

***Indicadores y criterios
para la evaluación de la
Estrategia para el
Abordaje de la
Cronicidad (EAC) en el
Sistema Nacional de
Salud.***

JUNIO
2018

Contenido

INTRODUCCIÓN	3
INDICADORES Y CRITERIOS	5
Línea Estratégica 1 - Promoción de la salud	5
Línea Estratégica 2 – Prevención de las condiciones de salud y limitaciones en la actividad de carácter crónico	5
Línea Estratégica 3 – Continuidad Asistencial	6
Línea Estratégica 4 - Reorientación de la atención sanitaria.....	7
Línea Estratégica 5 - Equidad en salud e igualdad de trato	7
Línea Estratégica 6 – investigación e innovación	8
ANEXO 1 – FICHA TÉCNICA DE LOS INDICADORES.....	10
ANEXO 2 – ENCUESTAS A CCAA SOBRE CRITERIOS CUALITATIVOS DE EVALUACIÓN DE LA EAC.	21

INTRODUCCIÓN

La Estrategia de Abordaje a la Cronicidad en el SNS (EAC) fue aprobada por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud (fecha) sin contener, en aquél momento, la concreción del sistema a utilizar para su evaluación. El presente documento tiene por objeto definir los indicadores y criterios que resulten de utilidad para valorar la evolución e implementación de los objetivos y recomendaciones de la Estrategia.

A pesar del interés y relevancia para esta estrategia, la visión global de la atención a la cronicidad contenida en la Estrategia, en gran parte centrada en aspectos organizativos, dificulta monitorizar indicadores relacionados con aspectos de coordinación, continuidad asistencial, cuidados integrales centrados en el paciente, etc.

Por ello, además de valorar la implantación de algunos de estos aspectos, se proponen indicadores que puedan aportar información sobre la disponibilidad de ciertos recursos, así como del proceso asistencial, principalmente.

Señalar que los aspectos relativos a los objetivos de promoción y prevención no se incluyen en este documento, pues son objeto de evaluación específica en la “Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención en el SNS”, disponible en:

<http://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/Estrategia/estrategiaPromocionYPrevencion.htm>

Para la selección de los indicadores se ha tenido en cuenta el documento de “Propuesta de indicadores para evaluar la atención a la cronicidad en el marco de la Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad en el Sistema Nacional de Salud” (http://www.msps.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/Informe_indicador_es_Cronicidad_120516.pdf)

También se ha utilizado como criterio, la factibilidad de obtención de cada uno de ellos en función de la disponibilidad de fuentes. Por tanto, algunos indicadores tendrán como fuentes de datos los sistemas de información comunes del SNS.

A los indicadores se añade otra información, o criterios de tipo cualitativo, que será recopilada mediante cuestionarios¹, acordados para su cumplimentación por las comunidades autónomas, incluyendo enlaces a documentación pública existente en cada Comunidad.

Puntualizar que, salvo que se trate de una determinada enfermedad crónica o que se indique lo contrario en el indicador concreto, se consideran “pacientes con enfermedades crónicas” a aquellas personas que padecen alguna de las patologías tipificadas como crónicas y recogidas en 18 grandes agrupaciones de patologías crónicas priorizadas², en

¹ Ver descripción en anexo 2 de “Encuestas a las CCAA sobre criterios cualitativos”

² Ver descripción en anexo 1 de “Fichas técnicas de los indicadores”



base al proyecto de estratificación de la población por Grupos de Morbilidad Ajustada (GMA)(http://www.msps.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/informeEstratificacionGMA/SNS_2014-2016.pdf)

Por último, con el objetivo de compartir conocimientos y experiencias, se incluye un apartado de documentación sobre las posibles Estrategias/Programas/Planes publicados por las CCAA sobre la Cronicidad en su territorio. Asimismo, y si los tiene, se solicitarán los indicadores que estén utilizando para su evaluación.

Este documento se envió al C. Institucional y Técnico de la EAC, para sus aportaciones y sugerencias, y fue debatido en reuniones presenciales y por video-conferencia con los representantes autonómicos del citado Comité Institucional, siendo finalmente aprobado en la reunión del 21 de junio de 2018.

INDICADORES Y CRITERIOS

Se enumeran a continuación los indicadores y criterios, ordenados según las líneas estratégicas y objetivos definidos en la EAC.

Línea estratégica de Promoción de la salud

Objetivo 1: Favorecer el enfoque intersectorial en la promoción de la salud a través del principio “Salud en Todas las Políticas”.

Objetivo 2: Facilitar la participación social en la priorización, desarrollo, seguimiento y evaluación de las políticas sanitarias relativas al abordaje de la cronicidad.

Objetivo 3: Impulsar y reforzar la capacitación de las personas y de la comunidad para promover la autonomía, el autocuidado y los estilos de vida saludables.

