



MINISTERIO
DE SANIDAD, CONSUMO
Y BIENESTAR SOCIAL

Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad en el Sistema Nacional de Salud

INFORME DE EVALUACIÓN Y LÍNEAS PRIORITARIAS DE ACTUACIÓN

COMITÉ TÉCNICO

Coordinación Científica

Pilar Román Sánchez. Especialista en Medicina Interna. Jefa de Servicio de Medicina Interna. Hospital de Requena, Valencia

Carmen Ferrer Arnedo. Grado en Enfermería y Diplomada en Fisioterapia. Jefe del servicio de atención al paciente. Responsable de la Humanización. Hospital Central de Cruz Roja, Madrid

Domingo Orozco Beltrán. Especialista en Medicina de Familia y Comunitaria. Centro de Salud Alicante- Cabo Huertas. Vicerrector de Investigación Universidad Miguel Hernández (UMH) de Elche

Sociedades científicas

Asociación Española Contra el Cáncer (AECC). Ana Fernández Marcos

Asociación de Enfermería Comunitaria (AEC). Miguel Ángel Núñez Martínez

Asociación Española de Fisioterapeutas (AEFI). Rafael Rodríguez Lozano

Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria (AEPap). Olga Cortés Rico

Asociación Española de Pediatría Hospitalaria (AEPH). Francisco José Climent Alcalá

Asociación Nacional de Psicólogos Clínicos y Residentes (ANPIR). Xacobe Abel Fernández García

Asociación Española de Trabajo Social y Salud. Santiago Urmeneta Aguilar

Federación de Asociaciones de Enfermería Comunitaria y Atención Primaria (FAECAP). Carmen Ferrer Arnedo

Sociedad Española de Farmacéuticos de Atención Primaria (SEFAP). Ester Amado Guirado

Sociedad Española de Farmacia Comunitaria (SEFAC). M^a Dolores Murillo Fernández

Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria (SEFH). Monserrat Pérez Encinas

Sociedad Española de Enfermería Geriátrica y Gerontológica (SEEGG). M^a Victoria García López

Sociedad Española de Geriatria y Gerontología (SEGG). José Antonio Serra Resach

Sociedad Española de Medicina Geriátrica (SEMEG). Berta Alvira Rasal

Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMergen). Javier Benítez Rivero

Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria (SEMFYC). Ana Arroyo de la Rosa

Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia (SEMG). Francisco José Sáez Martínez

Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI). Ricardo Gómez Huelgas

Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria (SESPAS). Dolores Cuevas Cuerda

Unión Española de Sociedades Científicas de Enfermería (UESCE). Marilourdes De Torres Aured

Asociaciones de pacientes

Alianza General de Pacientes (AGP). Pilar Martínez Gimeno

Asociación Española Contra el Cáncer (AECC). Ana Fernández Marcos

Comité Español de Representantes de Personas con Discapacidad (CERMI). Daniel-Aníbal García Diego

Foro Español de Pacientes (FEP). José Luis Baquero Úbeda

Plataforma de Organizaciones de Pacientes (POP). Carina Escobar Manero

COMITÉ INSTITUCIONAL

Comunidades Autónomas

Andalucía: Inmaculada Cosano Prieto. Aragón: Luis Gómez Ponce. Asturias (Principado): Oscar Suárez Álvarez y Rafael Cofino Fernández. Baleares (Islas): Angélica Miquelez Chamorro.

Canarias: Rita Tristancho Ajamil, Hilda Sánchez Jarániz y Maila Pérez Mendoza. Cantabria: M^a Antonia Mora González y Carlos Fernández Viadero. Castilla-La Mancha: Alfonso Abaigar Martínez de Salinas. Castilla y León: Siro Lleras Muñoz y Lydia Salvador Sánchez. Cataluña: Sebastià

Santaeugènia Gonzalez y Joan Carles Contell Segura. Comunidad Valenciana: Maria Amparo García Layunta y Pablo Rodríguez Martínez. Extremadura: Manuela Rubio González. Galicia: M^a Sinda Blanco Lobeiras. Madrid: M^a Nuria Fernández de Cano, M^a Carmen García Cubero y José David

Cerdeño Arconada. Murcia (Región de): Pedro Pérez López. Navarra (Comunidad Foral): Cristina Ibarrola Guillén y José Javier Celorrio Astiz. País Vasco: Joseba Igor Zabala Rementería. Rioja (La):

Yolanda Montenegro Prieto.

Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social

Coordinación Técnica: Carmen Arias López. Jefa de Servicio. Subdirección General de Calidad e Innovación

Dirección General Salud Pública, Calidad e Innovación: Pilar Aparicio Azcárraga

Subdirección General de Calidad e Innovación: Yolanda Agra Varela. Subdirectora General. Nuria Prieto Santos. Coordinación técnica estrategias en salud. Jesús Casal Gómez. Coordinación técnica estrategias en salud. Rocio Fernández González. Coordinadora técnica estrategias en salud. Ángel Nogales Bueno. Apoyo administrativo y logístico

Observatorio de Salud de las Mujeres: Rosa López Rodríguez. Jefa de Área.

