitario debe establecer unha nova formulación nas súas políticas de organización, tanto na definición de novas dinámicas de traballo que favorezan unha atención sociosanitaria integral por procesos asistenciais, así como a definición de estratexias sanitarias de saúde a medio prazo, concretadas en programas cunha visión máis global do individuo (non só do binomio saúde-enfermidade), unha perspectiva temporal máis ampla e unha participación máis activa das/dos pacientes, cidadanía e asociacións.

A abordaxe da cronicidade require fomentar o traballo en equipos interdisciplinares, formados por diferentes profesionais dos servizos sanitarios e sociais implicados na atención ás/aos pacientes en situación de cronicidade, que garantan a continuidade nos coidados coa máxima participación da/do paciente e da súa contorna.

A incidencia de enfermidades crónicas está aumentado de forma sostida mesmo en países con ingresos baixos e medios. A necesidade de prever e comprender a relevancia das enfermidades crónicas e de intervir urxentemente contra elas é unha cuestión cada vez máis importante. Por iso, é preciso desenvolver actuacións estruturadas que reforcen as actividades de prevención e control das enfermidades crónicas, así como un adecuado mantemento da continuidade asistencial coa adopción de novos enfoques organizativos.



A resposta ao incremento da actividade asistencial que se deriva das enfermidades crónicas supón un reto para todos os sistemas sanitarios a nivel global. A pesar do avellentamento da poboación, os recentes avances na asistencia sanitaria permiten que as/os pacientes crónicos de complexidade alta poidan sobrevivir máis anos, co que se incrementa a necesidade de atención a estes colectivos por parte dos sistemas sanitarios. As implicacións para os servizos de saúde e a sociedade no seu conxunto derivadas desta situación son considerables.

Doutra banda, as enfermidades crónicas teñen un impacto importante nas economías nacionais, estimando, algúns estudos, que os custos asociados poden supoñer ata un sete por cento do produto interior bruto. Os custos sociais para un país proveñen tanto dos custos sanitarios directos, incluídos os relacionados coa utilización da asistencia sanitaria ou medicamentos, coma dos custos indirectos causados, por exemplo, pola diminución do traballo produtivo. Estes desafíos requiren medidas eficaces para previr a aparición destas enfermidades, mediante a redución dos principais factores de risco e a adaptación dos sistemas de coidados ás necesidades causadas polos problemas de saúde crónicos e, por último, para garantir que as persoas con estas enfermidades poidan participar de forma activa na sociedade.

A OMS elaborou o *Plan de acción mundial para a prevención e control das enfermidades non transmisibles 2013-2020*, que contén as nove metas que terán o maior impacto na mortalidade mundial por enfermidades non transmisibles e que abordan a prevención e a xestión destas enfermidades. Entre elas, podemos destacar a redución relativa da mortalidade para o ano 2025 por enfermidades cardiovasculares, cancro, diabetes ou enfermidades respiratorias crónicas nun 25%, a redución da prevalencia de actividade física insuficiente nun 10%, a redución da prevalencia do consumo de tabaco nun 30%, a redución da prevalencia da hipertensión nun 25% ou a contención da prevalencia da diabetes ou obesidade.



TÁBOA 1 Metas globais da OMS para as enfermidades non transmisibles para o ano 2025

1	Redución relativa da mortalidade xeral por enfermidades cardiovasculares, cancro, diabetes ou enfermidades respiratorias crónicas nun 25%.
2	Redución relativa do uso nocivo do alcohol en polo menos un 10%.
3	Redución relativa da prevalencia da actividade física insuficiente nun 10%.
4	Redución relativa da inxesta poboacional media de sal ou sodio nun 30%.
5	Redución relativa da prevalencia do consumo actual de tabaco nun 30% nas persoas de 15 anos ou máis.
6	Redución relativa da prevalencia da hipertensión nun 25%, ou contención da prevalencia da hipertensión, en función das circunstancias do país.
7	Detención do aumento da diabetes e a obesidade.
8	Tratamento farmacolóxico e asesoramento (incluído o control da glicemia) de, polo menos, un 50% das persoas que o necesitan para previr ataques cardíacos e accidentes cerebrovasculares.
9	80% de dispoñibilidade de tecnoloxías básicas e medicamentos esenciais accesibles, incluídos os xenéricos, necesarios para tratar as principais enfermidades non transmisibles, en centros tanto públicos como privados.

Actualmente asistimos a unha eclosión de todos os aspectos relacionados coa cronicidade. Todos os sistemas sanitarios da nosa contorna están a desenvolver estratexias de abordaxe da/do paciente crónico. Maioritariamente, estas estratexias baséanse na implantación de intervencións e experiencias que fan que a atención a estas persoas sexa máis accesible, efectiva e eficiente e sustentada en modelos integrais que melloran a resposta e a aceptabilidade por parte das/dos pacientes implicados.

Partindo duns modelos teóricos, xurdiron diferentes experiencias de intervención sobre pacientes con enfermidades crónicas, pero a implantación destas nos sistemas sanitarios é moi desigual e limitada, debido tanto á súa complexidade como á habitual resistencia ao cambio. Ademais, é necesario ter presente que a avaliación do impacto dos diferentes modelos de atención sanitaria ás persoas con enfermidades crónicas resulta de gran complexidade. Isto é debido á heteroxeneidade nos conceptos que se utilizan -comezando pola propia definición de enfermidade ou condición crónica-, ás diferentes formas de integración asistencial ou aos distintos indicadores de resultados que se empregan.



A nivel nacional, no ano 2012 o Ministerio de Sanidade, Servizos Sociais e Igualdade, (MSSSI) publica a *Estratexia para a Abordaxe da Cronicidade no Sistema Nacional de Saúde* que establece os obxectivos e as recomendacións que permitirán orientar a organización dos servizos á mellora da saúde da poboación e os seus determinantes, á prevención das condicións de saúde e de limitacións na actividade de carácter crónico. Desta forma, facilitarase un cambio no enfoque do Sistema Nacional de Saúde que pasará de estar centrado na enfermidade a orientarse cara ás persoas e á atención das necesidades da poboación no seu conxunto, e de cada individuo en particular. Deste xeito, búscase que a asistencia sanitaria resulte adecuada e eficiente, que se garanta a continuidade nos coidados, e se adapte á evolución da enfermidade da/do paciente, favorecendo a súa autonomía persoal.

No ano 2011, un grupo de traballo das Sociedades de Medicina Interna e de Medicina Familiar e Comunitaria, xunto co apoio dos servizos de saúde das comunidades autónomas, presentou "A Declaración de Sevilla", un documento de consenso para a atención á/ao paciente con enfermidades crónicas.

O obxectivo da Declaración de Sevilla é promover e estimular, en todas as comunidades autónomas, iniciativas que, coordinadas desde as xerencias dos servizos de saúde e en colaboración coas sociedades científicas implicadas e as/os pacientes, revertan nun plan autonómico de atención a persoas en situación de cronicidade en cada comunidade, que estea aliñado dentro dunha estratexia nacional integrada.

Este documento propón que os deseños dos plans contemplan unha serie de propostas de intervención que se agrupan en tres áreas:

1. Paciente e comunidade
2. Organización da atención
3. Sistemas de información clínica e toma de decisións



Galicia, que ten unha poboación cun elevado avellentamento, leva varios anos desenvolvendo programas de atención ás/aos pacientes con enfermidades crónicas, cuxa descrición se expón dentro dos catálogos de servizos incluídos nos anexos deste documento. Estes programas abranguen desde actuacións sobre a polimedicación, ou a mellora da coordinación asistencial, ata a aplicación de novas tecnoloxías específicas para a atención destes pacientes.

Non obstante, estímase que chegou o momento de dar un paso máis na atención ás persoas con condicións crónicas de saúde e por iso elaborouse a presente [Estratexia galega para a atención a persoas en situación de cronicidade](#). Esta estratexia pretende integrar todos os programas que se veñen desenvolvendo nos últimos anos baixo un modelo de traballo coordinado e innovador, orientado a incrementar a calidade e a seguridade da atención ás/aos pacientes crónicos, a satisfacción das e dos enfermos e a implicación de todos os profesionais.



TÁBOA 2 Declaración de Sevilla

A/O PACIENTE E A COMUNIDADE

Realizar unha declaración e acción política explícita que facilite a extensión das políticas e estratexias sobre cronicidade a todas as comunidades autónomas.

Identificar as persoas vulnerables e estratificar á poboación, segundo o seu nivel de risco, para realizar as intervencións máis eficientes e adecuadas ás súas necesidades.

Desenvolver iniciativas de identificación e intervención sobre os determinantes sociais e ambientais das enfermidades crónicas no contexto dun sistema sanitario equitativo, eficiente e non medicalizado.

Implantar as actividades de prevención e de promoción da saúde con estratexias poboacionais e individuais, avaliadas, coste-efectivas e co mesmo nivel de intensidade ca o resto das intervencións.

Impulsar a participación da comunidade na mellora da saúde e nos cuidados na enfermidade: institucións públicas e privadas, sistema sanitario, rede sociosanitaria, sociedades científicas, asociacións de pacientes crónicos, voluntariados, bancos do tempo, farmacias comunitarias cooperando en rede e establecendo convenios de colaboración e complementariedade de servizos.

Prestar axuda para facilitar o autocoidado e adoptar medidas de apoio á familia e ás/aos cuidadoras/es.

Fortalecer o papel da enfermería desenvolvendo as competencias clínicas necesarias para a prevención das enfermidades crónicas e para o adestramento e seguimento das/dos pacientes crónicos.

Apoio aos foros de relación, comunicación e colaboración de pacientes e profesionais e de páxinas web de calidade na rede.

ORGANIZACIÓN DA ATENCIÓN

A atención primaria ha exercer un papel de eixe coordinador dos servizos sanitarios e sociais relacionados a través do cal a poboación teña un acceso ordenado aos cuidados sanitarios e sociais.

Reforzar o papel do persoal médico e de enfermería de familia como axentes principais da/do paciente e porta de entrada ao sistema, mellorando a súa capacidade clínica e as súas ferramentas para a xestión integrada da/do paciente.

A reorganización do proceso asistencial debe centrarse nas necesidades da/do paciente, potenciando a coordinación intersectorial e a integralidade para facilitar a creación dun marco de atención compartida entre os diferentes ámbitos asistenciais.

A estratificación da poboación segundo o seu nivel de risco ha permitir identificar ás/aos pacientes pluripatolóxicos, fráxiles ou con enfermidades avanzadas que requiren o desenvolvemento de plans específicos de atención continuada.

É necesario reforzar o papel das/dos profesionais con capacidade integradora tanto en atención primaria coma no hospital. A alianza do persoal médico e de enfermería de familia co persoal facultativo de medicina interna e enfermeiras/os hospitalarias estase expresando como unha alternativa innovadora que potencia a continuidade asistencial e a personalización da asistencia sanitaria.

É necesario adecuar os perfís competenciais das/dos profesionais ás necesidades da/do paciente crónico, reforzando o protagonismo de farmacéuticas/os, traballadoras sociais e outras/os profesionais que se incorporarán ao proceso asistencial.

É necesario impulsar o protagonismo das/dos profesionais nos servizos de saúde potenciando a xestión clínica e unha maior autonomía dos centros.

A INFORMACIÓN CLÍNICA E A TOMA DE DECISIÓNS

Os sistemas de información clínica deben cumprir dous requisitos fundamentais para facilitar a clínicos e xestores a toma de decisións: ser útiles e válidos para a avaliación do proceso asistencial e facilitar a autonomía da/do paciente.

As tecnoloxías da información e a comunicación (TIC) teñen que construír a historia clínica electrónica única por paciente. Esta historia debe incorporar nos seus módulos de prescrición elementos de axuda na toma de decisións, integración do conxunto de tratamentos e protección da seguridade clínica (interaccións, duplicidades ou contraindicacións farmacolóxicas).

A historia clínica electrónica, virtualmente única ha permitir non só o rexistro da información clínica, senón que ha facilitar a comunicación entre as e os profesionais nunha contorna segura.

A historia clínica electrónica ha ser deseñada de forma consensual cos profesionais sanitarios e as sociedades científicas para que responda tanto ás necesidades de información dos xestores coma dos clínicos. Debe rexistrar tamén as actividades preventivas e os determinantes sociais e ambientais da enfermidade crónica.

É necesaria a construción de indicadores de avaliación acordados cos profesionais de contido eminentemente clínico que permitan realizar un seguimento do manexo dos enfermos crónicos e establecer obxectivos de calidade asistencial incentivando o cumprimento destes.

É necesario avaliar o uso das TIC para desenvolver novas estratexias de relación entre as/os profesionais e as/os pacientes. Estas relacións han estar baseadas no impulso aos autocoidados nunha/nun paciente máis informado e con maior autonomía.

**03**ANÁLISE DAS
ENFERMIDADES
CRÓNICAS.
SITUACIÓN ACTUAL

Análise das enfermidades crónicas. Situación actual

Que a prevalencia das enfermidades crónicas está aumentando en todos os países, mesmo naqueles en vías de desenvolvemento, é un feito que vén apoiado por múltiples estatísticas e datos. Galicia non é allea a esta situación. Neste contexto, a situación en Galicia e en España, en relación á cronicidade, sitúase en valores medios con respecto a outros países europeos. Neste apartado realizaremos unha descrición dos principais indicadores relacionados coas enfermidades crónicas.

1. Poboación e recursos sanitarios

Galicia a principios do ano 2018 contaba cunha poboación censada de 2.708.339 habitantes (48,3% homes e 51,7% mulleres), distribuída en 313 concellos. A media de idade da poboación galega é de 46,51 anos (nas provincias de Ourense e Lugo chega ata os 50,06 e os 49,37 anos, respectivamente), e a esperanza de vida ao nacer de 82,63 anos (ano 2015). O índice de avellentamento* en Galicia (ano 2016) é de 153,69 e nas provincias de Lugo e Ourense de 216,31 e 233,35, respectivamente.

É importante destacar que a proporción de persoas maiores de 65 anos en Galicia alcanza un dos valores máis alto do estado. A porcentaxe de poboación de 65 ou máis anos no ano 2017 era en Galicia de 24,56 (IGE) e en España do 18,7 (INE). As proxeccións

* Relación entre a poboación maior de 64 anos e a poboación menor de 20 anos expresada en porcentaxe, é dicir, o número de persoas de 65 ou máis anos por cada 100 menores de 20 anos.



03

ANÁLISE DAS
ENFERMIIDADES
CRÓNICAS.
SITUACIÓN ACTUAL

do Instituto Nacional de Estatística (INE) para o ano 2030 sitúan estas porcentaxes no 30,7 e o 24,9, respectivamente. Por provincias, A Coruña ten unha porcentaxe de 23,96 de maiores de 64 anos, Lugo un 28,79, Ourense un 30,88 e Pontevedra un 21,75. É ben coñecido que a persoa de 65 ou máis anos require unha atención sanitaria máis intensiva e é o principal receptor de recursos sanitarios, representando un gasto sanitario per cápita 2,2 veces maior ca a media da poboación xeral.

Ante este desafío, nos diferentes servizos de atención primaria en Galicia traballan 7.424 persoas (ano 2017), coa distribución que se indica na táboa.

TÁBOA 3 Profesionais en atención primaria	
Médica/o xeral	2.595
Persoal de enfermería	2.168
Auxiliar de enfermería	242
Traballadora/traballador social	78
Farmacéutica/o	68
Fisioterapeuta	132
Odontóloga/o	99
Pediatra	327
Matrona/matrón	151
Técnica/o especialista	87
Celadora/o	355
Función administrativa	1.084
Persoal de oficios	37
Facultativa/o especialista de área	1

Fonte: Instituto Galego de Estatística (IGE)

A atención préstase en 401 unidades de atención primaria, agrupadas en 146 servizos de atención primaria con 399 centros de saúde, 71 consultorios locais e 90 puntos de atención continuada (PAC). Cóntase ademais con 682 unidades de apoio (pediatría, odontoloxía, fisioterapia, matronas, farmacia, bucodental, saúde mental, orientación familiar, traballo social, administrativas...).

Ademais dos recursos de atención primaria, o Servizo Galego de Saúde dispón dunha ampla rede de centros sanitarios hospitalarios: 7 hospitais comarcais, 4 hospitais de segundo nivel e 3 hospitais de terceiro nivel.



03

ANÁLISE DAS
ENFERMIIDADES
CRÓNICAS.
SITUACIÓN ACTUAL

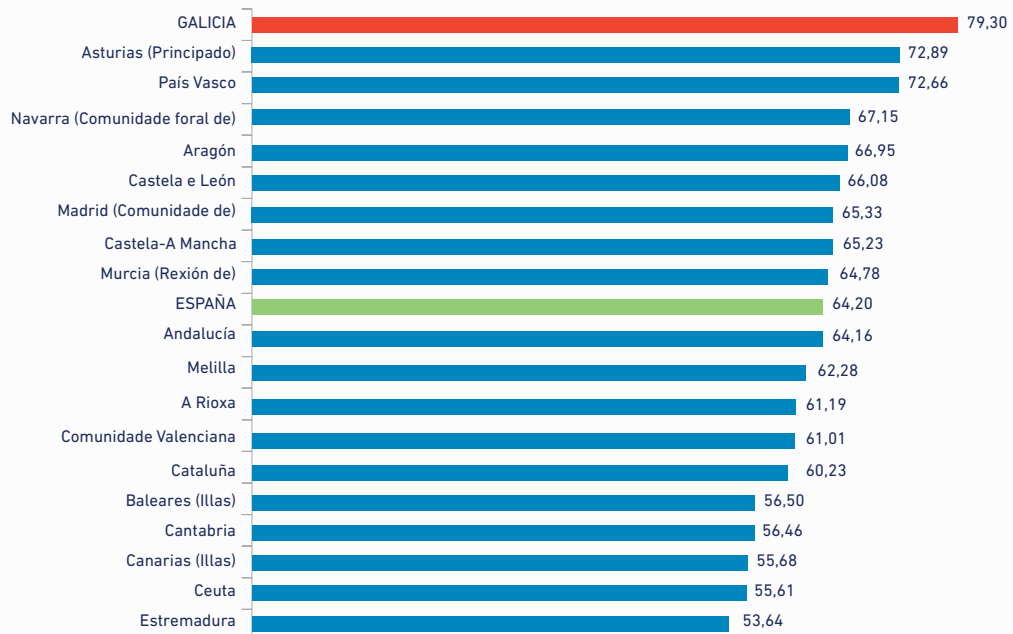
2. Datos sobre morbilidad

Percepción da cidadanía sobre a enfermidade crónica

A Enquisa Nacional de Saúde de España (ENSE) é un estudo periódico realizado dende 1987 polo Ministerio de Sanidade, co fin de coñecer o estado de saúde, os comportamentos relacionados coa mesma e o uso e acceso aos servizos sanitarios da poboación non institucionalizada residente en España, así como a súa evolución.