Tal como se ha adelantado en la introducción, la principal vía para evaluar estos objetivos será la evaluación de la Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención en el SNS. No obstante se plantea el siguiente informe adicional al Objetivo 3:

Se elaborará un informe sobre los instrumentos de capacitación de las personas desarrollados en el Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social (MSCBS), (Web de Red de Escuelas de Salud para Ciudadanos y Web de estilos de vida saludable.)

Línea estratégica de Prevención de las condiciones de salud y limitaciones en la actividad de carácter crónico

Objetivo 4: Disminuir la prevalencia de los factores de riesgo que determinan la aparición o evolución de las condiciones de salud y limitaciones en la actividad de carácter crónico: tabaquismo, consumo nocivo de alcohol, inactividad física, alimentación no saludable y otros.

Objetivo 5: Disminuir las lesiones y accidentes como causantes de condiciones de salud y limitaciones en la actividad de carácter crónico.

Objetivo 6: Detectar, diagnosticar y tratar precozmente las condiciones de salud y limitaciones de la actividad de carácter crónico.

Objetivo 7: Prevenir, en los pacientes con condiciones de salud crónicas, la pérdida funcional, las complicaciones asociadas a su enfermedad y la aparición de nuevas enfermedades.

Al igual que la línea estratégica anterior, la evaluación de la Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención en el SNS será la fuente principal de valoración del cumplimiento de estos objetivos. Es especial, los indicadores de proceso y estructurales de los apartados de *actuación en atención primaria (AP), ámbito local y capacitación de profesionales*.

<http://www.mssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/Estrategia/estrategiaPromocionYPrevencion.htm>; <http://localizasalud.mssi.es/maparecursos/main/Menu.action>

Línea estratégica de Continuidad asistencial:

Objetivo 8: Garantizar la atención a las personas en el sistema y ámbito más adecuado y por los profesionales que mejor puedan dar respuesta a sus necesidades, fomentando el trabajo en equipos interdisciplinares y definiendo, de forma flexible y polivalente, las competencias y responsabilidades de todos los profesionales implicados en el abordaje de la cronicidad.

Indicador nº 1	Prevalencia de pacientes con enfermedades crónicas registrada en AP
Indicador nº 2	Hospitalización potencialmente evitable por enfermedades crónicas (15-39; 40-64; 65 y más años)
En este caso se elaborará el indicador compuesto de las patologías crónicas seleccionadas siguiendo los criterios internacionalmente establecidos que se recogen en la ficha técnica.	
Indicador nº 3	Hospitalización potencialmente evitable por complicaciones a corto plazo de la diabetes mellitus (en población infantil)
Indicador nº 4	Hospitalización potencialmente evitable por asma (en población infantil)
Indicador nº 5	Porcentaje de estancias hospitalarias por enfermedades crónicas (0-14; 15-39; 40-64; 65 y más años)
Se refiere al peso relativo de las estancias hospitalarias generadas por este tipo de problemas respecto de las estancias totales, como aproximación a la carga de morbilidad hospitalaria generada por estas enfermedades.	
Indicador nº 6	Estancia media por enfermedades crónicas (0-14; 15-39; 40-64; 65 y más años)
Indicador nº 7	Porcentaje de reingresos de pacientes al alta por enfermedades crónicas (0-14; 15-39; 40-64; 65 y más años).
Criterio nº 8	Acceso a pruebas diagnósticas por AP
Se trata de información descriptiva para valorar el grado de dispersión en el acceso por los profesionales a solicitar dichas pruebas.	
Indicador nº 9	Porcentaje de personas distintas, de 65 y más años, atendidas en domicilio por AP
Indicador nº 10	Media de visitas domiciliarias a personas de 65 y más años, realizadas por Atención Primaria (medicina de familia y enfermería)
Las actividades relacionadas con cuidados paliativos se recogen en la evaluación de la Estrategia de cuidados paliativos, y por tanto no se reflejan en esta propuesta de indicadores	
Indicador nº 11	Nº de plazas de fisioterapeutas/ terapeutas ocupacionales en AP
Se recogerá información adicional descriptiva de la organización de recursos para la provisión del servicio de fisioterapia básica disponibles desde AP ³ .	
Indicador nº 12	Ratio medio de personas asignadas a profesionales de AP
Indicador nº 13	Personas (de 70 y más años) con registro de valoración funcional (escalas), por mil personas asignadas a AP
Indicador nº 14	Personas (de 70 y más años) con registro de valoración social por el test de Gijón, por mil personas asignadas a AP

Estos indicadores se obtendrán de fuentes basadas en sistemas de información comunes del SNS⁴

³ Ver descripción en anexo 2 de “Encuestas a las CCAA sobre criterios cualitativos”

⁴ Ver descripción en anexo 1 de “Fichas técnicas de los indicadores”

Objetivo 9: Garantizar la continuidad de los cuidados en la atención sanitaria, evitando la duplicidad de intervenciones y facilitando la transición entre niveles asistenciales.

Criterio nº 15	Avances en el uso compartido de la H. clínica entre los distintos niveles asistenciales y comunicación de información entre ámbitos asistenciales
-----------------------	--

Ver Anexo 2 de “Encuestas a las CCAA sobre criterios cualitativos”

Objetivo 10: Garantizar la atención continuada de las personas cuyas condiciones de salud y limitaciones en la actividad de carácter crónico requieran atención sanitaria y social, impulsando la integración asistencial a nivel estructural y organizativo.

Contribuyen a medir este objetivo 10 el **Indicador 14** (valoración social) y el **Criterio 15** (Uso compartido de H. clínica).

Línea estratégica de Reorientación de la atención sanitaria:

Objetivo 11: Identificar en cada paciente su nivel de necesidad y facilitar la provisión de intervenciones específicas adecuadas a cada necesidad.

Para la evaluación de este objetivo se elaborará un informe sobre las actuaciones e información de los resultados del Proyecto de Estratificación de la Población en el SNS, desarrollado según el plan de implementación de la Estrategia.

También contribuyen a medir este objetivo 11 el **indicador nº 13** (valoración funcional) y el **criterio nº 15** (Uso compartido de H. clínica).

Objetivo 12: Garantizar intervenciones sanitarias efectivas, seguras, eficientes, sostenibles y proporcionadas, basadas en la mejor evidencia científica disponible.

Referenciar la Estrategia de seguridad del Paciente y la Estrategia de cuidados paliativos.

También contribuyen a medir este objetivo 12 el **criterio nº 15** (Uso compartido de H. clínica) y los **indicadores nº 16 y 17** (polimedicados).

Objetivo 13: Optimizar la terapia farmacológica en los pacientes con tratamientos crónicos, con especial atención a los pacientes polimedicados.

Indicador nº 16 y nº 17	% de Pacientes polimedicados y % de pacientes grandes polimedicados registrados en AP
--------------------------------	--

Polimedicados consumo de 6 a 9 fármacos, y grandes polimedicados consumo de 10 o más fármacos, durante 6 meses (ver descripción en anexo 1 de “Fichas técnica de los indicadores”). La disponibilidad de datos de BDCAP puede no ser inmediata, dependiendo de la implementación de herramientas de tratamiento y análisis de los datos. Su desagregación por CCAA estará en función de la cobertura de datos por dichas comunidades.

Línea estratégica de Equidad en salud e igualdad de trato:

Objetivo 14: Disminuir las desigualdades en salud desde un enfoque de determinantes sociales de los problemas de salud crónicos, con especial énfasis en las desigualdades de género.

Objetivo 15: Mejorar el acceso (disponibilidad, accesibilidad y aceptabilidad) a los sistemas sanitarios y sociales y optimizar los procesos de atención a fin de que se consigan resultados equitativos en los diferentes grupos sociales.

Objetivo 16: Eliminar cualquier tipo de discriminación o trato desigual a personas por el hecho de presentar cualquier enfermedad o problema de salud, trastorno en el desarrollo, discapacidad o dependencia.

El análisis de desigualdades en salud ha de permitir enfocar mejor y reestructurar, en la medida de lo posible, las actuaciones sanitarias, si se necesita.

Para ello, los indicadores se desagregarán, de entrada, por sexo y, territorialmente, por comunidades autónomas. Señalar la existencia de otro tipo de desagregaciones contenidas en algunos sistemas de información, en relación con otros enfoques como el nivel de renta, la ruralidad, la situación laboral o el país de nacimiento⁵. No obstante, deberán analizarse la utilidad de estas desagregaciones para la toma de decisiones sanitarias.

Además nos referiremos a la Estrategia Nacional de equidad en Salud del 2010 (<http://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/desigualdadSalud/EstrategiaNacEquidadSalud.htm>)

También contribuyen a medir los objetivos 14-16 el **Indicador 14** (valoración social) y el **Criterio nº 15** (comunicación de información entre ámbitos asistenciales).

Línea estratégica de investigación e innovación:

Objetivo 17: Promover la investigación integral en salud que permita profundizar en el conocimiento de los mecanismos que influyen en la génesis de las condiciones de salud y limitaciones en la actividad de carácter crónico, con el objetivo de establecer las estrategias de intervención más efectivas para su abordaje.

Objetivo 18: Promover la innovación tecnológica, su evaluación y su utilización práctica, racional y basada en la evidencia, para soporte de los procesos de abordaje de la cronicidad desde las necesidades de los ciudadanos, los profesionales y las organizaciones sanitarias.

Objetivo 19: Promover la innovación en servicios y modelos organizativos que facilite los cambios en el modelo de prestación de servicios en salud y sociales relacionados con la cronicidad.

Objetivo 20: Promover la innovación en el proceso de evaluación, planificación y provisión de servicios con el fin de garantizar la equidad, eficiencia y sostenibilidad de la atención a los pacientes con condiciones de salud crónicas.