A ENSE realízase actualmente con periodicidade quinquenal, alternándoa cada dous anos e medio coa Enquisa Europea de Saúde, coa que comparte un amplo grupo de variables nucleares. A metodoloxía utilizada permite continuar as series dos principais indicadores nacionais.

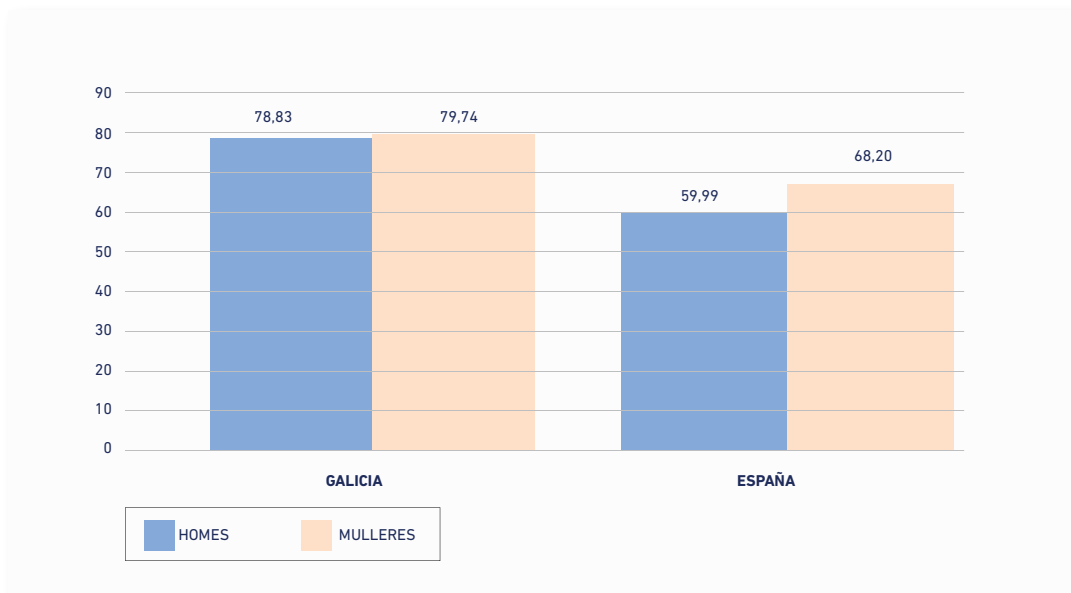
FIGURA 1 Porcentaxe de poboación de 15 e máis anos con algunha enfermidade ou problema de saúde crónico percibido. Distribución por comunidades autónomas (ENSE 2017)





Con respecto á percepción da enfermidade crónica, obsérvase que Galicia está moi por riba da media nacional en canto á porcentaxe de persoas que refiren sufrir unha patoloxía crónica para ambos sexos (figura 1). Ao contrario que no global de España, en Galicia a porcentaxe de homes e mulleres que autodeclaran unha enfermidade crónica é similar. Pero en España, as mulleres din padecer unha enfermidade crónica, nunha maior porcentaxe de casos ca os homes (figura 2).

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



Hospitalizacións evitables

Uns dos indicadores indirectos máis utilizados para coñecer o impacto da cronicidade é o das **hospitalizacións potencialmente evitables** xa que a maior parte delas ocorren en pacientes con enfermidade crónica.

Defínese como a porcentaxe de altas de hospitalización convencional e cirurxía maior ambulatoria con diagnóstico principal definido como *ambulatory care sensitive conditions* (ACSC) ou hospitalización potencialmente evitable.

Os datos extráense do Conxunto mínimo básico de datos dos hospitais de agudos (CMBD-HA). As ACSC constitúen unha medida indirecta da capacidade de resolución



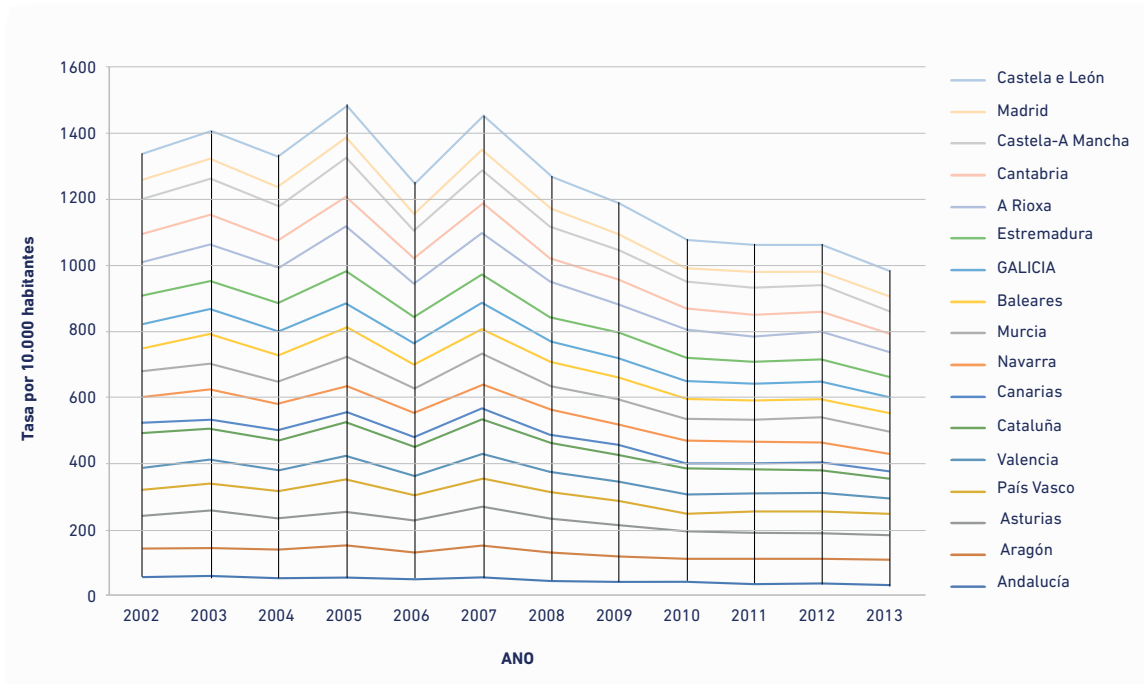
03

ANÁLISE DAS
ENFERMIDADES
CRÓNICAS.
SITUACIÓN ACTUAL

dos recursos de atención ambulatoria e dos ingresos potencialmente evitables. As hospitalizacións evitables son un fenómeno importante tanto desde o punto de vista da calidade coma do custo.

Preséntase no seguinte cadro a evolución das **hospitalizacións potencialmente evitables** nas 17 comunidades autónomas (taxas estandarizadas por 10.000 habitantes maiores de 40 anos. 2002-2013).

FIGURA 3 Hospitalizacións potencialmente evitables en maiores de 40 anos. (Período 2002-2013)



Galicia presenta unhas taxas relativamente baixas de hospitalización potencialmente evitable e unha diminución destas nos últimos anos similar a outras rexións. Como se pode observar na táboa seguinte, o valor do cambio porcentual anual diminuíu durante os últimos 10 anos, cunha diferenza estatisticamente significativa na maioría das comunidades autónomas.



03

ANÁLISE DAS
ENFERMIDADES
CRÓNICAS.
SITUACIÓN ACTUAL

TÁBOA 4 Hospitalizacións potencialmente evitables segundo comunidade autónoma

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	CPA	Período
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	-5,1ª	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	-1,8ª	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
													-6,2ª	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	-3,5ª	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	-3,2ª	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	-4,1ª	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	-3,7ª	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	-3,2ª	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
													-4,6ª	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	-4,1ª	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	-4,1ª	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	-2,6ª	2002 2013
A 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
													-7,6ª	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	-3,3ª	2002 2013
Castela-A 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	-4,1ª	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	-2,8ª	2002 2013
Castela-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	4,2ª	2002 2007
													-5,0ª	2007 2013

CPA: cambio porcentual anual.

ª Cambio porcentual anual significativo no período correspondente.

Fonte: 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.

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



03

ANÁLISE DAS
ENFERMIIDADES
CRÓNICAS.
SITUACIÓN ACTUAL

3. Determinantes de saúde

Preséntanse a continuación datos específicos de Galicia relativos á distribución dos principais **determinantes da aparición de enfermidades crónicas ou do seu empeoramento**.

TÁBOA 5 Prevalencia de fumadores			
ÁREA SANITARIA	TOTAL	HOMES	MULLERES
	%	%	%
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

Fonte: Sistema de Información sobre Conduas de Risco de Galicia (SICRI), ano 2015

TÁBOA 6 Prevalencia de ex-fumadores			
ÁREA SANITARIA	TOTAL	HOMES	MULLERES
	%	%	%
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

Fonte: Sistema de Información sobre Conduas de Risco de Galicia (SICRI), ano 2015

TÁBOA 7 Prevalencia de sobrepeso ($25 \leq \text{IMC} < 30$)			
ÁREA SANITARIA	TOTAL	HOMES	MULLERES
	%	%	%
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

Fonte: Sistema de Información sobre Conduas de Risco de Galicia (SICRI), ano 2015



03

ANÁLISE DAS
ENFERMIDADES
CRÓNICAS.
SITUACIÓN ACTUAL

TÁBOA 8 Prevalencia de obesidade (IMC \geq 30)

ÁREA SANITARIA	TOTAL	HOMES	MULLERES
	%	%	%
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

Fonte: Sistema de Información sobre Conduas de Risco de Galicia (SICRI), ano 2015

TÁBOA 9 Prevalencia de sedentarismo
(gasto enerxético semanal \leq 1.000 quilocalorías)

ÁREA SANITARIA	TOTAL	HOMES	MULLERES
	%	%	%
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

Fonte: Sistema de Información sobre Conduas de Risco de Galicia (SICRI), ano 2015

TÁBOA 10 Prevalencia de diabetes
(persoas que actualmente toman medicación)

ÁREA SANITARIA	TOTAL	HOMES	MULLERES
	%	%	%
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

Fonte: Sistema de Información sobre Conduas de Risco de Galicia (SICRI), ano 2015



03

ANÁLISE DAS
ENFERMIDADES
CRÓNICAS.
SITUACIÓN ACTUAL

TÁBOA 11 Prevalencia de hipertensión arterial
(persoas que actualmente toman medicación)

ÁREA SANITARIA	TOTAL	HOMES	MULLERES
	%	%	%
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

Fonte: Sistema de Información sobre Conduas de Risco de Galicia (SICRI), ano 2015

TÁBOA 12 Prevalencia de hipercolesterolemia
(persoas que actualmente toman medicación)

ÁREA SANITARIA	TOTAL	HOMES	MULLERES
	%	%	%
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

Fonte: Sistema de Información sobre Conduas de Risco de Galicia (SICRI), ano 2015



4. Estratificación de pacientes

A estratificación das/dos pacientes en situación de cronicidade é fundamental en canto ao establecemento da prioridade para a asignación dos recursos necesarios.

A estratificación de riscos é unha ferramenta que permite identificar as/os pacientes con maior probabilidade de empeorar ou de padecer un novo problema de saúde, que requiran unha atención máis intensa ou maiores recursos de saúde no futuro. Serve así para definir anticipadamente intervencións que se adapten ás súas necesidades de coidados sanitarios.

As ferramentas de risco teñen dúas utilidades:

- a) **A identificación de pacientes que poidan beneficiarse de intervencións para previr eventos non desexados** (*case finding*).
Permite anticipar os coidados sobre aqueles colectivos de pacientes que son máis susceptibles de que, intervindo sobre eles, o curso clínico poida evolucionar positivamente.
- b) **A planificación de intervencións e o seu financiamento**. Permite mellorar a planificación e xestionar de xeito eficiente os recursos, distribuíndo mellor os orzamentos ou o financiamento. Axustar a asignación de recursos aos riscos, permite que sexa proporcional á morbilidade da poboación respectiva.

Desde o ano 2011 Galicia participa, xunto co Ministerio de Sanidade, Servizos Sociais e Igualdade e outras comunidades autónomas, no desenvolvemento do **estratificador por grupos de morbilidade axustados (GMA)**.

Neste estratificador a multimorbilidade recóllese en grandes grupos, denominados grupos de morbilidade, onde se clasifica aos usuarios tendo en conta a tipoloxía das súas enfermidades (aguda, crónica ou oncolóxica), e no caso de presenza de enfermidade crónica, identificando se esta é única ou non (multimorbilidade).



03

ANÁLISE DAS
ENFERMIIDADES
CRÓNICAS.
SITUACIÓN ACTUAL

Os grupos de morbilidade xerados son os seguintes:

- 1. Poboación sa.
- 2. Embarazo e/ou parto.
- 3. Patoloxía aguda.
- 4. Enfermidade crónica nun sistema.
- 5. Enfermidade crónica en 2 ou 3 sistemas.
- 6. Enfermidade crónica en 4 ou máis sistemas.
- 7. Neoplasias no período.

Cada grupo de morbilidade (agás no caso da poboación sa) divídese en 5 subgrupos ou niveis de complexidade, complexidade que se identifica a nivel individual tendo en conta toda a morbilidade presente no enfermo. Esta complexidade obtense a partir de modelos cuali-cuantitativos nos que se recollen as necesidades asistenciais dos usuarios en función de variables como a mortalidade, o risco de ingreso, as consultas en atención primaria ou a prescrición.

TÁBOA

13

Grupos de morbilidade e niveis de complexidade baseados nos GMA

GRUPO DE MORBILIDADE	NIVEL DE COMPLEXIDADE				
Pacientes con neoplasias activas	1	2	3	4	5
Pacientes con patoloxía crónica en 4 ou máis sistemas	1	2	3	4	5
Pacientes con patoloxía crónica en 2-3 sistemas	1	2	3	4	5
Pacientes con patoloxía crónica en 1 sistema	1	2	3	4	5
Pacientes con patoloxía aguda	1	2	3	4	5
Embarazos e partos	1	2	3	4	5
Poboación sa	1				

Ademais, o Servizo Galego de Saúde desenvolveu nos últimos 5 anos un estratificador baseado no consumo de recursos sanitarios, que clasifica á poboación en función dos recursos sanitarios utilizados por cada paciente. Asociado a este estratificador, baseado en consumo de recursos, dispónse tamén dun indicador por medio de etiquetas clínicas que especifica as patoloxías crónicas relevantes que sofre cada paciente. A análise de ambos os dous en conxunto permitirá que o profesional coñeza tanto a situación clínica da persoa como os recursos que se lle están adxudicando. Así será posible identificar a aqueles pacientes situados nos estratos de maior complexidade onde vai ser necesario intensificar os coidados.



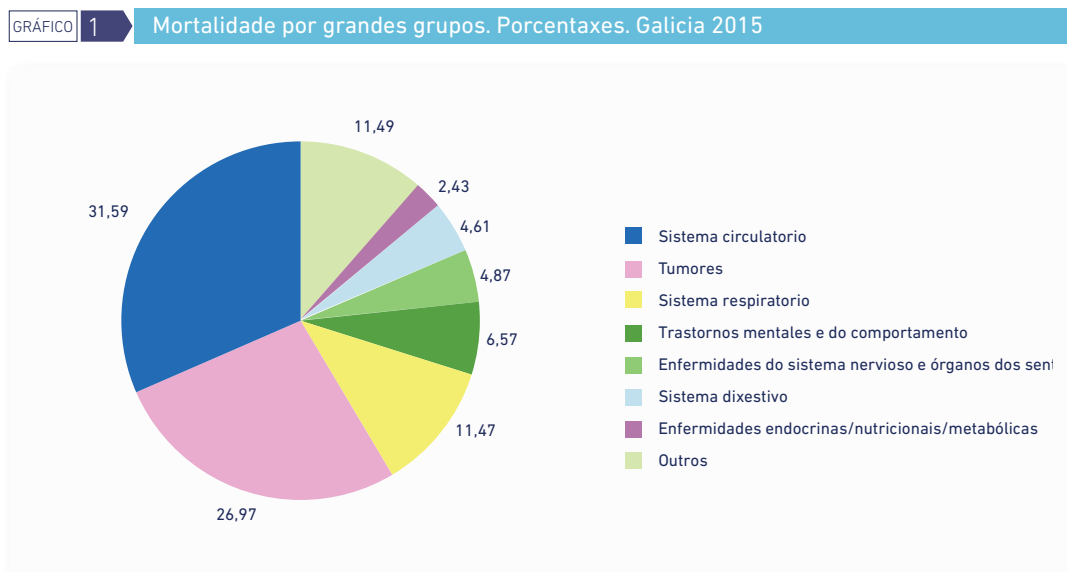
03

ANÁLISE DAS
ENFERMIDADES
CRÓNICAS.
SITUACIÓN ACTUAL

5. Datos de mortalidade

Segundo o informe da Organización Mundial da Saúde "Enfermidades non transmisibles (ENT). Perfís de países 2014", en España estímase que as enfermidades crónicas causan ao redor do 90% de todas as mortes. En relación á mortalidade prematura debida ás ENT, a probabilidade de falecer entre os 30 e os 70 anos debido ás 4 ENT principais é do 11%. De maior a menor risco, sitúanse: as neoplasias, as enfermidades cardiovasculares, outras ENT, as enfermidades respiratorias crónicas e a diabetes mellitus.

No gráfico seguinte reflíctense os datos de mortalidade en Galicia por grandes grupos de causa.



6. A opinión dos profesionais

No desenvolvemento desta estratexia, foi fundamental contar coa opinión das e dos profesionais que exercen o seu labor dentro do Servizo Galego de Saúde. Eles serán quen terán que desenvolvela e definir as actuacións necesarias a nivel micro para levala a cabo. Durante o proceso de elaboración desta estratexia, recolléronse as súas opinións, que serviron de base para a consecución deste documento.