⁵ Ver descripción en anexo 1 de "Fichas técnica de los indicadores".

Para la evaluación de esta línea estratégica, se analizarán los proyectos y resultados de investigación/innovación relativos a la atención a los pacientes con enfermedades crónicas que dependen de convocatorias de organismos estatales e internacionales, y que tengan como principal componente la implementación asistencial (es decir investigación aplicada a modelos asistenciales excluyendo proyectos de investigación básica).

Para ello se realizará encuesta sobre la siguiente propuesta de indicadores, a los departamentos y organismos de la AGE implicados en indicadores de investigación/innovación en el área de la salud⁶.

Indicador nº 18	Número de proyectos/actuaciones/ayudas de investigación e innovación concedidas, con participación española, de convocatorias públicas estatales y europeas, con información del importe concedido, sobre cronicidad y por modelado de tópicos.
Indicador nº 19	Número de publicaciones de investigadores españoles (centros de investigación en España) en revistas de impacto nacionales/internacionales sobre cronicidad y por modelado de tópicos.
Indicador nº 20	Número de patentes con participación española (solicitudes y patentes licenciadas) nacionales/internacionales sobre cronicidad.

No se incluirá información de proyectos dependientes de financiación autonómica.

⁶ Uno de estos organismos es la Fundación Española para la Ciencia y la Tecnología (FECYT), fundación pública dependiente del Ministerio de Economía, Industria y Competitividad. Actualmente se está iniciando una colaboración entre el MSCBS y la FECYT con objeto de utilizar y explotar las fuentes de información en i+D+i disponibles por la FECYT para recoger los datos relacionados con los indicadores de i+D+i de las Estrategias en Salud del SNS, y de salud en general.

ANEXO 1 – FICHA TÉCNICA DE LOS INDICADORES

A continuación se enumeran los 18 grupos de patologías crónicas priorizadas, en base al proyecto de estratificación de la población por Grupos de Morbilidad Ajustada (GMA)(http://www.msps.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/informeEstratificacionGMASNS_2014-2016.pdf), y sus códigos diagnósticos en CIAP2 y CCS⁷, utilizados para la construcción de algunos de los indicadores cuando proceda referirnos a “pacientes con enfermedades crónicas”:

Asma
Accidente vascular cerebral
Artritis
Artrosis
Cardiopatía Isquémica
Cirrosis
Demencia
Depresión
Diabetes mellitus
Enfermedad pulmonar obstructiva crónica
Hipertensión arterial
insuficiencia cardíaca
insuficiencia renal crónica
Neoplasias malignas
Parkinson
Osteoporosis
VIH-SIDA
Y determinados problemas de Salud Mental de carácter crónico complejo

Códigos CIAP2 (INDICADOR CON FUENTE BDCAP):

A79, B72, B73, B74, B90, D74, D75, D76, D77, D97, F74, H75, K72, K74, K75, K76, K77, K86, K87, K90, K91, L71, L88, L89, L90, L91, L95, N74, N87, P05, P15, P16, P19, P70, P71, P72, P73, P76, P79, P80, P85, P86, P98, P99, R84, R85, R95, R96, S77, T71, T89, T90, U75, U76, U77, U99.01, W72, X75, X76, X77, Y77, Y78

Códigos CCS (INDICADORES CON FUENTE CMBD):

005, 009, 011, 012, 013, 014, 015, 016, 017, 018, 019, 020, 021, 022, 023, 024, 025, 026, 027, 028, 029, 030, 031, 032, 033, 034, 035, 036, 037, 038, 039, 040, 041, 042, 043, 044, 045, 049, 050, 054, 079, 095, 098, 099, 100, 101, 104, 108, 109, 110, 111, 113, 127, 128, 151, 156, 157, 158, 161, 201, 202, 204, 206, 203, 205, 213, 225, 237, 238, 650, 651, 652, 653, 654, 655, 657, 658, 659, 660, 661, 670, 663.

⁷ *Clinical Classification Software (CCS)* desarrollado por “Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ)”

Prevalencia de pacientes con enfermedades crónicas registrada en AP

Fórmula de cálculo: $[a / b] * 100$

a) Número de personas con problemas crónicos de salud registrado en AP

b) Población asignada a atención primaria

Definiciones: El numerado incluye el listado de patologías crónicas priorizadas en base al proyecto de GMA.

Fuente de datos: Base de Datos Clínicos de Atención Primaria (BDCAP). MSCBS

Desagregación: Comunidad autónoma y Zonas básicas de salud

Sexo

Grandes grupos de edad: 0-14 años, 15-39, 40-64 y 65 y más años

Nivel de renta

Situación laboral

Periodicidad: anual

Observaciones: No es posible en BDCAP incluir la cirrosis, ya que no dispone de un código específico en CIAP2.

Hospitalización potencialmente evitable por enfermedades crónicas

Fórmula de cálculo: $[a) / b)] * 10.000$

a) Nº de altas de pacientes de edad ≥ 15 años con diagnóstico principal de alguna de las patologías incluidas

b) Población ≥ 15 años de la comunidad en la que se produce el alta

Definiciones: Se trata de un indicador compuesto, que agrupa los criterios del PQI 92 - Prevention Quality Chronic Composite (Prevention Quality Indicators) de la AHRQ. Incluye las siguientes condiciones crónicas:

PQI 01 - Diabetes, short-term complications admission rate

PQI 03 - Diabetes, long-term complications admission rate

PQI 05 - Chronic obstructive pulmonary disease (COPD) or asthma in older adults admission rate

PQI 07 - Hypertension admission rate

PQI 08 - Heart failure admission rate

PQI 13 - Angina without procedure admission rate (para CIE10ES no estará)

PQI 15 - Asthma in younger adults admission rate

PQI 14 - Uncontrolled diabetes admission rate

PQI 16 - Lower extremity amputations among patients with diabetes admission rate

(Códigos de PQI92:

http://www.qualityindicators.ahrq.gov/Modules/PQI_TechSpec_ICD10_v70.aspx)

Las altas en el numerador que cumplan criterios de más de un indicador, se contabilizarán solo una vez en este indicador compuesto.

Fuente de datos: Registro de altas de hospitalización (CMBD). MSCBS

Desagregación: Sexo

Grandes grupos de edad: 15-39, 40-64, 65 y más

Comunidad autónoma

Periodicidad: anual

Observaciones: Cada uno de los PQI tiene sus definiciones y códigos que se incluyen /excluyen para la construcción de cada indicador. Se trata de indicadores construidos y revisado a nivel internacional. De todas las posibles condiciones crónicas, la AHRQ considera los señalados arriba como susceptibles de monitorización del concepto de hospitalización potencialmente evitable.

Hospitalización potencialmente evitable por complicaciones a corto plazo de la diabetes, en población infantil

Fórmula de cálculo: $[a) / b)] * 10.000$

a) Nº de altas de pacientes de edad entre ≥ 6 y < 15 años con diagnóstico principal de complicaciones a corto plazo de diabetes mellitus.

b) población de edad entre ≥ 6 y < 15 años de la comunidad en la que se produce el alta

Definiciones: El indicador PDI15 incluye las altas por diagnóstico principal de complicaciones a corto plazo de diabetes (cetoacidosis, hiperosmolaridad, coma) en población infantil por 10.000 habitantes.

Códigos diagnósticos definidos para PDI15 disponibles en:
http://www.qualityindicators.ahrq.gov/Modules/PDI_TechSpec_ICD10_v70.aspx

Exclusiones en Numerador: casos de CDM 14 (embarazo, parto y puerperio)

Fuente de datos: Registro de altas de hospitalización (CMBD). MSCBS

Desagregación: Sexo
Comunidad autónoma

Periodicidad: anual

Observaciones:

Hospitalización potencialmente evitable por Asma, en población infantil

Fórmula de cálculo: $[a) / b)] * 10.000$

a) Nº de altas de pacientes de edad entre ≥ 2 y < 15 años con diagnóstico principal de asma.

b) población de edad entre ≥ 2 y < 15 años de la comunidad en la que se produce el alta

Definiciones: Incluye los códigos diagnósticos definidos para PD14 en población infantil por 10.000 habitantes:

http://www.qualityindicators.ahrq.gov/Modules/PDI_TechSpec_ICD10_v70.aspx

Exclusiones en el Numerador: casos de CDM 14: embarazo, parto y puerperio; código diagnóstico de fibrosis quística y anomalías de sistema respiratorio.

Fuente de datos: Registro de altas de hospitalización (CMBD). MSCBS

Desagregación: Sexo
Comunidad autónoma

Periodicidad: anual

Observaciones:

Porcentaje de estancias hospitalarias por enfermedades crónicas

Fórmula de cálculo: $[(a) / b] * 100$

a) Número total de días de estancia por problemas crónicos de salud en un año

b) Número total de días de estancia por cualquier causa en un año

Definiciones: En el numerador se incluyen los códigos correspondientes al listado priorizado de patologías crónicas relevantes que se utiliza en el proyecto de GMA, como diagnóstico principal. Se excluye, tanto del numerador como del denominador, la Categoría Diagnóstica 14 de la CIE9-MC (embarazo, parto y puerperio)

Fuente de datos: Registro de altas de hospitalización (CMBD). MSCBS

Desagregación: Sexo

Comunidad autónoma

Grandes grupos de edad: 0-14; 15-39; 40-64; 65 y más

Periodicidad: anual

Observaciones:

Estancia media por enfermedades crónicas

Fórmula de cálculo: $[a / b]$

a) Número total de días de estancias hospitalarias por problemas crónicos

b) Número total de altas válidas, por problemas crónicos

Definiciones: En el numerador se incluyen los códigos correspondientes al listado priorizado de patologías crónicas relevantes que se utiliza en el proyecto de GMA, como diagnóstico principal. Se excluye, tanto del numerador como del denominador, la Categoría Diagnóstica 14 de la CIE9-MC (embarazo, parto y puerperio)