Constituíronse catro grupos de traballo multidisciplinares nos que estaban representadas todas as áreas sanitarias do Servizo Galego de Saúde e sociedades científicas.



Abordáronse as seguintes áreas relacionadas coa cronicidade:

- Marco conceptual/alcance da estratexia
- Plan individualizado de atención integral
- Proceso asistencial (fluxos e responsabilidades)
- Indicadores e sistemas de avaliación

Tivéronse en conta ademais as opinións dos profesionais recollidas para a elaboración da Estratexia Sergas 2020 e da autoavaliación dos modelos de atención á cronicidade no Servizo Galego de Saúde co instrumento IEMAC 75.



Estratexia Sergas 2020

Na recollida de opinión entre profesionais e partes interesadas realizada para a elaboración da Estratexia Sergas 2020 identificouse a cronicidade como o segundo reto máis importante ao que se enfronta o sistema sanitario galego. Neste apartado realizáronse 190 achegas que poden resumirse nas seguintes:

1. Fortalecemento da atención primaria

- Reorganizar a enfermería de AP, fomentando a atención domiciliaria. Pasar de atender a/o paciente crónico cando o demande a unha cultura máis proactiva con coidados domiciliarios que fomenten a prevención e a atención sanitaria, minimizando no posible as recaídas dos seus procesos crónicos, sempre en coordinación co resto de profesionais.
- Achegar o tratamento crónico ao domicilio e/ou aos centros máis próximos á/ao paciente, utilizando os avances de cada especialidade.

2. Coordinación atención primaria – atención hospitalaria

- Mellorar a coordinación entre niveis asistenciais. É preciso fomentar aspectos como o traballo integrado entre ambos os dous ámbitos asistenciais, fundamentalmente no que fai referencia ás enfermidades crónicas.
- Diseminar a teleasistencia. Importancia da implantación de teleasistencia no fogar e implicación do persoal de enfermería como referentes de pacientes con enfermidades crónicas.
- Potenciar a hospitalización a domicilio. A hospitalización a domicilio garante unha asistencia de calidade nunha contorna máis amable para a/o paciente e diminúe os custos a medio prazo.
- Mellorar a coordinación sociosanitaria. A maior parte das enfermidades padecidas polas persoas maiores son de natureza



crónica e longa evolución, polo que necesitan, en moitas ocasións, ser avaliadas periodicamente e noutras moitas ser hospitalizadas/ institucionalizadas. Neste sentido, a atención podería ser realizada a nivel domiciliario a través das TIC.

- Potenciar os aspectos sociosanitarios. No canto de medicalizar a sociedade, socializar a medicina, potenciando a nosa implicación coas residencias da terceira idade, os colexios, os medios de comunicación, as universidades...

3. Coordinación sociosanitaria e desenvolvemento da saúde comunitaria

- Integración cos servizos sociais. Diseñar os procesos asistenciais que permitan unha atención integral ás persoas, cunha visión de 360° da súa situación persoal e familiar.
- Abordar a atención do ancián ingresado en residencias. Ingrésanse repetidamente nos hospitais cada vez máis, morren nos hospitais cada vez máis, cada vez son máis, non están ben atendidos, consumen moitos recursos inaxeitados, bloquean as camas hospitalarias, desoriéntanse, fanse cada vez máis dependentes.
- Fomentar a prevención precoz das enfermidades crónicas, actuando sobre os factores de risco a través da educación, o autocoidado e o empoderamento da/do paciente, da familia e da comunidade. Para iso cóntase co ámbito idóneo que é o primeiro nivel de atención (atención primaria) e co persoal máis cualificado de medicina e enfermería familiar e comunitaria.

4. Definición dun novo modelo asistencial

- Cambio de modelo asistencial. O patrón demográfico cambiou, o epidemiolóxico tamén, pero o modelo asistencial non se modificou o necesario para facer fronte a esta nova realidade.
- Valoración integral da/do paciente con especial atención ao aspecto funcional. Cada vez as/os pacientes que ocupan as camas dos nosos hospitais son máis maiores e para poder atendelos debemos non só valorar e dar resposta á enfermidade aguda senón á/ao



paciente no seu conxunto e á repercusión que a enfermidade ten en distintos aspectos funcionais, mentais e sociais. O hospital non pode ser causa de perda de autonomía senón todo o contrario. O persoal e as instalacións han de adaptarse ás/aos pacientes e non á inversa.

- Atención á/ao paciente polimedicado. Control da/do paciente polimedicado, comprobando que o seu tratamento está axustado e non duplicado, así como a adherencia a este.
- Poñer en marcha programas de cronicidade. Temos unha das poboacións con maior esperanza de vida pero tamén cunha importante comorbilidade. É a nosa obriga garantir unha boa sanidade con custos asumibles.
- Mellorar a atención a pacientes crónicos/fráxiles nos hospitais. Detectar as/os pacientes fráxiles cando ingresan nos hospitais, e asignarlles médica/o ou enfermeira/o de referencia para coordinar os tratamentos/coidados e evitar acontecementos adversos.
- Coidados paliativos en pacientes con enfermidades crónicas avanzadas que os precisen. Moitos dos ingresos hospitalarios son debidos a pacientes que están nunha situación terminal dun proceso crónico e que non saben como afrontar esta situación. É moi importante que se entregue un documento de vontades anticipadas e que todo o persoal do Servizo Galego de Saúde reciba formación en coidados paliativos.
- Diseñar procesos, rutas, vías rápidas e xerar consenso clínico sobre as patoloxías máis prevalentes e a multimorbilidade.



Instrumento de avaliación de modelos de atención á cronicidade (IEMAC 75)

IEMAC/ARCHO é unha ferramenta que permite a autoavaliación das organizacións en relación ao seu grao de implantación de modelos de xestión da cronicidade. Mide a progresión das organizacións na súa transformación cara á abordaxe da cronicidade de forma sinxela, válida e con sensibilidade suficiente.

No mes de xullo de 2017 levouse a cabo unha autoavaliación dos modelos de atención á cronicidade no Servizo Galego de Saúde. Para iso, creouse un grupo de traballo interdisciplinar en cada área sanitaria. En conxunto, participaron 120 profesionais.

En cada unha das reunións procedeuse á análise da situación da atención á/ao paciente crónico e pluripatolóxico na área sanitaria, mediante o **Instrumento de Avaliación de Modelos de Atención á Cronicidade (IEMAC 75)**. Detectáronse as seguintes oportunidades de mellora:

1. Desenvolvemento de novas ferramentas de xestión e extensión das xa coñecidas.

- A historia clínica electrónica, altamente valorada polo persoal sanitario, debe incorporar como usuarios outras profesións para o desenvolvemento dun modelo de xestión integral de pacientes.
- Posta en marcha dun modelo de estratificación de pacientes.
- Potenciar os programas de conciliación farmacolóxica e de revisión sistemática da medicación, especialmente das/dos pacientes polimedcados.

2. Elaboración dun plan de atención individualizado e fomento do autocoidado.

- Desenvolvemento do plan de atención personalizada á/ao paciente crónico e pluripatolóxico. O seu obxectivo é dar unha atención personalizada, directamente desde os centros de saúde e a domicilio a estes pacientes para evitar a reagudización dos seus procesos, manter a súa situación de saúde e autonomía, e potenciar a coordinación dos equipos asistenciais implicados no seu coidado. O plan debe estar elaborado por persoal médico/enfermería, e incorporar a outros profesionais como as/os traballadoras/es sociais

**03**

ANÁLISE DAS
ENFERMIDADES
CRÓNICAS.
SITUACIÓN ACTUAL

ou das unidades de farmacia, cando existan necesidades sociais ou de abordaxe de polimedicación.

- Traballar a dimensión de apoio ao autocoidado, incorporando programas estruturados que alcancen a toda a poboación susceptible de melloras con estes programas.
- A persoa coidadora é un membro fundamental do equipo interdisciplinar de atención e seguimento da/do paciente en calquera modelo de atención á/ao paciente crónico e pluripatolóxico. En Galicia, tendo en conta a situación demográfica e social, faise necesario potenciar este rol de persoa coidadora e introducir programas de apoio para esta figura.

3. Definición dun novo modelo asistencial

- Formular unha estratexia de cronicidade do Servizo Galego de Saúde, cun plan de implementación que inclúa indicadores de seguimento e avaliación sistemática.
- Consensuar os modelos "locais" de atención á/ao paciente pluripatolóxico e definir un proceso compartido e global do Servizo Galego de Saúde, susceptible de ser implementado e avaliado nas áreas sanitarias.
- Desenvolvemento de novas competencias profesionais. Identifícase a oportunidade de introducir unha axenda de formación continuada de desenvolvemento de competencias, orientadas a mellorar a atención da/do paciente crónico, priorizando os procesos de transición entre niveis e a continuidade de coidados, así como a formación en entrevista motivacional.



Marcos de resposta ás enfermidades crónicas

Para mellorar a abordaxe de calquera problema e poder desenvolver as solucións máis adecuadas é importante definir os conceptos e os marcos conceptuais que se van empregar, aspectos que se concretan neste apartado.

Concepto de cronicidade e paciente crónico

Os termos “**cronicidade**”, “**enfermidade crónica**”, “**paciente crónico**” tiveron e seguen a ter múltiples definicións, o que conduciu a solucións asistenciais diferentes segundo o desenvolvemento conceptual que se fixo en cada caso.

A OMS orienta a súa conceptualización de cronicidade cara ás enfermidades non transmisibles, de longa duración (6 meses) e progresión lenta. Para outros sistemas de saúde como o australiano, as enfermidades crónicas son enfermidades permanentes, que conducen a discapacidade, causadas por alteracións patolóxicas non reversibles, que necesitan especial aprendizaxe das/dos pacientes para rehabilitación ou que poida que se agarde un longo período de atención sanitaria. Nos diferentes programas, plans ou estratexias de atención á cronicidade das diferentes comunidades autónomas a lista de patoloxías que se inclúen dentro do concepto “cronicidade” é moi diferente. A inclusión do cancro non sempre se fai e para patoloxías crónicas transmisibles como a sida tampouco hai ningún acordo.

A estratexia galega utilizará o termo **PACIENTES "EN SITUACIÓN DE CRONICIDADE"**, considerando como tales:

- Pacientes que teñen, polo menos, unha **enfermidade de longa duración** (>6 meses) e progresión lenta (por ex. cancro, tuberculose), cuxo fin ou curación é impredecible.
- Pacientes que teñen unha **"condición crónica"**, entendendo como "condición crónica" a enfermidade (por ex. diabetes) ou o parámetro fisiolóxico (por ex. hipertensión) que é permanente, que non ten curación, independentemente da forma de adquisición (xenética, transmisibles, accidental, idade...) e que é de longa evolución.

Desde esta perspectiva a estratexia galega incluírá enfermidades non transmisibles e enfermidades transmisibles como a sida ou a hepatite C. As "condicións crónicas" abranguen un campo enormemente amplo de situacións clínicas que, superficialmente, poderían parecer inquietudes de saúde diferentes. Enfermidades transmisibles persistentes (por exemplo, infección polo VIH/sida), e enfermidades non transmisibles (por exemplo, enfermidades cardiovasculares, cancro e diabetes), certos trastornos mentais (por exemplo, depresión e esquizofrenia) e deficiencias na estrutura (por exemplo, amputacións, cegueira e trastornos das articulacións), aínda cando ao parecer son diferentes, todas caen na categoría de condicións crónicas segundo a OMS.

➔ **Á hora de implantar a estratexia terase presente a prevalencia e incidencia das diferentes situacións de cronicidade, comezando a súa aplicación por aquelas máis prevalentes e polas/os pacientes afectadas/os por varias condicións crónicas.**



04

MARCOS DE
RESPOSTA ÁS
ENFERMIIDADES
CRÓNICAS

Esta estratexia tamén utilizará as seguintes definicións:

1. **Pacientes en situación de cronicidade de baixa complexidade:** paciente con condición crónica tipo hipertensión arterial, ou cunha enfermidade crónica controlada que non precisa recursos especializados para o seu control e está estable na súa situación.
2. **Pacientes en situación de cronicidade de complexidade media:** pacientes con máis dunha enfermidade crónica ou cunha enfermidade que precisa recursos máis avanzados para o seu control e está estable na súa situación.
3. **Pacientes en situación de cronicidade de complexidade alta:** paciente pluripatolóxico que precisa coñecementos e recursos específicos para o seu control e que non está estable. Tamén o denominado **paciente crónico complexo (PCC):** persoa cuxa xestión clínica é percibida como especialmente difícil polos seus profesionais referentes. Os criterios para incluír a un paciente neste grupo son:

- **Criterios relacionados co propio paciente:** perfil de morbilidade, semioloxía e tipo de crise, características evolutivas, consumo de recursos, especialmente en franxas de idades extremas.
- **Criterios que dependen dos profesionais:** multidisciplinarietàade, transicións frecuentes, risco de exposición a criterios asistenciais discrepantes ou a situacións de incerteza clínica.

4. **Paciente crónico avanzado:** paciente con complexidade asociada a un prognóstico de vida limitado, a unha aproximación paliativa presente, importante, crecente e, finalmente, a unha planificación anticipada de decisións.
5. **Paciente fráxil:** paciente, con frecuencia ancián, no que concorren varias enfermidades cronicamente sintomáticas, con frecuentes reagudizacións, que repercuten negativamente sobre a súa situación funcional e que xeran unha importante demanda nos diferentes niveis asistenciais.

Complementando o anterior defínese:

6. **Paciente activo:** paciente que se preocupa pola súa saúde e se fai responsable de obter a mellor asistencia sanitaria posible e de controlar a evolución da súa enfermidade. Ás veces, este rol asúmeo unha/un familiar directo da/do



04

MARCOS DE
RESPOSTA ÁS
ENFERMIIDADES
CRÓNICAS

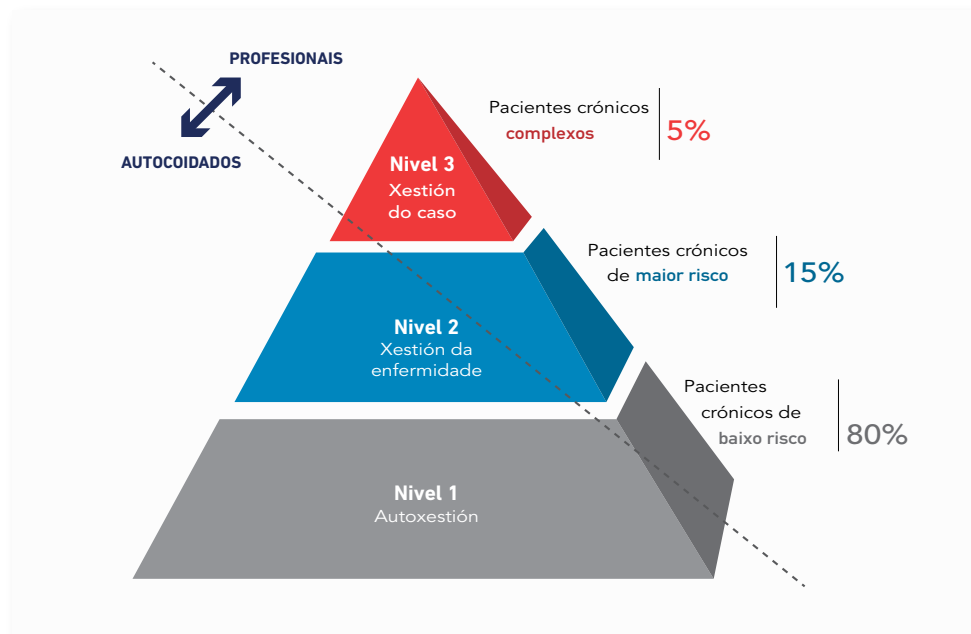
paciente. O concepto de paciente activo está vinculado ao de empoderamento (*empowerment*) das/dos pacientes. Por outra banda, tamén se considera ao paciente activo como a persoa que ten o coñecemento e as habilidades necesarias para facerse responsable da súa saúde, establecer un modelo deliberativo de relación cos profesionais que o atenden, e definir obxectivos terapéuticos de forma compartida con estes profesionais, e así tomar as decisións que lle permiten asumir eses obxectivos.

Análise dos marcos teóricos de intervención

Existen unha serie de modelos conceptuais de referencia sobre os que desenvolver as estratexias e que foron tidos en conta para este documento. Os máis importante son:

1. **1. O modelo de estratificación de riscos poboacionais da Pirámide de Kaiser Permanente**, que identifica tres niveles de intervención segundo o grado de complexidade da/do paciente crónico.

FIGURA 4 Pirámide de Kaiser Permanente



A estratificación dos riscos é unha técnica que naceu nos Estados Unidos por razóns económicas impulsada polas aseguradoras. Nelas o individuo clasifícase en distintas categorías de acordo á súa probabilidade de sufrir unha



04

MARCOS DE
RESPOSTA ÁS
ENFERMIDADES
CRÓNICAS

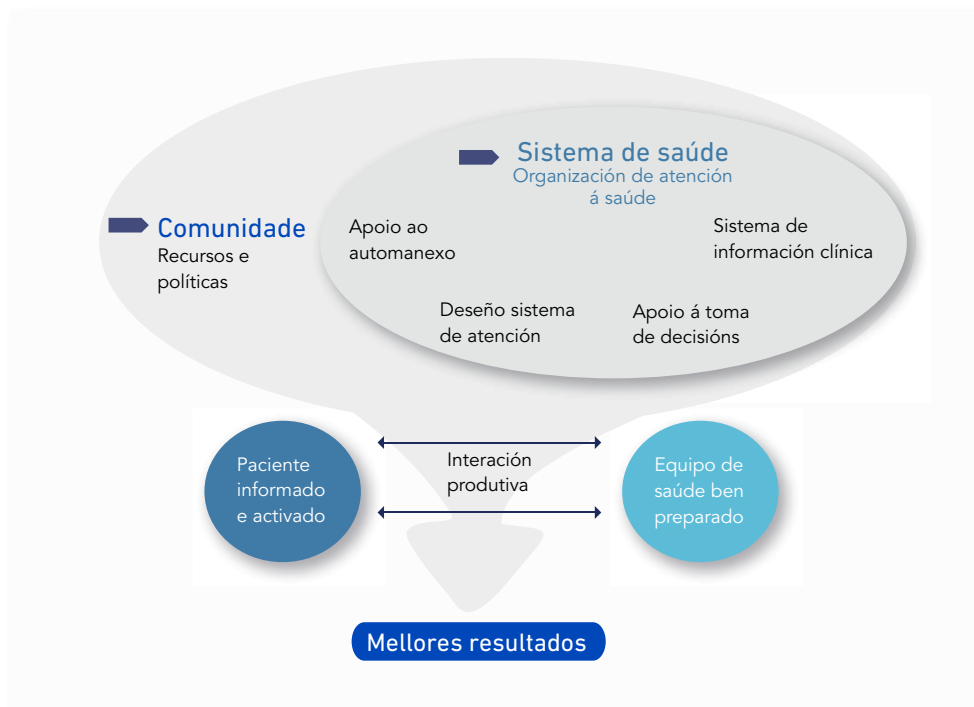
deterioración da súa saúde. A súa aplicación nos sistemas sanitarios posibilita identificar os suxeitos que precisen de actuacións máis intensivas (anciáns, pluripatolóxicos, crónicos...), de maneira que permite optimizar a asignación de recursos, promover o autocoidado, priorizar a intensidade das intervencións e evitar ingresos hospitalarios non programados.