Fuente de datos: Registro de altas de hospitalización (CMBD). MSCBS

Desagregación: Sexo

Comunidad autónoma

Grandes grupos de edad: 0-14; 15-39; 40-64; 65 y más

Periodicidad: anual

Observaciones:

Porcentaje de reingresos de pacientes al alta por enfermedades crónicas

Fórmula de cálculo: $[a] / b] * 100$

a) número de altas de reingresos en ≤ 30 días por cualquier causa de pacientes crónicos

b) número de altas por problemas crónicos

Definiciones: También referido como "tasa de reingresos", mide la proporción de casos en los que tras el alta el paciente vuelve a ser ingresado en el mismo hospital. Se considera reingreso a todo ingreso inesperado (ingreso urgente) de un paciente, tras un alta previa en el mismo hospital en los treinta días siguientes tras el alta del episodio anterior (episodio índice). Para una serie correspondiente a la totalidad de un año, el cálculo se realiza considerando como casos índice las altas ocurridas en los primeros 11 meses del año, exceptuando aquellas que han sido alta por fallecimiento.

En el denominador se incluyen los códigos correspondientes al listado priorizado de patologías crónicas relevantes que se utiliza en el proyecto de GMA, como diagnóstico principal.

Exclusiones:

Los reingresos en los que el GRD del nuevo ingreso pertenece a la CDM: CDM 21: Lesiones, envenenamientos y efectos tóxicos de fármacos. CDM 22: Quemaduras. CDM 25: Politraumatismos.

En el denominador se excluyen las altas por exitus.

Fuente de datos: Registro de altas de hospitalización (CMBD). MSCBS

Desagregación: Comunidad autónoma

Sexo

Grandes grupos de edad: 0-14 años, 15-39, 40-64 y 65 y más años

Periodicidad: anual

Observaciones:

Acceso a pruebas diagnósticas por AP

Fórmula de cálculo: No procede. Indicador de tipo cualitativo

Definiciones: Descripción de la disponibilidad de acceso por parte de atención primaria a solicitar pruebas diagnósticas realizadas por atención especializada.

Se aportará información sobre un listado de pruebas, tanto de laboratorio como de radiodiagnósticos, como otras pruebas.

Fuente de datos: Información cualitativa recopilada de las comunidades autónomas, en el seno del Grupo de trabajo del SIAP (Sistemas de Información de Atención Primaria)

Desagregación: Por Comunidad Autónoma

Periodicidad: Actualizado a 2017

Observaciones: Dicha actualización se ha llevado a cabo en conexión con la revisión de los procedimientos y parámetros incluidos en la BDCAP.

Porcentaje de personas distintas, de 65 y más años, atendidas en domicilio por AP

Fórmula de cálculo: $[a] / b] * 100$

INDICADOR 10: a) Número de personas distintas, de 65 y más años, visitadas a domicilio por Enfermería, en un año

b) Número de personas de 65 y más años asignadas a enfermería

INDICADOR 10bis: a) Número de personas distintas, de 65 y más años, visitadas a domicilio por Medicina de Familia, en un año

b) Número total de personas de 65 y más años asignadas a medicina de familia

Definiciones: Incluye todas las visitas a domicilio realizadas durante el horario ordinario de funcionamiento de los centros de AP, con independencia de su modalidad ya sea (a demanda, urgente o programada/concertada). Excluye las visitas a domicilio realizadas en horario de atención a urgencias o por dispositivos específicos de urgencias y emergencias.

Se contabilizan únicamente las visitas realizadas en el domicilio recibidas por personas distintas.

Fuente de datos: Sistemas de Información de Atención Primaria (SIAP)- MSCBS

Desagregación: Comunidad autónoma

Sexo

Edad: 65-79; 80 y más años

Periodicidad: Anual

Observaciones:

Media de visitas domiciliarias a personas de 65 y más años por Atención Primaria

Fórmula de cálculo: $[a] / b]$

INDICADOR 11: a) Número total de visitas a domicilio a personas de 65 y más años, realizadas por profesionales de Enfermería de AP, en un año

b) Número de personas de 65 y más años asignadas a atención primaria

INDICADOR 11bis: a) Número total de visitas a domicilio a personas de 65 y más años, realizadas por profesionales de Medicina de Familia, en un año

b) Número de personas de 65 y más años asignadas a atención primaria

Definiciones: Incluye todas las visitas a domicilio realizadas durante el horario ordinario de funcionamiento de los centros de AP, con independencia de su modalidad ya sea (a demanda, urgente o programada/concertada). Excluye las visitas a domicilio realizadas en horario de atención a urgencias o por dispositivos específicos de urgencias y emergencias.

Fuente de datos: Sistemas de Información de Atención Primaria (SIAP)- MSCBS

Desagregación: Comunidad autónoma

Sexo

Edad: 65-79; 80 y más años

Periodicidad: Anual

Observaciones:

Número de plazas de Fisioterapeuta/terapeuta ocupacional en AP

Fórmula de cálculo:

Número de plazas de fisioterapeutas y terapeutas ocupacionales integradas en Atención Primaria.

Definiciones:

Incluye las plazas de fisioterapeutas y terapeutas ocupacionales integradas en la red asistencial de atención primaria, que desarrollan funciones de atención directa.

Se excluyen plazas de Fisioterapeutas propios de los Servicios de Rehabilitación de Atención Especializada.

Fuente de datos: Sistema de Información de Atención Primaria (SIAP). MSCBS

Desagregación: Comunidad autónoma

Periodicidad: anual

Ratio medio de personas asignadas a profesionales de atención primaria.

Fórmula de cálculo: [a] / b]

a): Número de plazas de: medicina de familia, pediatría y enfermería

b): Número de personas asignadas a dichos profesionales

Definiciones: Bajo el término de plaza se incluyen los efectivos o puestos reales asistenciales, que en cada Área de Salud haya respecto a cada tipo de profesional. Incluye las siguientes modalidades: i) Equipo de Atención Primaria (EAP); ii) Asistencia no reformada, bajo las denominaciones de “modelo tradicional”: de cupo, de zona, así como profesionales APD no integrado en EAP. En el caso de pediatría se añade la modalidad de pediatra de área.

Se excluyen a estos efectos: i) Plazas destinadas exclusivamente a la atención de “Urgencias” en ninguna de sus modalidades, ni profesionales de “Refuerzo”, ni ninguna otra situación distinta a las mencionadas (como personal directivo u otros); ii) En enfermería se excluyen las plazas de unidades de apoyo ni auxiliares de enfermería.

Se entiende por Área de Salud aquella circunscripción administrativa que agrupa un conjunto de centros y de profesionales de AP bajo su dependencia organizativa y funcional. Dicha denominación se aplica con independencia de que se trate de una Gerencia específica de AP de Área, o de una Gerencia o Dirección única para primaria y especializada, desde el punto de vista de la estructura de gestión. Son asimilables al término común de Área de Salud, las siguientes denominaciones y organizaciones adoptadas por las CCAA: Distrito y Área de Gestión Clínica (Andalucía); Área sanitaria (Asturias); Sector (Aragón); Región Sanitaria (Cataluña); Departamento de Salud (Comunidad Valenciana); Dirección Asistencial (Madrid); Organización Sanitaria Integrada -OSI- (País Vasco).

Denominador: Incluye la población asignada, bien a medicina de familia bien a pediatría. Para enfermería se utiliza la suma de ambas poblaciones (total asignada a AP).

Fuente de datos: Sistemas de Información de Atención Primaria (SIAP)-MSCBS

Desagregación:

Por Comunidad Autónoma

Por tipo de profesional: enfermería, medicina FyC y pediatría

Periodicidad: Anual

Observaciones:

Personas (de 70 y más años) con registro de valoración funcional (escalas), por mil personas asignadas a AP

Fórmula de cálculo: $[a] / [b] * 1.000$

a): Número de personas de 70 y más años a las que se les ha realizado una escala de valoración funcional, en un año.

b): Número de personas de 70 y más años asignadas a atención primaria

Definiciones: En numerador incluye la constancia en historia clínica de haber realizado cualquiera de las siguientes escalas funcionales-de valoración de la autonomía: Índice de Barthel o Índice de Katz y escala de Lawton y Brody.

Fuente de datos: Base de Datos Clínicos de Atención Primaria (BDCAP). MSCBS

Desagregación: Sexo

Comunidad autónoma

Periodicidad: anual

Observaciones:

Personas (de 70 y más años) con registro de valoración social por el test de Gijón, por mil personas asignadas a AP

Fórmula de cálculo: $[a] / [b] * 1.000$

a): Número de personas de 70 y más años a las que se les ha realizado el test de Gijón, en un año.

b): Número de personas de 70 y más años asignadas a atención primaria

Definiciones: En numerador incluye la constancia en historia clínica de haber realizado el test de Gijón de valoración socio-familiar.

Fuente de datos: Base de Datos Clínicos de Atención Primaria (BDCAP). MSCBS

Desagregación: Sexo

Comunidad autónoma

Periodicidad: anual

Observaciones:

% Pacientes polimedificados registrados en Atención Primaria

Fórmula de cálculo: $[a] / b] * 100$

a): Número de pacientes con 6 a 9 fármacos durante, al menos, 6 meses de cada año.

b): Personas asignadas a Atención Primaria

Definiciones: Numerador: Número de personas en las que coexisten, en un año, con 6 a 9 fármacos distintos, en dosis diarias definidas totales equivalentes a un consumo durante un periodo de 6 o más meses. Se utilizaría la clasificación ATC.