2. **Modelo de Atención a Crónicos (*The Chronic Care Model – CCM*):** neste modelo a atención ás persoas con enfermidades crónicas faise desde tres perspectivas que se superpoñen:

- 1. **A comunidade:** políticas sanitarias e recursos dispoñibles
- 2. **O sistema de saúde:** organización, deseño da asistencia, sistemas de información e apoio para a toma de decisións
- 3. **A interacción dos pacientes co sistema sanitario**

A finalidade última é ter enfermos activos e informados e equipos de profesionais proactivos, con medios e capacidades que permitan desenvolver unha atención de calidade, efectiva e satisfactoria.

FIGURA 5 **Chronic Care Model**





04

MARCOS DE
RESPOSTA ÁS
ENFERMIDADES
CRÓNICAS

3. **Modelo de Atención Innovadora ás Condicións Crónicas (ICCC, polas súas siglas en inglés)**, (modificación do CCM, proposto pola OMS): este modelo resalta, con respecto ao anterior, a necesidade dun ambiente político proclive ao desenvolvemento e a achega de recursos para as estratexias de atención a pacientes con enfermidades crónicas. Insiste no papel da comunidade, que aparece incluída como terceiro elemento na interacción entre enfermo e equipo sanitario. Tamén destaca a necesidade de integración e coordinación dos servizos sanitarios, facendo énfase na prevención e na flexibilidade na toma de decisións baseadas no coñecemento científico dispoñible.

FIGURA 6 Modelo de Atención Innovadora ás Enfermidades Crónicas



**05**FEITOS, EVIDENCIAS E
BOAS PRÁCTICAS
NA XESTIÓN DA
CRONICIDADE

Feitos, evidencias e boas prácticas na xestión da cronicidade

Co obxectivo de establecer o modelo de prestación para a atención ás persoas en situación de cronicidade, tivéronse presentes unha serie de evidencias respecto diso, entre as que destacan:

1. En países como Canadá, Australia, Holanda ou Reino Unido concluíron que as estratexias de xestión integrada non poden lograrse se non existe unha **atención primaria potente**, o que lles levou a desenvolver actuacións orientadas ao fortalecemento do primeiro nivel asistencial con medidas como: menor ratio de poboación por médica/o de familia, maior tempo medio por consulta, potenciación do papel de enfermería na atención ás/aos pacientes crónicos (fundamentalmente no control e no autocoidado), fomento do traballo en equipos multidisciplinares, formación en traballo interdisciplinar, mellora no acceso (como consultas telefónicas ou electrónicas) e avance no desenvolvemento dos sistemas de información (principalmente a historia clínica informatizada).
2. Existe unha **relación inversa entre cronicidade e nivel socio-económico**: a menor nivel, maior incidencia de enfermidades crónicas.
3. Existe un **factor acumulativo nas "condicións crónicas"**: en xeral, adóitanse ir acumulando debido a que os determinantes negativos poden desencadear varias condicións crónicas.



05

FEITOS, EVIDENCIAS E
BOAS PRÁCTICAS
NA XESTIÓN DA
CRONICIDADE

4. É necesario organizar un sistema que **xestione a comorbilidade e non só unha enfermidade** (o 35% das persoas con máis de 80 anos teñen dúas ou máis enfermidades crónicas).
5. As ganancias potenciais máis significativas derívanse **da prevención de ingresos innecesarios** de pacientes complexos no sistema hospitalario.
6. As experiencias que **activan unicamente unha intervención** (por ex. control telemático a domicilio ou formación a pacientes para a autoxestión) poida que **non consigan o impacto** de eficiencia esperado. Para obter melloras na eficiencia, é necesario intervir de forma sistemática sobre múltiples poleas de cambio, usando de forma integrada os modelos anteriormente descritos.
7. A **planificación individualizada** previa á alta, o asesoramento e a toma conxunta de decisións por parte de equipos multidisciplinares e multiprofesionais, garante aforros substanciais en reingresos evitables, mesmo en ausencia doutras intervencións.
8. Cando as **poboacións** de pacientes están **identificadas e estratificadas**, aquelas intervencións presenciais que combinan educación con coidados e que inclúen un contacto co especialista de atención primaria ou hospitalario, así como unha monitorización electrónica con seguimento, conseguen unha redución na utilización de recursos e no gasto.
9. As intervencións baseadas na **educación oportunista** no momento da interacción clínico-paciente tenden a ser **menos eficaces** que as intervencións de alta intensidade educativa orientadas á autoxestión das/dos pacientes.
10. É esencial fomentar a **saúde comunitaria**. Enténdese como tal a «saúde individual e de grupos nunha comunidade definida, determinada pola interacción de factores persoais, familiares, polo ambiente socio-económico-cultural e físico». A intervención en saúde comunitaria é unha estratexia que ten como finalidade a mellora da saúde da comunidade. Incorpora unha concepción da saúde que ten en conta o ámbito social no que se producen os fenómenos de saúde-enfermidade e a aplicación dunha abordaxe integral dos procesos, tendo en conta os niveis macro e microsocioal, así como a participación das comunidades, institucións e demais sectores na toma de decisións.

**05**

FEITOS, EVIDENCIAS E
BOAS PRÁCTICAS
NA XESTIÓN DA
CRONICIDADE

11. Un informe realizado pola Universidade de Birmingham, que recolle máis de 10.000 estudos de investigación que avalían o efecto de intervencións a longo prazo na atención das/dos pacientes complexos, priorizadas en función da calidade da evidencia científica, destaca como elementos cun impacto positivo cun **maior nivel de evidencia, o seguimento telefónico por enfermería, as visitas domiciliarias proactivas e o soporte para o autocoidado**.
12. Das experiencias realizadas noutras contornas dedúcese que cando a atención a pacientes con enfermidades crónicas se realiza de forma intensa e individualizada, a redución en ingresos hospitalarios pode alcanzar do 21% ao 48%. Concretamente na asma, o descenso pode ser do 11% ao 60%, en pacientes con diabetes entre un 9% e un 43% e en pacientes maiores con múltiples enfermidades a redución nas hospitalizacións oscilou entre o 9% e o 44%.
13. Mostráronse como elementos clave as iniciativas de soporte ao autocoidado, **potenciando a existencia de pacientes "expertos" e pacientes "activos"**.
14. Débense **crear indicadores** de avaliación de fácil manexo que permitan medir o bo funcionamento da coordinación, e sobre todo os resultados globais.
15. A xestión compartida de casos fórmulase como a metodoloxía que articula unha **abordaxe sociosanitaria conxunta e integral**.
16. **A avaliación dos programas é un aspecto de gran complexidade**. Os elementos máis utilizados nos modelos de atención á cronicidade son o apoio á autoxestión e o deseño do modelo asistencial, pero hai variacións considerables entre os estudos en canto aos elementos que se inclúen, e cando se utiliza cada un deles. Isto dificulta a identificación clara de cal é a combinación óptima dos compoñentes do modelo que dá lugar a mellora nos resultados. Así:
 - Os modelos propoñen a implantación de distintas intervencións sen identificar unha preponderancia das mesmas ou un número mínimo delas, xa que en cada sitio se aplicaron unhas diferentes.
 - Os modelos tipo CCM propoñen levar a cabo múltiples actuacións, pero non se logrou especificar cales son as que teñen máis impacto.



05

FEITOS, EVIDENCIAS E
BOAS PRÁCTICAS
NA XESTIÓN DA
CRONICIDADE

17. Dos estudos sobre as **necesidades das/os pacientes con condicións crónicas**, destaca o programa *People helping people* (Persoas que axudan a outras persoas) do *National Health Service* que recolle, entre outras, as demandas que aparecen na seguinte táboa.

TÁBOA

14

Demandas das/dos pacientes crónicos en *People Helping People*

	Dispoño dun só equipo profesional que me atende e todos coñecen a miña historia, e alguén deles é o meu referente.
	Participei na elaboración do meu propio plan de servizos, e fíxeno coa intensidade que crin conveniente.
	Os meus familiares implicáronse na elaboración do meu plan de servizos tanto como eu quixen.
	Confío no meu equipo porque o que planeamos se cumpre.
	Cando me atopo mal sei a quen dirixirme para evitar ter que ir a urxencias.
	Se teño que ser hospitalizada/o, o meu equipo fai as xestións apropiadas para que as e os profesionais do centro me coñezan e estean ao corrente do plan acordado.
	Sempre teño aberta a liña telefónica ou e-mail por se teño dúbidas ou quero discutir un pouco máis certas opcións coas/cos profesionais do equipo.
	Sempre estou informada/o de cales son as cousas que teño que facer ou os lugares a onde que teño que ir.
	Falei co meu equipo sobre que faremos se as cousas se torcen.
	Periodicamente fanme unha revisión global das medicinas que tomo.
	Teño acceso á miña historia clínica e social sempre que o pido.



Obxectivos da estratexia

En todo proceso de planificación, definir os obxectivos de forma operativa é crítico para poder avaliar o impacto das estratexias sobre as metas que se perseguen.

Os **obxectivos** da estratexia galega para a atención a persoas en situación de cronicidade son os seguintes:

1. **Evitar a progresión da cronicidade cara a estadios máis complexos.** A mellora da calidade clínico-asistencial, mediante un adecuado control e a aplicación de medidas preventivas, debe conducir a frear a progresión do dano nas/nos pacientes afectados por enfermidades crónicas, reducir a discapacidade/dependencia e promover a autonomía persoal.
2. **Manter e/ou mellorar o estado funcional da/do paciente axustado ás súas condicións vitais.** O mellor resultado que pode obterse dunha boa atención ás/aos pacientes con enfermidades crónicas é conseguir o mellor nivel funcional de acordo ás súas condicións vitais.
3. **Engadir valor na atención a estes pacientes.** Dado que estes pacientes son, en xeral, os que porcentualmente consumen máis recursos, a aplicación de sistemas que melloren a eficiencia, como a adaptación dos coidados á tipoloxía da/do paciente, evitar a duplicidade de prestacións ou os coidados non continuados ou a destempo, supoñerán medidas de sostibilidade do sistema e a posibilidade de prestar máis servizos a máis poboación.

**06**OBXECTIVOS DA
ESTRATEGIA

4. **Diminuír a morbi-mortalidade prematura e evitable** por diversas causas. Desta forma, mellorarase a saúde percibida e a calidade de vida das persoas con enfermidades crónicas, incrementando a esperanza de vida.
5. **Aumentar a calidade e seguridade asistencial.** As/os pacientes afectados por enfermidades crónicas utilizan moito os servizos sanitarios, polo que se debe conseguir que todos estes contactos co sistema sanitario non teñan riscos para as/os pacientes.
6. **Mellorar a satisfacción das/dos pacientes e familiares/coidadores.** Non só se trata de dar unha boa asistencia sanitaria, senón tamén coidar a forma na que se presta.
7. **Mellorar a satisfacción e a implicación das e dos profesionais responsables na atención a persoas con enfermidades crónicas.** O bo clima laboral permite unha maior implicación das/dos profesionais, o que repercutirá nunha mellor atención ás/aos pacientes.
8. **Garantir o confort e a calidade de vida da persoa cunha enfermidade crónica avanzada e un prognóstico de vida limitado.** A atención paliativa establécese como a fase final de calquera proceso de cronicidade. É fundamental sensibilizar ás/aos profesionais sanitarios sobre a necesidade de identificar de forma temperá a aqueles pacientes con necesidades de atención paliativa, para poder ofrecerlle a mellor calidade de atención paliativa e evitar o sufrimento tanto da persoa como da súa familia.



Liñas estratéxicas que se desenvolverán

O desenvolvemento da [Estratexia galega para a atención a persoas en situación de cronicidade](#) está en concordancia coas liñas estratéxicas que foron definidas no documento de planificación estratéxica do Servizo Galego de Saúde denominado "Estratexia Sergas 2020". A esas liñas estratéxicas súmanse as que se estableceron no desenvolvemento da definición desta Estratexia galega para a atención a persoas en situación de cronicidade.

As liñas estratéxicas para a atención á cronicidade en Galicia son:

1. [Desenvolver intervencións proactivas de promoción da saúde e prevención das enfermidades cunha atención sociosanitaria integral](#), realizando actuacións dirixidas a mellorar os hábitos de vida saudables, as coberturas vacinais, programas de cribado, etc. Non se definirán programas específicos de promoción da saúde para pacientes con condicións crónicas, senón que se lles aplicarán os programas xenéricos que existen adaptándoos ás súas características.
2. [Incluír no modelo de atención a todos os axentes implicados](#): pacientes, familias, cuidadoras/es, profesionais sanitarios, servizos sociais, farmacias, asociacións de doentes, sociedade, colexios profesionais.
3. [Desenvolver estratexias de saúde comunitaria desde os equipos de atención primaria](#), identificando todos os activos comunitarios dispoñibles. Darase



visibilidade aos recursos, ás capacidades e ás habilidades de que dispón a comunidade e que poden incidir positivamente na saúde dos seus habitantes.

4. **Avanzar na corresponsabilidade da/do paciente no seguimento do Plan individualizado de atención integral.** Dar formación e información ás/aos pacientes para axudalos a mellorar o seu estado de saúde e a xestión dos determinantes de saúde: aspectos específicos do Plan individualizado de atención integral.
5. **Incorporar os factores persoais e sociais na definición das necesidades da/do paciente** e non exclusivamente o número de enfermidades e a súa gravidade clínica: valoración global e **elaboración do Plan individualizado de atención integral.**
6. **Potenciar as habilidades/competencia/capacidade das e dos profesionais do sistema e facer un proceso de planificación e ordenación que permita dispoñer de profesionais coa formación idónea para dar adecuada resposta aos cambios que a organización e a sociedade necesitan. Ademais, potenciaranse e desenvolveranse** as competencias do persoal de enfermería en relación co seguimento e control da/do paciente en situación de cronicidade.
7. **Mellorar a eficiencia do sistema para garantir a súa sostibilidade:** incluíndo o concepto de "valor" fronte a actividade, diminuíndo as prácticas sen valor para as/os pacientes e evitando prácticas innecesarias.
8. **Potenciar a atención domiciliaria** tanto en atención hospitalaria como atención primaria.
9. **Desenvolver o modelo asistencial para o seguimento da/do paciente en situación de cronicidade.** Utilización dunha combinación de modelos e todas as ferramentas dispoñibles de forma integrada para xeralo.
10. **Establecer un sistema de información** que permita coñecer a situación destas condicións crónicas, o consumo de recursos e os seus custos de atención, facéndoo accesible ás/aos profesionais para facilitar a toma de decisións.



07

LIÑAS
ESTRATÉXICAS
QUE SE
DESENVOLVERÁN

11. **Desenvolver un método de avaliación** cuns indicadores asistenciais e proxectos específicos.
12. **Mellorar a proactividade do sistema sanitario:** o sistema anticipase ás necesidades das persoas con enfermidades crónicas.
13. **Potenciar a figura da/do profesional (ou equipo) referente** que promova a coordinación dos profesionais que teñen que atender a/o paciente e que sexa a/o xestor do Plan individualizado de atención integral.
14. **Avaliar a atención a estes pacientes baseándose no valor achegado á/ao paciente.** Esta característica priorizará a elección dos indicadores que deberán monitorizar a estratexia.
15. **Orientar a prestación de servizos cara ás necesidades das/dos pacientes.** Definir aqueles grupos de pacientes con necesidades similares e adaptar os diferentes servizos a estas. De especial interese é a adecuación dos actuais recursos de urxencias á atención das persoas con enfermidades crónicas.
16. **Homoxeneizar as prestacións dos servizos,** reducindo a variabilidade clínica e mellorando a coordinación destes, con intervencións que incrementen a calidade asistencial e a seguridade da/do paciente.
17. **Promover a investigación integral en saúde** para profundar no coñecemento dos mecanismos que inflúen na orixe da situación de cronicidade.
18. **Implantar as innovacións tecnolóxicas,** despregando no sistema aquelas con probado impacto na saúde das/dos pacientes e aplicar **todo o desenvolvemento das TIC do Servizo Galego de Saúde** ás persoas con enfermidades crónicas.
19. **Desenvolver un circuíto diferenciado na atención hospitalaria ás/aos pacientes en situación de cronicidade.**
20. **Fomentar programas de intervención en pacientes polimedicados** e desenvolver protocolos de conciliación farmacolóxica á alta hospitalaria das/dos pacientes.

**07**

LIÑAS
ESTRATÉXICAS
QUE SE
DESENVOLVERÁN

21. **Mellorar a calidade percibida na prestación dos servizos.** Mellorar o trato, os tempos de resposta, os horarios de atención e a sistemática de citación, para evitar desprazamentos innecesarios.
22. **Favorecer a comunicación cos profesionais, pacientes e sociedade.** Facer un esforzo para axilizar a relación cos medios de comunicación e outros colectivos, aproveitando as vantaxes que nos ofrecen as redes sociais e as aplicacións informáticas (Apps).
23. **Fomentar a visión de "atención sociosanitaria integral" en todas/os as/os profesionais implicados na atención á/ao paciente crónico.** Orientar a visión organizativa dos equipos asistenciais de todos os niveis cara a unha abordaxe integral e integrada da cronicidade.
24. **Implementar a estratexia de humanización** dentro do Servizo Galego de Saúde. O proceso de humanización é unha parte fundamental da calidade do servizo que se presta.
25. **Realizar enquisas de satisfacción** para monitorizar a calidade percibida pola/o paciente crónico.
26. **Garantir a continuidade asistencial a través do traballo en equipos interdisciplinares,** formados por diferentes profesionais dos servizos sanitarios e sociais implicados na atención a estas/estes pacientes, que garantan a continuidade nos coidados coa máxima participación da/do paciente e da súa contorna.
27. **Visibilizar os recursos específicos dispoñibles para os profesionais** que atenden ás/aos pacientes en situación de cronicidade.
28. **Integrar a atención paliativa** como parte final dun proceso de cronicidade. Esta visión estará integrada dentro da actividade asistencial do Servizo Galego de Saúde. Os coidados paliativos supoñen un enfoque que mellora a calidade de vida de pacientes e familias que se enfrontan aos problemas asociados con enfermidades ameazantes para a vida, a través da prevención e alivio do sufrimento, por medio da identificación temperá e a impecable avaliación e tratamento da dor e outros problemas físicos, psicosociais e espirituais.



07

LIÑAS
ESTRATÉXICAS
QUE SE
DESENVOLVERÁN

Na seguinte táboa preséntanse estas liñas estratéxicas en correspondencia cos obxectivos da estratexia.

TÁBOA 15 Obxectivos e liñas estratéxicas

	Obxectivos	liñas estratéxicas
1	Evitar a progresión da situación de cronicidade cara a estadios máis complexos	<ol style="list-style-type: none"> 1. Desenvolver intervencións proactivas de promoción da saúde e prevención das enfermidades cunha visión sociosanitaria integral 2. Incluír no modelo de atención a todos os axentes implicados 3. Desenvolver estratexias de saúde comunitaria desde os equipos de atención primaria
2	Manter e/ou mellorar o estado funcional da/do paciente	<ol style="list-style-type: none"> 4. Avanzar na corresponsabilidade das/dos pacientes 5. Incorporar os factores persoais e sociais na definición das necesidades da/do paciente
3	Engadir valor na atención a estes pacientes	<ol style="list-style-type: none"> 6. Potenciar as habilidades/competencia/capacidade das/dos profesionais do sistema 7. Mellorar a eficiencia do sistema para garantir a súa sostibilidade 8. Potenciar a atención domiciliaria 9. Desenvolver o modelo asistencial para o seguimento da/do paciente en situación de cronicidade 10. Establecer un sistema de información que permita coñecer a situación destas condicións crónicas 11. Desenvolver un método de avaliación cuns indicadores asistenciais e proxectos específicos
4	Diminuír a morbimortalidade prematura e evitable	<ol style="list-style-type: none"> 12. Mellorar a proactividade do sistema sanitario 13. Potenciar a figura da/do profesional (ou equipo) referente 14. Avaliar a atención a estes pacientes baseándose no valor achegado á/ao paciente.



07

LIÑAS
ESTRATÉXICAS
QUE SE
DESENVOLVERÁN

	Obxectivos	Liñas estratéxicas
5	Aumentar a calidade e seguridade asistencial	15. Orientar a prestación de servizos cara ás necesidades das/dos pacientes 16. Homoxeneizar as prestacións dos servizos 17. Promover a investigación integral en saúde 18. Implantar as innovacións tecnolóxicas e aplicar todo o desenvolvemento das TIC do Servizo Galego de Saúde 19. Desenvolver un circuío diferenciado na atención hospitalaria a pacientes en situación de cronicidade 20. Fomentar programas de intervención en pacientes polimedicados e desenvolver protocolos de conciliación farmacolóxica á alta hospitalaria das/dos pacientes
6	Mellorar a satisfacción das/dos pacientes e familiares/ coidadoras/es	21. Mellorar a calidade percibida na prestación dos servizos 22. Favorecer a comunicación cos profesionais, pacientes e sociedade 23. Fomentar a visión de "atención sociosanitaria integral" en todos os profesionais implicados na atención á/ao paciente crónico 24. Implementar a estratexia de humanización dentro do Servizo Galego de Saúde 25. Realizar enquisas de satisfacción para monitorizar a calidade percibida pola/o paciente crónico
7	Mellorar a satisfacción e a implicación das/dos profesionais	26. Garantir a continuidade asistencial a través do traballo en equipos interdisciplinares 27. Visibilizar os recursos específicos dispoñibles para as/os profesionais
8	Garantir o confort e a calidade de vida da persoa cunha enfermidade crónica avanzada e un pronóstico de vida limitado	28. Integrar a atención paliativa como parte final dun proceso de cronicidade

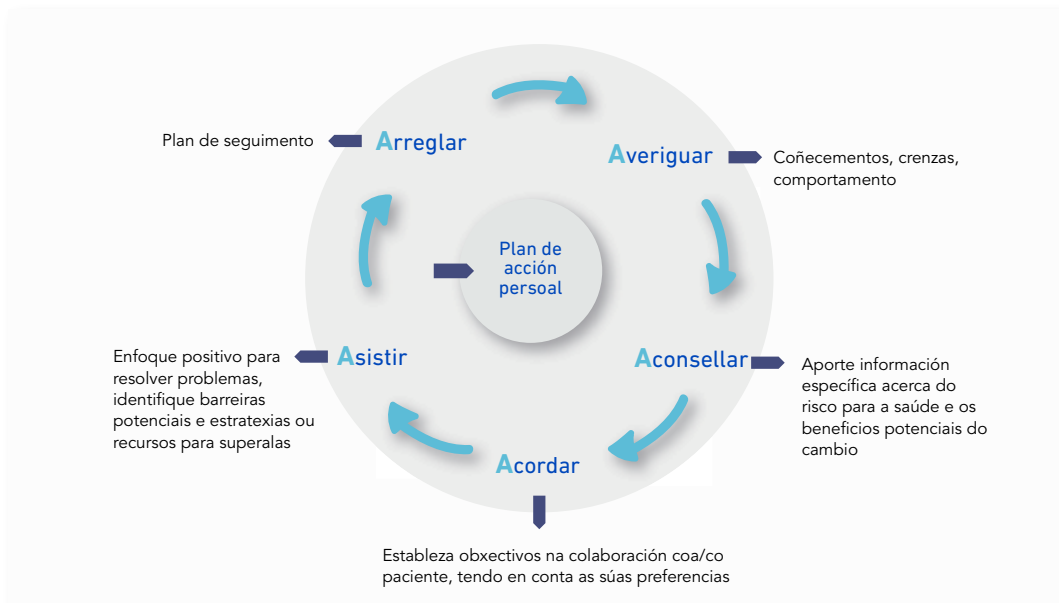


Modelo asistencial proposto

Modelo asistencial da estratexia galega para a atención a persoas en situación de cronicidade

Tendo presente a información sobre a situación da cronicidade, sobre as boas prácticas que se puxeron en marcha en diferentes sistemas de saúde e os obxectivos e estratexias que inspiran este documento enumerados anteriormente, elixiuse como referencia un modelo baseado nas 5A que propón a Organización Panamericana da Saúde e que ten, entre as súas vantaxes, a súa flexibilidade para aplicalo a diferentes marcos asistenciais.

FIGURA 7 Modelo de automanexo das 5 A




 **08**

MODELO
ASISTENCIAL
PROPOSTO

Como pode observarse, este proceso iníciase por unha valoración das necesidades asistenciais da/do paciente, segue coa definición dos recursos e servizos que dan resposta a esas necesidades. Na seguinte fase acórdase todo o formulado coa/co enferma/oe familia para logo xestionar a prestación dos servizos que se previron e, para rematar, realizar as revisións da situación as veces que sexan necesarias para iniciar de novo o proceso.

Este modelo de atención a pacientes en situación de cronicidade foi adaptado ao sistema de saúde de Galicia, que desenvolverá un propio baseado nos seguintes principios:

- **Proactividade do sistema:** realizarase en todo momento un contacto de forma proactiva coa/co paciente por parte das/dos profesionais.
- **Continuidade asistencial:** incidindo especialmente nas transicións da/do paciente en situación de cronicidade polo sistema sanitario.
- **Corresponsabilidade da/do paciente** para unha toma de **decisións compartida** no seu plan de atención.

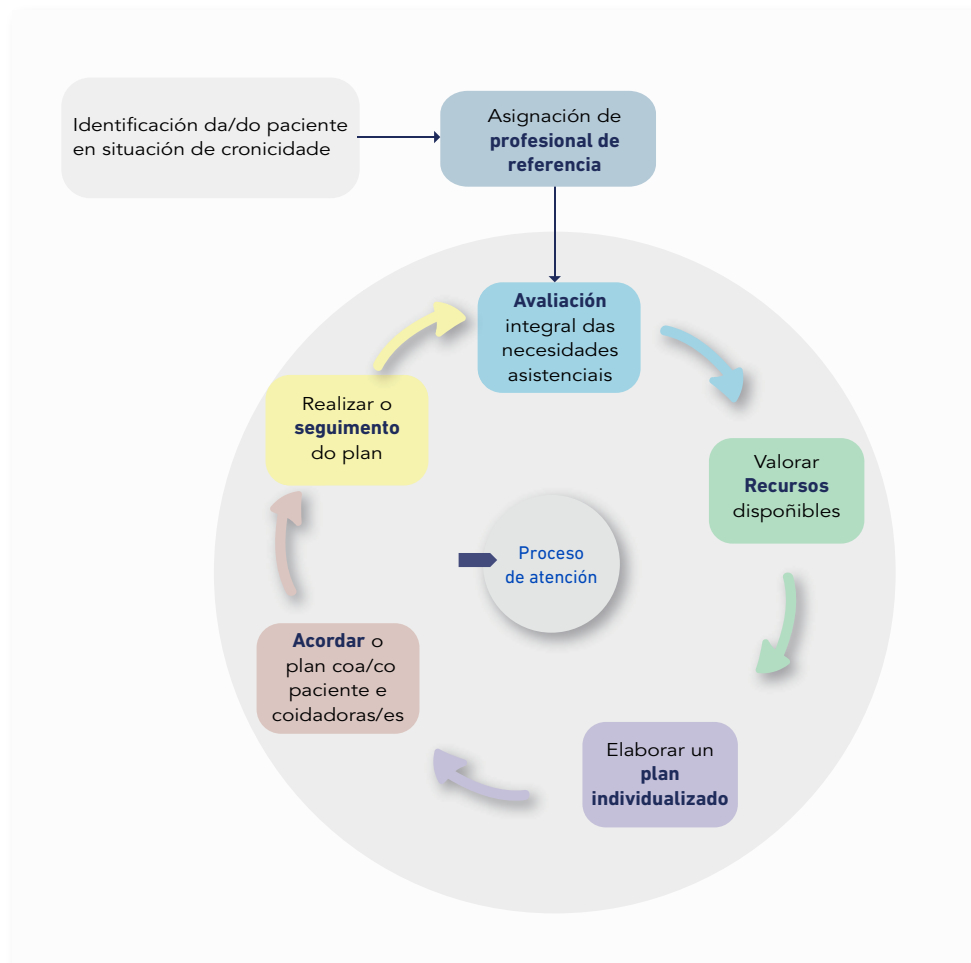
Os compoñentes deste modelo propio son os seguintes:

1. Inclusión da/do paciente nun **programa** de atención á cronicidade e designación dunha/dun **profesional de referencia ou equipo de referencia cunha/cun coordinadora/coordinador de equipo** desde atención primaria, que sexa o interlocutor durante o proceso asistencial coa/co paciente e os seus coidadores.
2. **Avaliación sociosanitaria integral da situación da/do paciente** por parte da/do profesional ou equipo de referencia.
3. Análise da **dispoñibilidade de servizos para os/as pacientes e familiares/coidadoras/es** que respondan ás necesidades detectadas e dos **recursos específicos dispoñibles para as/os profesionais que atenden a pacientes en situación de cronicidade** (recursos sanitarios, sociais, municipais, deportivos, da farmacia comunitaria ou outros do terceiro sector).



4. Elaboración do **Plan individualizado de atención integral e acordo** do mesmo co/coa **paciente e os seus familiares ou cuidadoras/es**.
5. **Seguimento do Plan individualizado de atención integral**.

GRÁFICO 2 Modelo asistencial proposto





Descrición dos compoñentes do modelo

Identificación proactiva da/do paciente en situación de cronicidade e inclusión desta/deste nun "programa" de atención á cronicidade. Designación dunha/dun "profesional de referencia" ou "equipo de referencia cunha/cun coordinador de equipo" desde atención primaria.

Trátase de realizar unha identificación das/dos pacientes que deben entrar no programa de crónicos, fundamentada nunha estratificación destes que teña en conta a morbilidade e a utilización de recursos. Isto permitirá que a/o profesional sanitario poida incluír á/ao paciente no programa e realizar as sucesivas actuacións que están definidas no presente modelo asistencial.

Este proceso debe estar liderado desde atención primaria, reforzando o protagonismo do equipo "persoal médico-persoal de enfermería" de atención familiar e comunitaria.



09

DESCRIPCIÓN DOS
COMPOÑENTES
DO MODELO

O “profesional de referencia” na atención ao/a paciente en situación de cronicidade é un profesional sanitario, en principio de atención primaria, que será responsable de realizar as seguintes funcións:

- Avaliación sociosanitaria integral de necesidades, solicitando a colaboración doutros profesionais.
- Elaboración do Plan individualizado de atención integral utilizando os recursos dispoñibles.
- Xestión, seguimento e avaliación do Plan individualizado de atención integral.

O persoal de enfermería será o profesional que realizará un primeiro contacto proactivo coas/cos pacientes incluídos no programa de atención á cronicidade, co obxectivo de realizar unha avaliación inicial.

De forma orientativa, proponse que as/os profesionais de referencia da/do paciente en función do seu nivel de complexidade sexan os que figuran na seguinte táboa. En todo caso, esta asignación ha de realizarse en función das características individuais e a situación clínica de cada paciente.

No caso de que o profesional de referencia da/do paciente en situación de cronicidade sexa o persoal médico de atención primaria, o profesional de enfermería será correferente.

Profesional	Características da/do paciente
Persoal de enfermería	Pacientes en situación de cronicidade de baixa complexidade.
Persoal médico	Pacientes en situación de cronicidade de complexidade media e alta.



Xestión do profesional de referencia - Transferencia da responsabilidade

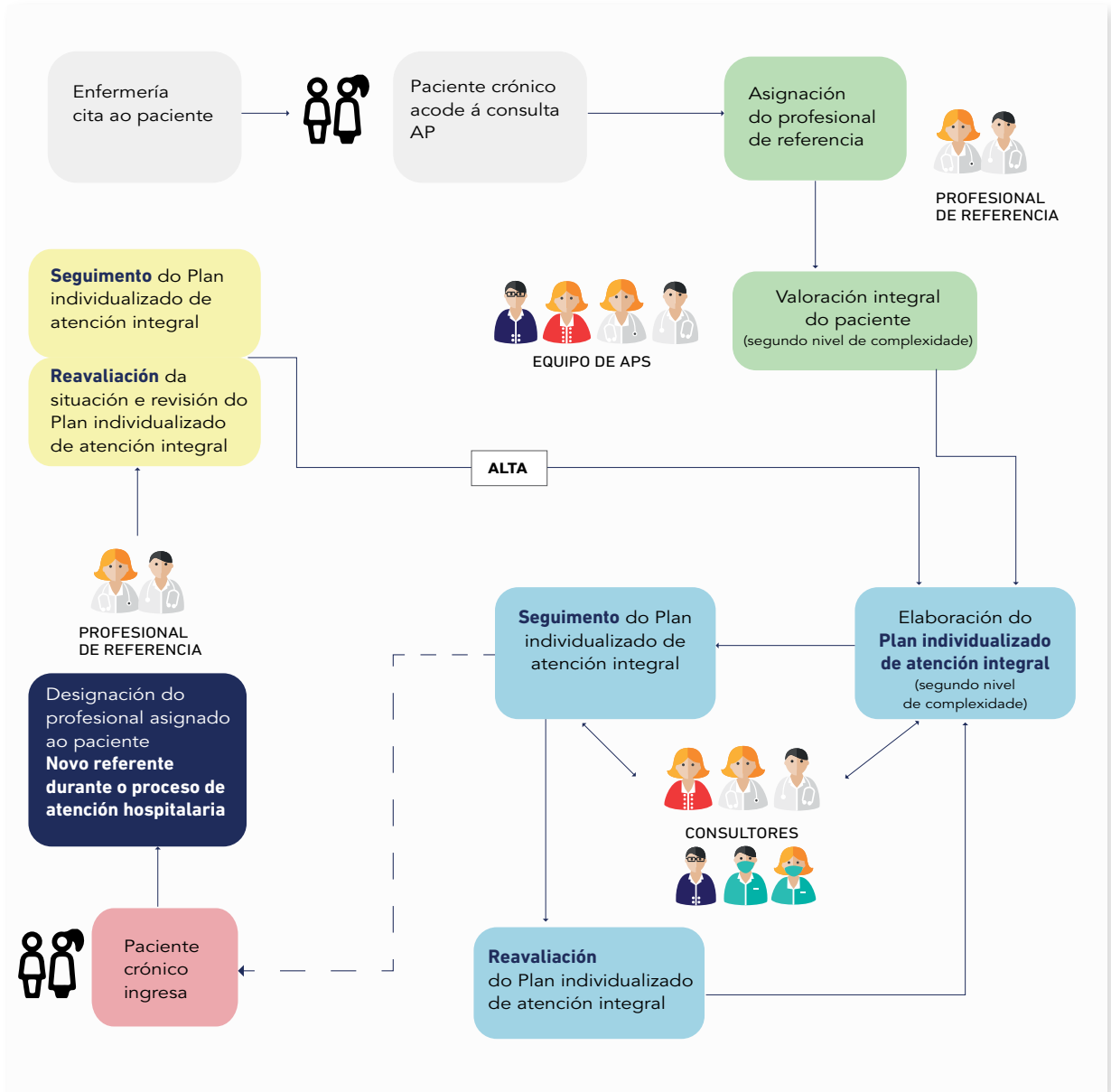
O profesional de referencia poderá transferir esta responsabilidade a outro profesional referente nos casos de:

- Necesidade de recursos asistenciais complexos non dispoñibles
- Importante inestabilidade da/do paciente (consultas urxentes...)
- Ingreso hospitalario. A/o paciente deberá ter unha/un profesional asignado no hospital de referencia para estes ingresos. A/O xefa/xefe do servizo responsable do ingreso da/do paciente identificará a aqueles pacientes que estean incluídos no programa de atención á cronicidade. Será este quen indique a/o profesional de referencia da/do paciente durante a súa estancia hospitalaria. En caso de cambio de servizo hospitalario valorarase a asignación doutra/o profesional de referencia.