Fuente de datos: Base de Datos Clínicos de Atención Primaria (BDCAP). MSCBS

Desagregación: Comunidad autónoma

Sexo

Grandes grupos de edad: 0-14, 15-39, 40-64, 65 y más años

Periodicidad: anual

Observaciones: La desagregación por comunidad autónoma está pendiente de que se amplíe el número de comunidades que aportan esta información.

% Pacientes grandes-polimedificados registrados en Atención Primaria

Fórmula de cálculo: $[a] / b] * 100$

a): Número de pacientes con 10 o más fármacos durante, al menos, 6 meses de cada año.

b): Personas asignadas a Atención Primaria

Definiciones: Numerador: Número de personas en las que coexisten, en un año, 10 o más fármacos distintos, en dosis diarias definidas totales equivalentes a un consumo durante un periodo de 6 o más meses. Se utilizaría la clasificación ATC.

Fuente de datos: Base de Datos Clínicos de Atención Primaria (BDCAP). MSCBS

Desagregación: Comunidad autónoma

Sexo

Grandes grupos de edad: 0-14, 15-39, 40-64, 65 y más años

Periodicidad: anual

Observaciones: La desagregación por comunidad autónoma está pendiente de que se amplíe el número de comunidades que aportan esta información.

ANEXO 2 – ENCUESTAS A CCAA SOBRE CRITERIOS CUALITATIVOS DE EVALUACIÓN DE LA EAC.

En paralelo a los indicadores con base en sistemas de información comunes del SNS, consultados al Comité Técnico de la EAC y aprobados con los representantes de las CCAA del Comité Institucional de la EAC, se propone añadir otra información o criterios de tipo cualitativo, que se recopilará mediante el presente cuestionario a las CCAA.

➤ **Bloque 1. Organización de recursos para la provisión del servicio de fisioterapia básica disponibles desde Atención Primaria (AP). Información adicional al indicador nº 11.**

1. En su Comunidad Autónoma, el servicio de fisioterapia básica ¿es concertado o está integrado en los equipos de Atención Primaria?
 - 1.1. Describa la organización del servicio (ej. criterios de adscripción demográficos u otros...)
2. Describa brevemente cómo es la oferta del servicio desde AP:
 - 2.1 Indique el tipo de tratamientos de fisioterapia básicos (osteo-muscular, respiratorios, educación individual, grupal, orientación a cuidadores, otros),
 - 2.2 Indique si requiere un protocolo establecido para la provisión del servicio.
 - 2.3 Indique si, con independencia de la derivación directa o no directa desde profesionales de AP, la provisión del servicio se efectúa en cercanía a los centros de AP.
 - 2.4 Otras características de la oferta.

➤ **Bloque 2. Criterio nº 15: Avances en el uso compartido de la H. clínica entre los distintos niveles asistenciales y comunicación de información entre ámbitos asistenciales.**

1. ¿Se ha avanzado en su comunidad autónoma en la integración de la información clínica para un uso compartido de la H. clínica entre los distintos niveles asistenciales? SI/NO
 - 1.1.- En caso afirmativo ¿entre qué niveles y qué elementos de H. clínica se comparten?

- Niveles:	- Elementos H. clínica:
a) AP	a) Problemas de salud activos
b) AP urgencias	b) Tratamientos activos
c) AE ambulatoria	c) Pruebas diagnósticas
d) Hospitalización	d) Otros (ej. Datos capacidad funcional, cognitiva, social, etc.)
e) Urgencias hospitalarias	

Apartado para descripción (texto libre)

2. ¿Existe algún tipo de vinculación o comunicación mutua de información entre el sistema sanitario y el ámbito social, ligada a la Historia clínica del paciente?

2.1.- En caso afirmativo, ¿de qué tipo?

- a) Interconsultas (existencia de circuito formal y bidireccional).
- b) Integración de informes en la HCD.
- b) Situación de dependencia, ayudas...

➤ **Bloque 3. Apartado de documentación relacionada con las acciones para el abordaje de las enfermedades crónicas en las CCAA.**

Recoger al menos los siguientes datos para cada acción identificada:

1. Tipo de acción (Estrategia, plan, programa, vía clínica, proceso integrado, etc...específico para pacientes con enfermedad/es crónica/s.)
2. Fecha inicio
3. Breve descripción principales líneas
4. ¿Ha contado con la participación pública en su elaboración? SI/NO
 - 4.1 En caso afirmativo indicar:
 - a. Sociedades científicas o profesionales, y
 - b. Asociaciones de pacientes, y
 - c. Otros agentes implicados
5. ¿Ha sido evaluada? SI/NO.

En caso afirmativo indicar:

 - 5.1 Fecha evaluación
 - 5.2 Indicadores utilizados.
 - 5.3 Enlace web de informe o resultados de evaluación, si lo hay, o conclusiones de principales resultados.
6. Otros enlaces a páginas web relevantes.