Unha vez estabilizado a/o paciente, ou se non necesita recursos complexos, deberá ser de novo transferido ao súa/seu profesional de referencia anterior. En caso de alta hospitalaria, e cando sexa necesario, á/ao paciente asignaráselle unha cita co servizo hospitalario para revisión. E ademais, asignaráselle unha cita coa/co súa/seu profesional de referencia de atención primaria, para volver avaliar o Plan individualizado de atención integral.



FIGURA 8 Esquema de fluxos asistenciais





Avaliación sociosanitaria integral das necesidades da/do paciente en situación de cronicidade

Co obxectivo de elaborar o mellor e máis adecuado plan asistencial á/ao paciente en situación de cronicidade, realizarase unha avaliación sociosanitaria integral das súas necesidades, adecuada á súa funcionalidade en cada momento da evolución da enfermidade. As variables que se incorporarán á avaliación serán as que aparecen a continuación, e para a súa medición utilizaranse as escalas do Anexo 1.

➔ **Esta avaliación adaptase ao nivel de cronicidade de cada paciente, limitándose as variables que se han valorar**

<ul style="list-style-type: none"> ➔ Forma de afrontar a enfermidade / Minicribado de depresión ➔ Calidade de vida ➔ Calidade do sono ➔ Nivel de autonomía ➔ Nivel de apoio social ➔ Situación clínica 	<ul style="list-style-type: none"> ➔ Nivel cognitivo ➔ Adherencia ao tratamento ➔ Hábitos saudables ➔ Coñecemento da enfermidade ➔ Accesibilidade a recursos sanitarios ➔ Nivel socioeconómico (incluíndo as condicións da vivenda)
--	---

Exponse na seguinte figura unha visión global das posibles variables a medir.

FIGURA 9 Variables para determinar as necesidades da/do paciente





Análise da dispoñibilidade de servizos para as/os pacientes e familiares/coidadores que respondan ás necesidades detectadas e dos recursos específicos dispoñibles para as/os profesionais que atenden as/os pacientes en situación de cronicidade

Unha vez identificadas as necesidades da/do paciente respecto dos diferentes ítems valorados, o profesional de referencia realizará unha análise dos recursos dispoñibles para cada unha das necesidades identificadas, de tal forma que permita xestionalos. No Anexo 2 preséntanse os principais recursos dispoñibles para a elaboración do Plan individualizado. Co desenvolvemento desta estratexia automatizarase o proceso de identificación e selección dos recursos que se incluírán no Plan individualizado.

Elaboración do Plan individualizado de atención integral

Unha vez determinadas as necesidades asistenciais da/do paciente, tendo en conta o resto de variables e os recursos dispoñibles, elaborárase o Plan individualizado de atención integral, no que se incluírán tanto os obxectivos que suxira o profesional de referencia como os que suxire o propio paciente e/ou coidadoras/es. Estes obxectivos e tarefas estarán consensuados coa/co paciente e/ou coidador. Finalmente poñerase a súa disposición o documento do Plan individualizado para o posterior seguimento e avaliación.

Propóñense dous documentos do Plan individualizado, o do profesional e o do paciente. Os ítems que se incluírán en cada un deles serán os seguintes:

Ítems que se incluírán no Plan individualizado (profesional)	Ítems que se incluírán no Plan individualizado (paciente)
<ul style="list-style-type: none"> → Avaliación sociosanitaria integral da situación e das necesidades asistenciais identificadas → Obxectivos asistenciais e os seus indicadores → Plan terapéutico non farmacolóxico e farmacolóxico → Planificación de tarefas (profesional/paciente) e calendario → Sistemática de avaliación 	<ul style="list-style-type: none"> → Obxectivos do propio paciente e asistenciais a alcanzar → Plan terapéutico → Tarefas a realizar polo paciente e calendario → Indicacións sobre sintomatoloxía de alerta e que debe facer → Indicación de onde acudir en caso de crise (tendo en conta todos os horarios)


 09
DESCRIPCIÓN DOS
COMPONENTES
DO MODELO

Na seguinte táboa incluímos un dos modelos que a estratexia considera como interesante e que sería proposto coas necesarias adaptacións ao sistema de saúde de Galicia.

Datos da/do paciente			
Nome:	Data de nacemento:		Sexo:
Médica/o:	Outras/os médicas/os:		Familiares/coidadores:
Enfermeira/o:			
Enfermidades:	Medicación:		Factores sociais:
Os meus obxectivos	Situación actual	Plan terapéutico	Valoración e seguimento
Obxectivos do equipo sanitario	Situación	Plan terapéutico	Valoración e seguimento
Adaptado de: 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 .			



Seguimento do Plan individualizado de atención integral

Este punto é un dos máis importante nun sistema sanitario proactivo. O profesional de referencia encargado do caso deberá realizar o seguimento do plan tanto a nivel dos compromisos da/do paciente como da resposta que debe dar o sistema. Así, ademais das consultas de seguimento, deberá xestionar outros elementos incluídos no Plan individualizado de atención integral.

Este seguimento do Plan individualizado axudará a tomar a decisión de modificalo ou mesmo a transferir a responsabilidade da/do paciente a outro profesional ou servizo asistencial en caso de necesidade, seguindo os protocolos definidos.

O calendario de seguimento, xunto co Plan individualizado de atención integral, ademais de na historia clínica electrónica, estará dispoñible en É-Saúde.

Ademais os sistemas de información corporativos desenvolverán ferramentas que lles permitan a todos os profesionais identificar a aqueles pacientes que están incluídos no programa de atención á cronicidade.



Implantación da estratexia

O punto crítico de calquera estratexia é a súa implantación. Non abonda con definir unhas liñas estratéxicas axeitadas e identificar as accións ou intervencións necesarias para abordar o problema. Dados os compoñentes innovadores incluídos no modelo estratéxico formulado e co obxectivo de axustar as formulacións iniciais e as características de cada área sanitaria, estableceuse unha implantación secuencial do programa de atención á cronicidade, priorizando inicialmente ás/aos pacientes en situación de cronicidade de complexidade alta.

Ademais, dada a envergadura da presente estratexia e a inclusión de innovadoras ferramentas de traballo, proponse unha implantación paulatina de tal xeito que se poidan ir avaliando as innovacións que se proxectan e estimando a carga de traballo que pode supoñer e a organización necesaria para levar adiante as actividades planificadas. A Dirección Xeral de Asistencia Sanitaria monitorizará todo o proceso.



Proxectos que se desenvolverán

Tendo presentes os obxectivos, estratexias e o propio modelo asistencial definidos, os responsables da posta en marcha e implantación desta estratexia deberán desenvolver os seguintes proxectos concretos.

1. **Desenvolvemento da sistemática de identificación de pacientes crónicos no sistema informático e inclusión de modelos definidos dentro de IANUS**
 - **OBXECTIVO:** definir os criterios de inclusión no programa de pacientes crónicos e a forma de identificación destes dentro de IANUS, de tal forma que sexa un sistema flexible que lle permita aos profesionais a validación razoada da clasificación, así como o acceso á información para a monitorización da información do programa.
2. **Elaboración do proceso de avaliación sociosanitaria integral da/do paciente**
 - **OBXECTIVO:** definir os perfís a utilizar e que ítems se avaliarán segundo o nivel de cronicidade que afecte a/o paciente. Ademais, establecerase un procedemento que permita a actualización dos ítems e das escalas propostas para a súa medición.



11

PROXECTOS
QUE SE
DESENVOLVERÁN

3. **Elaboración do modelo de Plan individualizado de atención integral**
 - **OBXECTIVO:** definir de forma concreta o modelo ou formulario que se utilizará na historia clínica electrónica para elaborar e documentar o Plan individualizado.
4. **Definición do proceso de transferencia de "referencia" entre profesionais**
 - **OBXECTIVO:** definir o proceso e a documentación necesaria que se debe utilizar nos casos nos que se transfira a responsabilidade da/do paciente entre profesionais. Dispoñer dun sistema de notificación de altas e transicións.
5. **Elaboración e comunicación do catálogo de recursos dispoñibles**
 - **OBXECTIVO:** establecer o procedemento para a elaboración e xestión do catálogo de recursos que teña á súa disposición a/o profesional de referencia para elaborar o Plan individualizado, ademais os recursos teñen que estar asignados xeograficamente.
6. **Difusión e comunicación da estratexia**
 - **OBXECTIVO:** definir o plan de difusión e comunicación da estratexia e o modelo asistencial ás/aos profesionais do sistema e á cidadanía.
7. **Formación**
 - **OBXECTIVO:** formar ás/aos profesionais implicados na atención a persoas en situación de cronicidade, tanto no modelo de xestión proposto nesta estratexia como na atención a estes pacientes.
8. **Creación dun sistema de vixilancia e monitorización da cronicidade**
 - **OBXECTIVO:** establecer un sistema de monitorización dos determinantes das enfermidades crónicas, da prevalencia e incidencia destas enfermidades e do impacto das actuacións establecidas, tanto desde un punto de vista de impacto en saúde como económico. Para complementar a información será necesario medir os indicadores que se propoñen no apartado de seguimento



11

PROXECTOS
QUE SE
DESENVOLVERÁN

da estratexia, co fin de analizar a eficacia das intervencións propostas na mesma.

9. Reforzo das actividades de promoción da saúde e prevención da enfermidade

→ **OBXECTIVO:** reforzar as medidas poboacionais de promoción da saúde e prevención da enfermidade como alicerce fundamental da estratexia pois por unha banda diminúen a incidencia de pacientes con enfermidades crónicas e por outra banda minoran as súas complicacións a través da actuación sobre os seus determinantes.

10. Desenvolvemento das ferramentas TIC necesarias para implantar o modelo definido

→ **OBXECTIVO:** desenvolver as tecnoloxías da información e comunicación que lles permitan ás/aos profesionais sanitarios realizar a atención definida no modelo asistencial que contén esta estratexia. Así como, ter á súa disposición información de resultados en saúde das/dos pacientes en situación de cronicidade que teñen asignados.



Avaliación e monitorización da estratexia

Para realizar unha aproximación á avaliación da estratexia establécense 2 tipos de indicadores: uns para monitorizar a implantación da estratexia e outros que permiten avaliar o cumprimento dos obxectivos definidos.

TÁBOA 17 Indicadores

INDICADORES DE AVALIACIÓN DA IMPLANTACIÓN DA ESTRATEXIA	
INDICADOR	FÓRMULA
Porcentaxe de proxectos a desenvolver na estratexia finalizados	$\frac{\text{N.º de proxectos finalizados} * 100}{\text{N.º total de proxectos}}$
Porcentaxe de pacientes en situación de cronicidade con Plan individualizado realizado	$\frac{\text{N.º de pacientes en situación de cronicidade con Plan individualizado realizado} * 100}{\text{N.º total de pacientes en situación de cronicidade}}$



INDICADORES DE AVALIACIÓN DE LOS OBXECTIVOS		
OBXECTIVO	INDICADOR	FÓRMULA
Evitar a progresión da situación de cronicidade cara a estadios máis complexos	Porcentaxe de pacientes por nivel de complexidade segundo perfís de estratificación do seu estado de saúde	$N.º \text{ de pacientes cun determinado nivel de complexidade segundo perfís de estratificación do seu estado de saúde} * 100 / N.º \text{ total de pacientes}$
	Frecuentación de pacientes en situación de cronicidade (axustada por idade) en atención primaria	$N.º \text{ de citas efectivas para as consultas de medicina de familia/pediatría/enfermería por parte de pacientes en situación de cronicidade (axustadas por idade)} * 100 / N.º \text{ total de pacientes en situación de cronicidade}$
Manter e/ou mellorar o estado funcional da/do paciente	Calidade de vida relacionada coa saúde dos pacientes en situación de cronicidade medida co cuestionario EuroQol	Puntuación media de calidade de vida relacionada coa saúde de pacientes en situación de cronicidade medida co cuestionario EuroQol
Engadir valor na atención a estes pacientes	Utilización de urxencias hospitalarias por pacientes en situación de cronicidade	$\text{Sumatorio de visitas aos dispositivos de urxencias hospitalarias de pacientes en situación de cronicidade} / N.º \text{ de pacientes en situación de cronicidade que contactaron con estes dispositivos de urxencias hospitalarias}$
	Pacientes con enfermidades crónicas seguidos mediante TELEA	Número de pacientes con enfermidades crónicas seguidos mediante TELEA
Diminuír a morbimortalidade prematura e evitable	Porcentaxe de reingresos hospitalarios para pacientes con EPOC	$N.º \text{ de altas hospitalarias por reingreso por EPOC (ingreso posterior urxente relacionado clinicamente con outro ingreso previo durante un intervalo de 30 días e de 90 días)} * 100 / N.º \text{ de altas hospitalarias en pacientes con ingreso por agravamento de EPOC}$
	Porcentaxe de reingresos hospitalarios para pacientes con insuficiencia cardíaca conxestiva	$N.º \text{ de altas hospitalarias por reingreso por insuficiencia cardíaca conxestiva (ingreso posterior urxente relacionado clinicamente con outro ingreso previo durante un intervalo de 30 días e de 90 días)} * 100 / N.º \text{ de altas hospitalarias en pacientes con ingreso por agravamento de insuficiencia cardíaca conxestiva}$
	Hospitalizacións potencialmente evitables por problemas crónicos	$N.º \text{ de altas hospitalarias de pacientes en situación de cronicidade por determinadas patoloxías consideradas potencialmente evitables} * 100 / \text{Poboación} \geq 15 \text{ anos}$
Aumentar a calidade e seguridade asistencial destes pacientes	Porcentaxe de pacientes polimedicados (entre 6 e 9 medicamentos, entre 10 e 17, e 18 ou máis)	$N.º \text{ de pacientes que toman diversos principios activos diferentes durante un período de 6 ou máis meses (entre 6 e 9 medicamentos, entre 10 e 17, e 18 ou máis)} * 100 / N.º \text{ total de pacientes}$
Mellorar a satisfacción das/dos pacientes e familiares / cuidadoras/es	Medida da satisfacción mediante enquisa ás/aos pacientes e familiares / cuidadoras/es (enquisa ad-hoc)	
Mellorar a satisfacción e a implicación das/dos profesionais	Medida da satisfacción mediante enquisa ás/aos profesionais (enquisa ad-hoc)	
Garantir o confort e a calidade de vida da persoa cunha enfermidade crónica avanzada e un pronóstico de vida limitado	Medida do confort e a calidade de vida mediante enquisa a pacientes e familiares (enquisa ad-hoc)	
	Porcentaxe de pacientes inmobilizadas/os (rexistrados na historia clínica electrónica co código CIAP2 A28.01) con rexistro anual de ≥ 2 visitas domiciliarias programadas realizadas por profesionais de enfermería de atención primaria	$\text{Número de pacientes inmobilizadas/os (CIAP A28.01) con rexistro anual de} \geq 2 \text{ visitas domiciliarias programadas realizadas por profesionais de enfermería de atención primaria} * 100 / N.º \text{ total de pacientes inmobilizadas/os}$



12

AVALIACIÓN E
MONITORIZACIÓN
DA ESTRATEXIA

Sistema de seguimento da estratexia

Desde a Dirección Xeral de Asistencia Sanitaria elaborárase anualmente un informe de situación da estratexia, no que cos indicadores especificados realizarase unha análise da mesma e propoñeranse as medidas de mellora necesarias. Este informe será remitido aos Consellos Asesores da Consellería e do Servizo Galego de Saúde.



Anexos

Anexo 1. **Avaliación sociosanitaria integral das necesidades da/do paciente en situación de CRONICIDADE**

Anexo 2. **Recursos dispoñibles para o establecemento do plan individualizado**

- 2.1. Catálogo de servizos para as/os pacientes e familiares/coiadoras/es
- 2.2. Catálogo de servizos asistenciais a disposición das/dos pacientes e profesionais para dar resposta ás necesidades das/dos pacientes.
- 2.3. Programas para as e os profesionais que atenden a persoas en situación de cronicidade
- 2.4. Ferramentas TIC para as/os profesionais que atenden ás persoas en situación de cronicidade



13

ANEXOS

A.1. AVALIACIÓN
SOCIOSANITARIA
INTEGRAL DAS
NECESIDADES DA/
DO PACIENTE EN
SITUACIÓN DE
CRONICIDADE

Anexo 1. Avaliación sociosanitaria integral das necesidades da/do paciente en situación de cronicidade

PARÁMETRO	SISTEMA DE MEDIDA
Forma de afrontar a enfermidade/ Minicribado de depresión	<ul style="list-style-type: none"> → Escala de depresión e ansiedade de Goldberg → Instrucións previas
Calidade de vida	<ul style="list-style-type: none"> → EuroQol-5D
Calidade do sono	<ul style="list-style-type: none"> → ISI (<i>Insomnia Severity Index</i>): Índice de gravidade do insomnio
Nivel de autonomía	<ul style="list-style-type: none"> → Test de Barthel: actividades básicas da vida diaria → Índice para as actividades instrumentais da vida diaria de Lawton Brody → Test de Tinetti: marcha e equilibrio → Test Get Up and Go (Levántate e anda)
Nivel de apoio social	<ul style="list-style-type: none"> → Escala Xixon de valoración sociofamiliar → Escala complementaria: carga do cuidador: Test de Zarit
Situación clínica	<ul style="list-style-type: none"> → Anamnese e probas complementarias → Escala complementaria se hai sospeita de desnutrición: MUST (<i>Malnutrition Universal Screening Tool</i>): Instrumento universal para o cribado da malnutrición → Escala complementaria se ten dor: Escala visual analóxica (EVA)
Nivel cognitivo	<ul style="list-style-type: none"> → Cuestionario de Pfeiffer → Escala Mini Mental → Escala complementaria se hai sospeita de deterioro cognitivo: Mini Examen Cognoscitivo de Lobo
Adherencia ao tratamento	<ul style="list-style-type: none"> → Test de Morisky-Green → Retirada de receitas
Hábitos saudables	<ul style="list-style-type: none"> → Actividade física: Valoración de actividade física (IANUS) → Dieta: Enquisa de dieta atlántica → Alcohólico: Cuestionario CAGE → Tabaquismo → Outras dependencias
Coñecemento da enfermidade	<ul style="list-style-type: none"> → <i>European Health Literacy Survey</i> (Enquisa europea de alfabetización en saúde)
Accesibilidade a recursos sanitarios	<ul style="list-style-type: none"> → Tempo desde domicilio a centros sanitarios → Sistema de transporte
Nivel socioeconómico	<ul style="list-style-type: none"> → Escala Xixon de valoración sociofamiliar



13

ANEXOS

A.2 RECURSOS

DISPONIBLES PARA O
ESTABLECIMENTO DO
PLAN INDIVIDUALIZADO
DE ATENCIÓN INTEGRAL

Anexo 2. Recursos dispoñibles para o establecemento do Plan individualizado de atención integral

2.1. Catálogo de servizos para as/os pacientes e familiares/coidadoras/es

PLAN DE ASISTENCIA AO ICTUS EN GALICIA

- **OBXECTIVO:** realizar unha atención de calidade, homoxénea, rápida e coordinada, garantindo unha asistencia en tempo e forma ás/aos pacientes cun accidente cerebrovascular agudo. Con iso preténdese diminuír o tempo entre o inicio dos síntomas compatibles cun ictus agudo e a chegada ao hospital, reducir a demora na confirmación diagnóstica e a filiación do ictus, e adecuar o procedemento terapéutico ás necesidades asistenciais da/do paciente cun ictus agudo.
- **DESCRIPCIÓN DO PLAN:** á/ao paciente con sospeita de ictus isquémico, independentemente do lugar en que se atope dentro do territorio da nosa comunidade autónoma, realízase unha exploración radiolóxica para confirmar o diagnóstico canto antes, co fin de poder realizar o tratamento máis adecuado conforme ás recomendacións e tempos establecidos. A dispoñibilidade de servizos de transporte en todo o territorio e que estes teñan protocolos que aseguren o traslado das/dos pacientes ao hospital que conta cos recursos apropiados para abordar o seu caso (incluíndo o transporte aéreo cando estea indicado) xunto cos sistemas de telemedicina, son elementos facilitadores deste programa.
- **COBERTURA DO PLAN:** toda Galicia



13

ANEXOS

A.2 RECURSOS

DISPONIBLES PARA O
ESTABLECIMENTO DO
PLAN INDIVIDUALIZADO
DE ATENCIÓN INTEGRAL

PROGRAMA GALEGO DE ATENCIÓN AO INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO (PROGALIAM)

- **OBXECTIVO:** mellorar a atención ao infarto agudo de miocardio (IAM) mediante a integración e desenvolvemento da coordinación entre a atención extrahospitalaria e hospitalaria, co obxectivo de mellorar a expectativa e calidade de vida da/do paciente con IAM, así como promover a equidade. Para iso, trata de acurtar o tempo no que as/os pacientes con IAM reciben o tratamento óptimo de reperfusión.
- **DESCRIPCIÓN DO PROGRAMA:** as/os pacientes diagnosticadas/os de síndrome coronario con elevación de ST (SCACEST) son trasladadas/os inmediatamente por ambulancias medicalizadas do 061 a un dos hospitais con hemodinámica do Servizo Galego de Saúde. Así mesmo, o programa garante o retorno da/do paciente ao seu hospital de referencia, unha vez realizado o procedemento de angioplastia primaria.
- **COBERTURA DO PROGRAMA:** toda Galicia

SERVIZO DE FORMACIÓN EN PACIENTE COMPETENTE

- **OBXECTIVO:** aumentar o coñecemento que ten a/o paciente sobre a súa enfermidade e o autocoidado, para mellorar a súa calidade de vida e diminuír as reagudizacións.
- **DESCRIPCIÓN DO SERVIZO:** diferentes metodoloxías de formación ofertadas pola Escola Galega de Saúde para Cidadáns onde as/os pacientes, familiares e/ou coidadores aprenden habilidades e coñecementos que serven de soporte á autoxestión da enfermidade.
- **FORMA DE SOLICITAR O SERVIZO:** directamente a/o paciente dentro da oferta da Escola.
- **COBERTURA DO SERVIZO:** segundo a programación da Escola Galega de Saúde para Cidadáns.

**13**

ANEXOS

A.2 RECURSOS

DISPONIBLES PARA O
ESTABLECIMENTO DO
PLAN INDIVIDUALIZADO
DE ATENCIÓN INTEGRAL**▶ PLATAFORMA É-SAÚDE: SERVIZO DE CONSELLOS E INFORMACIÓN SOBRE SAÚDE E PATOLOXÍAS ON-LINE**

- **OBXECTIVO:** aumentar os coñecementos sobre a propia enfermidade e a promoción da saúde e desta forma incrementar a corresponsabilidade no seu autocoidado e o seu empoderamento.
- **DESCRIPCIÓN DO SERVIZO:** ferramenta de comunicación do Servizo Galego de Saúde coa cidadanía, accesible desde calquera lugar e dispositivo (ordenador, móbil, tableta...) que lle permite o acceso a servizos e contidos de saúde personalizados.
- **FORMA DE SOLICITAR O SERVIZO:** acceso directo de pacientes e familiares a través da plataforma É-Saúde.
- **COBERTURA DO SERVIZO:** toda Galicia.

▶ SERVIZOS DE INFORMACIÓN SOBRE AS ENFERMIDADES POR ASOCIACIÓN DE PACIENTES

- **OBXECTIVO:** aumentar os coñecementos sobre a propia enfermidade e desta forma aumentar a corresponsabilidade no seu autocoidado e o seu empoderamento.
- **DESCRIPCIÓN DO SERVIZO:** asociacións de pacientes coa mesma enfermidade ofertan este tipo de servizos para pacientes e familiares.
- **FORMA DE SOLICITAR O SERVIZO:** acceso directo de pacientes e familiares a través das distintas asociacións situadas en Galicia.
- **COBERTURA DO SERVIZO:** depende de cada asociación.

**13**

ANEXOS

A.2 RECURSOS

DISPONIBLES PARA O
ESTABLECIMENTO DO
PLAN INDIVIDUALIZADO
DE ATENCIÓN INTEGRAL**SERVIZOS PARA COMPARTIR EXPERIENCIAS E DÚBIDAS SOBRE UNHA DETERMINADA ENFERMIDADE**

- **OBXECTIVO:** mellorar a vivencia da enfermidade por parte das/dos pacientes e familiares/coiadoras/es.
- **DESCRIPCIÓN DO SERVIZO:** asociacións de pacientes coa mesma enfermidade ofertan este tipo de servizos para pacientes e familiares na plataforma É-Saúde.
- **FORMA DE SOLICITAR O SERVIZO:** acceso directo de pacientes e familiares a través das distintas asociacións situadas en Galicia e mediante apartado COMUNIDADE da plataforma É-Saúde.
https://esaude.sergas.es/EPACI_epaciente/#/integrations?id=1
- **COBERTURA DO SERVIZO:** depende de cada asociación. É-Saúde, para toda Galicia.

SERVIZOS DE AUTOAPOIO A PACIENTES E FAMILIARES

- **OBXECTIVO:** mellorar a vivencia da enfermidade por parte das/dos pacientes e familiares/coiadores.
- **DESCRIPCIÓN DO SERVIZO:** asociacións de pacientes coa mesma enfermidade ofertan este tipo de servizos para pacientes e familiares.
- **FORMA DE SOLICITAR O SERVIZO:** acceso directo de pacientes e familiares a través das distintas asociacións situadas en Galicia.
- **COBERTURA DO SERVIZO:** depende de cada asociación.



2.2. Catálogo de servizos asistenciais a disposición das/dos pacientes e profesionais para dar resposta ás necesidades das/dos pacientes.

As/os pacientes e o persoal facultativo dispoñen dunha serie de servizos ofertados polo sistema de saúde dirixidos a dar a mellor atención ás/aos pacientes con enfermidades crónicas.

▶ CONSULTA PRESENCIAL NO CENTRO DE SAÚDE

- **OBXECTIVO:** valorar, orientar e resolver as demandas de saúde que formulen as/os pacientes.
- **DESCRIBIÓN DO SERVIZO:** a/o paciente pode solicitar unha cita para atención primaria (médica/o, enfermeira/o, pediatra, matrona/matrón, odontóloga/o, hixienista dental, traballadora/traballor social ou farmacéutica/o) en modalidade presencial para realizar a súa consulta. A/o paciente acudirá ao centro onde será atendido polo profesional correspondente.
- **SOLICITANTE DO SERVIZO:** a/o propio paciente.
- **COBERTURA DO SERVIZO:** toda Galicia.

▶ CONSULTA TELEFÓNICA DE ATENCIÓN PRIMARIA

- **OBXECTIVO:** mellorar a accesibilidade da cidadanía ao sistema sanitario, potenciando o sistema de interacción non presencial mediante o uso das tecnoloxías da información e a comunicación.
- **DESCRIBIÓN DO SERVIZO:** a/o paciente pode solicitar unha cita para atención primaria na modalidade telefónica co fin de facer a súa consulta. O profesional ve na súa axenda de traballo o acto "consulta telefónica" e o número de teléfono que rexistrou a/o paciente. A continuación, o profesional sanitario (médica/o, enfermeira/o, pediatra, matrona/matrón, odontóloga/o, hixienista dental, traballadora/traballador social ou farmacéutica/o) poñerase en contacto coa/co paciente e/ou persoas coidadoras, a través



13

ANEXOS

A.2 RECURSOS

DISPONIBLES PARA O
ESTABLECIMENTO DO
PLAN INDIVIDUALIZADO
DE ATENCIÓN INTEGRAL

dunha chamada telefónica, mediante a que realizará a súa consulta, se necesita un tratamento farmacolóxico poderá prescribirse a medicación necesaria a través da e-receita que poderá ser recollida directamente na farmacia comunitaria.

- **SOLICITANTE DO SERVIZO:** a/o propio paciente.
- **COBERTURA DO SERVIZO:** toda Galicia.



SERVIZOS DE URXENCIA

- **OBXECTIVO:** realizar unha atención en casos de urxencia.
- **DESCRICIÓN DO SERVIZO:** a/o paciente pode solicitar a atención urxente a través do 061 ou acceder presencialmente a un dos servizos de urxencias de atención primaria ou de atención hospitalaria. Nestes servizos serán atendidos por profesionais sanitarios que estudarán o problema de saúde e establecerán as pautas necesarias para a súa resolución.
- **SOLICITANTE DO SERVIZO:** a/o propio paciente.
- **COBERTURA DO SERVIZO:** toda Galicia.



SERVIZO DE ATENCIÓN DOMICILIARIA DE ATENCIÓN PRIMARIA

- **OBXECTIVO:** mellorar o acceso aos servizos asistenciais, para persoas con problemas ou dificultades para desprazarse ata o centro de saúde.
- **DESCRICIÓN DO SERVIZO:** prestado polos servizos de atención primaria (SAP), para proporcionar coidados sanitarios de intensidade e complexidade adecuadas aos recursos dispoñibles, a pacientes que, polas súas condicións físicas e/ou psíquicas, necesitan ser atendidos no seu domicilio.
- **SOLICITUD DO SERVIZO:** por parte da/do paciente ou familiares/ coidadores ou programada por parte dos profesionais de atención primaria.
- **COBERTURA DO SERVIZO:** toda Galicia.

**13**

ANEXOS

A.2 RECURSOS

DISPONIBLES PARA O
ESTABLECIMENTO DO
PLAN INDIVIDUALIZADO
DE ATENCIÓN INTEGRAL**CONSULTA EXTERNA EN ATENCIÓN HOSPITALARIA**

- **OBXECTIVO:** atender por parte de persoal facultativo de atención hospitalaria ás/aos pacientes.
- **DESCRICIÓN:** acto médico realizado de forma ambulatoria e programada para o diagnóstico, tratamento, seguimento, mantemento da saúde ou para outras circunstancias de índole administrativa, realizado en presenza da/do paciente nun local destinado para tal fin, con independencia da súa situación física, dentro da rede asistencial.
- **SOLICITANTE DO SERVIZO:** persoal facultativo de atención primaria ou atención hospitalaria.
- **COBERTURA DO SERVIZO:** toda Galicia.

**VÍAS RÁPIDAS DE ATENCIÓN SANITARIA**

- **OBXECTIVO:** mellorar os tempos de atención sanitaria para as patoloxías para as que a demora poida supoñer un peor prognóstico. Están destinadas a atender no menor prazo posible as patoloxías máis graves e máis frecuentes, entre as que se atopan as oncolóxicas e outras.
- **DESCRICIÓN DO SERVIZO:** trátase de circuitos especiais que permiten unha cita no centro hospitalario en menos de 15 días co fin de realizar unha atención rápida que permita un mellor prognóstico.
- **SOLICITANTE DO PROGRAMA:** persoal facultativo de atención primaria e hospitalaria.
- **COBERTURA DO SERVIZO:** no momento actual en todas as áreas sanitarias implantáronse vías rápidas que se irán ampliando a novas enfermidades.



13

ANEXOS

A.2 RECURSOS

DISPONIBLES PARA O ESTABLECIMENTO DO PLAN INDIVIDUALIZADO DE ATENCIÓN INTEGRAL

INGRESO HOSPITALARIO

- **OBXECTIVO:** realizar unha atención sanitaria que require uns cuidados especiais.
- **DESCRIBIÓN DO SERVIZO:** á/ao paciente ingresado nun centro sanitario realizaránselle os cuidados sanitarios adecuados á súa situación clínica. Estes cuidados préstanse durante 24 horas os 365 días do ano.
- **SOLICITANTE DO SERVIZO:** persoal facultativo de atención hospitalaria.
- **COBERTURA DO SERVIZO:** toda Galicia.

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

- **OBXECTIVO:** mellorar a eficiencia do sistema atendendo en establecementos menos especializados a pacientes que requiren cuidados de enfermería e médicos de menor complexidade.
- **DESCRIBIÓN DO SERVIZO:** camas de atención a pacientes situadas en centros con menos recursos asistenciais de alta complexidade, destinadas a pacientes con longa convalecencia e a outros pacientes ou que non requiran cuidados de alta complexidade coma os que se prestan en centros hospitalarios.
- **SOLICITANTE DO SERVIZO:** persoal facultativo de atención hospitalaria e traballadores sociais.
- **COBERTURA DO SERVIZO:** en toda Galicia.



13

ANEXOS

A.2 RECURSOS

DISPONIBLES PARA O ESTABLECIMENTO DO PLAN INDIVIDUALIZADO DE ATENCIÓN INTEGRAL

**HOSPITAL DE DÍA**

- **OBXECTIVO:** prestar unha atención ás/aos pacientes adecuada á súa situación clínica.
- **DESCRIBIÓN DO SERVIZO:** asistencia no hospital durante unhas horas, xa sexa para diagnósticos e/ou exploracións múltiples, así como para tratamentos que non poden facerse na consulta externa, pero que non xustifican un ingreso hospitalario. Son unidades asistenciais onde, baixo a supervisión ou indicación dunha/dun médica/o de atención hospitalaria, se levan a cabo tratamentos e/ou coidados que requiren unha atención continuada médica ou de enfermería durante unhas horas.
- **SOLICITANTE DO SERVIZO:** persoal facultativo de atención hospitalaria.
- **COBERTURA DO SERVIZO:** segundo a especialidade médica e a área sanitaria.

**HOSPITALIZACIÓN A DOMICILIO - HADO**

- **OBXECTIVOS:** conseguir que a asistencia se efectúe no lugar máis adecuado, que sexa máis humanizada e integral, potenciando a autonomía funcional, os autocoidados e a independencia sociofamiliar e colaborar con atención primaria na atención paliativa das persoas con enfermidade crónica avanzada e media ou alta complexidade que se atopen no domicilio, dentro dun modelo de atención integrada.
- **DESCRIBIÓN:** caracterízase por proporcionar coidados sanitarios máis intensos e/ou complexos que os proporcionados habitualmente por atención primaria. Depende estruturalmente dos hospitais, préstase por profesionais formados para tal fin e engloba á súa vez diversos esquemas asistenciais en función das características dos coidados, duración destes e obxectivo perseguido.



13

ANEXOS

A.2 RECURSOS

DISPONIBLES PARA O
ESTABLECIMENTO DO
PLAN INDIVIDUALIZADO
DE ATENCIÓN INTEGRAL

- **COBERTURA:** aproximadamente o 65% da poboación galega.
- **SOLICITANTE:** persoal facultativo de atención primaria e atención hospitalaria.

▶ ATENCIÓN ESPECIALIZADA EN COIDADOS PALIATIVOS

- **OBXECTIVO:** garantir a atención integral e integrada a todas as persoas con enfermidade avanzada e expectativa de vida limitada, procurando a mellor calidade de vida posible e dando resposta idónea ás súas necesidades e ás da súa contorna afectiva e de coidado, independentemente do lugar onde vivan.
- **DESCRIPCIÓN DO SERVIZO:** os criterios propostos polo Ministerio de Sanidade para a identificación das/dos pacientes con enfermidade en fase avanzada e terminal son: enfermidade incurable, avanzada e progresiva, pronóstico de vida limitado, escasa posibilidade de resposta a tratamentos específicos, evolución oscilante con frecuentes crises de necesidades na área física, psicosocial e espiritual, intenso impacto emocional e familiar, repercusións sobre a estrutura coidadora, alta demanda e uso de recursos.
- **SOLICITANTES DO SERVIZO:** persoal facultativo de atención primaria e atención hospitalaria.
- **COBERTURA DO SERVIZO:** toda Galicia.

▶ TELESEGUIMIENTO DE PACIENTES CRÓNICOS A TRAVÉS DA PLATAFORMA TECNOLÓXICA TELEA

- **OBXECTIVOS:** alcanzar unha atención máis proactiva cara ás/aos pacientes. Mellorar a capacidade resolutiva de atención primaria. Facilitar a permanencia da/do paciente no seu domicilio/contorna. Mellorar a calidade da atención ás/aos pacientes con patoloxías crónicas. Conseguir un maior compromiso das/dos pacientes coa súa saúde. Previr o agravamento/descompensación de patoloxías crónicas. Incrementar a satisfacción das/dos pacientes e das/dos

**13**

ANEXOS

A.2 RECURSOS

DISPONIBLES PARA O
ESTABLECIMENTO DO
PLAN INDIVIDUALIZADO
DE ATENCIÓN INTEGRAL

profesionais. Fomentar o traballo en equipo das/dos profesionais de atención primaria.

- **IMPLANTACIÓN:** piloto en atención hospitalaria durante o ano 2016 e 2017 no Hospital Universitario Lucus Augusti (perfil de pacientes con insuficiencia cardíaca descompensada). Piloto en atención primaria entre abril e xuño de 2017 no Servizo de Atención Primaria de Santa Comba-Mazaricos da Área Sanitaria de Santiago de Compostela. No ano 2020 estará dispoñible para toda Galicia.
- **DESCRIPCIÓN DO SERVIZO:** seguimento teleasistido de pacientes crónicos a través da plataforma tecnolóxica TELEA, que o Servizo Galego de Saúde pon á súa disposición a través da web, para mellorar a calidade do seguimento das súas enfermidades crónicas. A implantación deste modelo de atención a través da plataforma TELEA, que está integrada cos sistemas de información corporativos, permite realizar un seguimento continuo da situación clínica da/do paciente e adiantarse a posibles episodios de agravamento da enfermidade. A/o paciente inclúe unha serie de biomedidas na aplicación informática e/ou dá resposta a cuestionarios clínicos/escalas de saúde. Esta información intégrase directamente na historia clínica electrónica, para ser valorada polos profesionais sanitarios, que poden comunicarse, se é necesario, coa/co paciente, mediante chamada telefónica, videochamada ou de forma presencial e así desenvolver as actuacións encamiñadas a restaurar a normalidade e previr recaídas ou reagudizacións.
- **SOLICITANTE DO SERVIZO:** profesionais sanitarios de atención primaria e atención hospitalaria.



13

ANEXOS

A.2 RECURSOS

DISPONIBLES PARA O
ESTABLECIMENTO DO
PLAN INDIVIDUALIZADO
DE ATENCIÓN INTEGRAL **SERVIZO "OLLO COS OLLOS"**

- **OBXECTIVO:** establecer os mecanismos necesarios en materia de prevención dos problemas de visión e promoción da saúde visual, dirixidos a todos os usuarios do Servizo Galego de Saúde maiores de 6 anos. Promover a valoración da agudeza visual e favorecer o diagnóstico precoz de posibles complicacións derivadas de patoloxías crónicas, mellorando a efectividade asistencial e a capacidade de xestión.
- **DESCRIPCIÓN DO SERVIZO:** circuíto de derivación de pacientes maiores de 6 anos desde as/os médicas/os de familia e pediatras de atención primaria aos centros ópticos acreditados polo Servizo Galego de Saúde para valoración visual. A través dun Convenio de colaboración entre a Consellería de Sanidade, o Servizo Galego de Saúde e a VI Delegación Rexional de Colexio de Ópticos-Optometristas de Galicia, para o desenvolvemento dun programa de prevención dos problemas visuais.
- **SOLICITANTE DO SERVIZO:** médica/o de atención primaria e pediatra.
- **COBERTURA DO SERVIZO:** toda Galicia.

PROGRAMA CONECTA 72

- **OBXECTIVO:** mellorar a continuidade de coidados das/dos pacientes tras a alta hospitalaria mediante o sistema de interacción non presencial, a través do uso das tecnoloxías da información e a comunicación.
- **DESCRIPCIÓN DO PROGRAMA:** o profesional de enfermería de atención primaria efectúa unha chamada telefónica (consulta) ás/aos pacientes que foron dados de alta hospitalaria nas 72 horas previas, co obxectivo de resolver as necesidades e inquietudes que teñan. Conecta 72 sincroniza informaticamente todas as altas hospitalarias coas axendas de citación de enfermería de atención primaria, e

**13**

ANEXOS

A.2 RECURSOS

DISPONIBLES PARA O
ESTABLECIMENTO DO
PLAN INDIVIDUALIZADO
DE ATENCIÓN INTEGRAL

proporciona un listado, a modo informativo, nas listas de traballo das/os médicas/os de atención primaria. Tras a valoración por parte do profesional de enfermería dos informes de alta médica e de continuidade de coidados, realiza unha consulta telefónica á/ao paciente, dirixida a resolver aquelas necesidades relacionadas coa súa recente alta (conciliación de medicación, citas, curas, etc...).

- **SOLICITANTE DO PROGRAMA:** automático.
- **COBERTURA DO SERVIZO:** en toda Galicia.

▶ APOIO DE SERVIZOS SOCIAIS A DOMICILIO PARA ACTIVIDADES SANITARIAS

- **OBXECTIVO:** mellorar a atención sanitaria das/dos pacientes nos seus propios domicilios.
- **SOLICITANTE DO PROGRAMA:** o persoal facultativo a través do profesional de traballo social do centro.
- **DESCRIPCIÓN DO SERVIZO:** as/os profesionais de axuda a domicilio realizarán actividades de apoio á asistencia sanitaria, como é o control da adhesión da/do paciente á medicación prescrita, a identificación precoz de complicacións e outras actividades similares.
- **COBERTURA DO SERVIZO:** depende de cada sitio.
- **OBXECTIVO:** mellorar a calidade asistencial e garantir a prestación farmacéutica dos usuarios residentes nos centros sociosanitarios, mediante a realización dunha revisión da medicación e un seguimento farmacoterapéutico individualizado baixo a responsabilidade dunha/dun farmacéutica/o dos centros asistenciais do Servizo Galego de Saúde.

 13

ANEXOS

A.2 RECURSOS

DISPONIBLES PARA O
ESTABLECIMENTO DO
PLAN INDIVIDUALIZADO
DE ATENCIÓN INTEGRAL **PROGRAMA DE ATENCIÓN FARMACÉUTICA A PACIENTES INGRESADOS EN RESIDENCIAS SOCIOSANITARIAS**

- **DESCRICIÓN DO PROGRAMA:** ao ingresar a/o paciente na residencia a/o farmacéutica/o realiza unha revisión da súa medicación (incluída a conciliación), e realiza unha proposta de intervención á/ao médica/o responsable, quen adecuará o tratamento da/do paciente se o considera necesario e, coa colaboración da/o farmacéutica/o, adaptará os medicamentos á guía farmacoterapéutica correspondente. Desde o servizo de farmacia hospitalario de referencia proporcionanse os medicamentos e produtos sanitarios financiados que precisen os residentes. Así mesmo a/o farmacéutica/o realiza un seguimento farmacoterapéutico continuo da/do paciente.

- **COBERTURA DO PROGRAMA:** no primeiro semestre do ano 2018 a cobertura do programa era do 53,60% do conxunto das prazas de residencias sociosanitarias dispoñibles en Galicia (independentemente de se son públicas ou privadas).



13

ANEXOS

A.2 RECURSOS

DISPONIBLES PARA O
ESTABLECIMENTO DO
PLAN INDIVIDUALIZADO
DE ATENCIÓN INTEGRAL

2.3. Programas para as e os profesionais que atenden a persoas en situación de cronicidade

Co fin de mellorar a atención ás/aos pacientes en situación de cronicidade póñense ao servizo das/dos profesionais unha serie de servizos e ferramentas como son:

PROGRAMA ÚLCERAS FÓRA

- **OBXECTIVO:** mellorar a calidade de vida, diminuíndo a incidencia e repercusión das úlceras nas/nos pacientes con deterioro da integridade cutánea e tisular, reducir a variabilidade clínica e xestionar o consumo racional de produtos de prevención e tratamento das úlceras/feridas.
- **DESCRIPCIÓN DO PROGRAMA:** posta a disposición das e dos profesionais as instrucións e guías prácticas para o tratamento de feridas dentro do Servizo Galego de Saúde, catálogo de apósitos, formación innovadora (xogos, vídeos), procedementos de curas e prevención de úlceras por presión, etc... incluídas nun portal na web do Sergas.
- **COBERTURA DO PROGRAMA:** todos os profesionais do Servizo Galego de Saúde.

PROGRAMA DE MELLORA DA CALIDADE NA ATENCIÓN ÁS/AOS PACIENTES CRÓNICOS E POLIMEDICADOS

- **OBXECTIVO:** mellorar a calidade asistencial e a prestación farmacéutica das/dos pacientes crónicos polimedicados, mediante a detección e resolución de problemas relacionados co uso de medicamentos (revisión sistemática da medicación), mellora do cumprimento terapéutico das/dos pacientes crónicos polimedicados (información adecuada sobre a farmacoterapia, incluíndo a importancia da adherencia ao tratamento e o adestramento no uso dos medicamentos) e mellora do coñecemento das/dos pacientes respecto do uso e as indicacións dos medicamentos (educación sanitaria individual e colectiva).



13

ANEXOS

A.2 RECURSOS

DISPONIBLES PARA O
ESTABLECIMENTO DO
PLAN INDIVIDUALIZADO
DE ATENCIÓN INTEGRAL

- **DESCRIPCIÓN DO PROGRAMA:** identifícase a poboación diana que toma seis ou máis medicamentos de forma crónica e pola súa fragilidade. Realízanse "informes de pacientes polimedicados" para cada farmacéutica/o de atención primaria que son enviados a través das áreas sanitarias. A/O farmacéutica/o leva a cabo unha revisión da medicación da/do paciente, abre un episodio en IANUS para indicar que a/o paciente entra no programa e realiza unha proposta de intervención á/ao médica/o e ao persoal de enfermería, que se envía ou xestiona persoalmente ou a través de listas de traballo. A/O médica/o realiza a revisión clínica da medicación e valora as propostas de intervención realizadas pola/o farmacéutica/o de atención primaria ou o enfermeira/o. O persoal de enfermería revisa os aspectos relacionados co comportamento da/do paciente no manexo da medicación e proporciona a información necesaria.
- **COBERTURA DO PROGRAMA:** atención primaria e programado para a súa ampliación a atención hospitalaria.

PROGRAMA DE CONCILIACIÓN DA MEDICACIÓN DA/DO PACIENTE AO INGRESO E Á ALTA HOSPITALARIA

- **OBXECTIVO:** mellorar a calidade asistencial e a seguridade das/dos pacientes, e garantir a continuidade dun seguimento farmacoterapéutico nas transicións asistenciais hospitalarias.
- **DESCRIPCIÓN DO PROGRAMA:** ao ingresar a/o paciente no hospital a/o farmacéutica/o realiza unha revisión da medicación da/do paciente e compárase a medicación habitual coa prescrita despois desta transición asistencial, coa finalidade de analizar se existen discrepancias e resolver as detectadas. As diferenzas atopadas coméntanse e analízanse co prescriptor para valorar a súa xustificación e, se se require, a súa posible corrección. Os cambios realizados actualízanse na historia clínica e comunícanse adecuadamente á/ao facultativa/o responsable da/do paciente e ao propio paciente.
- **COBERTURA DO PROGRAMA:** programado para a súa ampliación a toda a atención hospitalaria.

**13**

ANEXOS

A.2 RECURSOS

DISPONIBLES PARA O
ESTABLECIMENTO DO
PLAN INDIVIDUALIZADO
DE ATENCIÓN INTEGRAL**PROCESOS ASISTENCIAIS INTEGRADOS**

- **OBXECTIVO:** mellorar a calidade da atención, diminuír a variabilidade e mellorar a equidade.
- **DESCRIPCIÓN DO PROGRAMA:** guías asistenciais que orientan aos profesionais sobre as actuacións sanitarias a realizar nas/nos pacientes con determinadas enfermidades crónicas. Están elaborados por grupos multidisciplinares de profesionais. Os procesos de ámbito autonómico elaborados ata o momento relacionados coa atención ás/aos pacientes en situación de cronicidade son:

- Proceso asistencial integrado de enfermidade pulmonar obstrutiva crónica
- Proceso asistencial integrado de diabetes mellitus tipo 2
- Proceso asistencial integrado de cancro de próstata
- Proceso asistencial integrado de cancro de mama
- Proceso asistencial integrado de cancro de cérvix
- Proceso asistencial integrado de cancro de pulmón
- Proceso asistencial integrado de fibromialxia
- Proceso asistencial integrado da esclerose lateral amiotrófica

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

**SERVIZO DE FORMACIÓN PARA PROFESIONAIS SANITARIOS**

- **OBXECTIVO:** aumentar a competencia profesional para mellorar a atención ás/aos pacientes con enfermidade crónica.
- **DESCRIPCIÓN DO PROGRAMA:** oferta formativa en distintos formatos (presencial, on-line) sobre diversas patoloxías e para diferentes categorías profesionais.
- **ACCESO AO SERVIZO:** o profesional a través da Axencia de Coñecemento en Saúde (ACIS).
- **COBERTURA DO SERVIZO:** toda Galicia.



13

ANEXOS

A.2 RECURSOS

DISPONIBLES PARA O
ESTABLECIMENTO DO
PLAN INDIVIDUALIZADO
DE ATENCIÓN INTEGRAL

2.4. Ferramentas TIC para as/os profesionais que atenden ás persoas en situación de cronicidade

HISTORIA CLÍNICA ELECTRÓNICA - IANUS

- **OBXECTIVO:** mellorar a atención sanitaria ao dispoñer de toda a información clínica de forma ordenada e no momento preciso.
- **DESCRIPCIÓN DO SERVIZO:** as e os profesionais acceden a toda a información clínica da/do paciente a través dunha plataforma informática que, á súa vez, lles permite escribir o seguimento clínico e solicitar determinadas probas clínicas.
- **ACCESO Á FERRAMENTA:** profesionais sanitarios autorizados do Servizo Galego de Saúde.
- **COBERTURA:** toda Galicia.

E-INTERCONSULTA

- **OBXECTIVO:** apoiar a toma de decisións do profesional responsable da/do paciente por parte dos servizos de ámbito hospitalario.
- **DESCRIPCIÓN:** trátase dunha solución informática que permite a comunicación entre profesionais a través dun sistema corporativo, salvaguardando todos os aspectos de confidencialidade dos datos da/do paciente. O profesional de atención primaria realiza unha consulta ao de atención hospitalaria, quen contesta á cuestión formulada. Todo iso se recolle no sistema de rexistro da actividade das e dos profesionais.
- **ACCESO Á FERRAMENTA:** profesionais sanitarios de atención primaria e hospitalaria.
- **COBERTURA:** na actualidade está dispoñible para algunhas especialidades en todas as áreas sanitarias e en expansión.

**13**

ANEXOS

A.2 RECURSOS

DISPONIBLES PARA O
ESTABLECIMENTO DO
PLAN INDIVIDUALIZADO
DE ATENCIÓN INTEGRAL**SERVIZO DE APOIO A MELLORA DA PRESCRICIÓN**

- **OBXECTIVO:** mellorar a calidade da prescrición.
- **DESCRICIÓN DO SERVIZO:** elaboración dun informe individualizado de mellora do perfil de prescrición da/o médica/o solicitante, con base nos indicadores estándar do Acordo de Xestión e noutra información relevante máis específica.
- **ACCESO Á FERRAMENTA:** calquera profesional sanitario.
- **COBERTURA:** todo o Servizo Galego de Saúde.

**SERVIZO DE CONSULTA SOBRE INFORMACIÓN FARMACOTERAPÉUTICA E PRESCRICIÓN ELECTRÓNICA**

- **OBXECTIVO:** mellorar a calidade da prescrición.
- **DESCRICIÓN DO SERVIZO:** resolución de consultas farmacoterapéuticas ou consultas relacionadas coa prescrición de receita electrónica, indicadores de calidade, desabastecementos de medicamentos, solicitude de listados de pacientes tratados con determinados medicamentos, dúbidas sobre a prestación farmacéutica de pacientes e financiamento de produtos, cambios de códigos nacionais, alternativas eficientes, solicitudes de inclusión de formulas maxistrais.
- **ACCESO Á FERRAMENTA:** calquera profesional sanitario.
- **COBERTURA:** todo o Servizo Galego de Saúde.

**13**

ANEXOS

A.2 RECURSOS

DISPONIBLES PARA O ESTABLECIMENTO DO PLAN INDIVIDUALIZADO DE ATENCIÓN INTEGRAL

SERVIZO DE ALTERNATIVAS TERAPÉUTICAS EFICIENTES NA PRESCRICIÓN

- **OBXECTIVO:** mellorar a calidade e eficiencia da prescrición.
- **DESCRICIÓN DO PROGRAMA:**ponse a disposición do persoal facultativo unha ferramenta baseada en sinalar con distinta cor as diferentes alternativas terapéuticas, de tal xeito que se permite coñecer a eficiencia da súa prescrición dentro de grupos terapéuticos de amplo consumo. O persoal facultativo conta así mesmo con "Informes de alternativas máis eficientes", de acceso sinxelo desde IANUS, que explican e achegan a evidencia científica dispoñible para facilitar a toma de decisións. Esta información móstrase tanto nas prescricións xa feitas nunha/nun paciente, como naquelas que a/o médica/o vaia facer novas, constituíndo parte do sistema de prescrición electrónica asistida de IANUS.
- **ACCESO Á FERRAMENTA:** calquera profesional sanitario.
- **COBERTURA:** todo o Servizo Galego de Saúde.

SERVIZO DE ALERTAS CLÍNICAS

- **OBXECTIVO:** diminuír o tempo de actuación desde a identificación dunha alteración nunha proba diagnóstica e a intervención terapéutica, para mellorar os resultados na/no paciente.
- **DESCRICIÓN DO SERVIZO:** sistema para alertar ás/aos profesionais dos resultados dos seus pacientes nos que exista un dato clínico de relevancia ou nos que se requira unha actuación inmediata. Plataforma informática (ALERTAS) que permite definir alertas e tomar decisións.
- **COBERTURA DO SERVIZO:** 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 racional. *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 polypathological 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-Nevaldo 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. 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](https://doi.org/10.1136/bmj.h6817).
- World Health Organization (WHO). Innovative care for chronic conditions. Building blocks for action: global report. World Health Organization; 2002.