Subdirección General de Información Sanitaria y Evaluación: M^a Santos Ichaso Hernández-Rubio. Subdirectora Adjunta. Félix Miguel García. Jefe de Área.

Subdirección General de Promoción de la Salud y Vigilancia en Salud Pública: Alicia Estirado Gómez. Jefa de Área. Carmen Tristán Antona. Jefa de Servicio. María Terol Claramonte. Técnica Superior.

Dirección General de Cartera Básica de Servicios y Farmacia: Subdirección General de Cartera Básica de Servicios del SNS y Fondo de Compensación. Pilar Díaz de Torres. Consejera Técnica. Magdalena Pérez Jiménez. Consejera Técnica. Subdirección General de Calidad de Medicamentos y Productos Sanitarios. María Luisa García-Vaquero Donaire. Subdirectora adjunta.

Dirección General de Ordenación Profesional: Subdirección General Ordenación Profesional. M^a Ángeles López Orive. Subdirectora General.

Agencia Española de Seguridad Alimentaria y Nutrición (AESAN)

M^a Angeles Dal Re Saavedra. V. Asesora - Coordinadora de la Estrategia NAOS

Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO)

Fernando Vicentes Fuentes. Vocal asesor Dirección General.

INGESA (Ceuta-Melilla)

M^a Teresa García Ortiz. Jefa de Area de Atención Primaria.

MINISTERIO DE CIENCIA, INNOVACIÓN Y UNIVERSIDADES. Instituto de Salud Carlos III

Miguel Ángel Calero Lara. Jefe de la Unidad de Investigación de Enfermedades Crónicas

ÍNDICE

1	INTRODUCCIÓN	5
2	METODOLOGÍA	6
3	RESULTADOS Y CONCLUSIONES RELEVANTES.....	7
	LÍNEA ESTRATÉGICA 1: Promoción de estilos de vida saludables y prevención primaria	7
	LÍNEA ESTRATÉGICA 2: Prevención de las condiciones de salud y limitaciones en la actividad de carácter crónico.	10
	LÍNEA ESTRATÉGICA 3: Continuidad asistencial.	11
	LÍNEA ESTRATÉGICA 4: Reorientación de la atención sanitaria.....	39
	LÍNEA ESTRATÉGICA 5: Equidad en salud e igualdad de trato.	42
	LÍNEA ESTRATÉGICA 6: Investigación e Innovación.....	42
4	LÍNEAS PRIORITARIAS DE ACTUACIÓN A REFORZAR O IMPLEMENTAR.....	43
5	BIBLIOGRAFÍA	49
6	ABREVIATURAS.....	51
7	ANEXOS.....	52
	Anexo I. Ficha técnica de los indicadores	52
	Anexo II. Ficha técnica de los indicadores de prescripción inadecuada de Benzodicepinas y Neurolépticos en personas de edad avanzada.	63
	Anexo III. Organización de recursos para la provisión del servicio de fisioterapia básica disponibles desde Atención Primaria (AP)	64
	Anexo IV. Bloque 2 de la encuesta a CCAA sobre Avances en el uso compartido de la H. clínica entre los distintos niveles asistenciales y comunicación de información entre ámbitos asistenciales.	68
	Anexo V. Bloque 3 de la encuesta a CCAA sobre documentación relacionada con las acciones para el abordaje de las enfermedades crónicas en las CCAA.....	71

1 INTRODUCCIÓN

La evaluación de la Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad en el SNS (1) (EAC), tiene el fin de valorar/determinar el grado de cumplimiento de los objetivos establecidos, mediante la recogida de los resultados de los indicadores y criterios de evaluación. Así mismo en base a estos resultados y en la medida de lo posible, se recoge una propuesta de conclusiones sobre "Líneas prioritarias de actuación a reforzar o implementar".

El documento de indicadores y otros criterios de evaluación de la EAC (2) proponía principalmente indicadores sobre la disponibilidad de ciertos recursos, así como del proceso asistencial, teniendo además en cuenta la factibilidad de obtención de cada uno de ellos en función de la disponibilidad de fuentes homogéneas y estandarizadas.

Se resaltan algunos aspectos limitantes de esta evaluación:

- Algunas fuentes de datos sólo están disponibles hasta el año 2015. Teniendo en cuenta que muchas de las acciones realizadas en las Comunidades Autónomas (CCAA) se han iniciado después de esta fecha, los indicadores extraídos de dichas fuentes de datos no permiten reflejar el impacto de las acciones desarrolladas, aunque resultarán de utilidad en próximas evaluaciones.
- La amplia variabilidad de patologías incluidas como "enfermedades crónicas", según se detalla en el anexo 1 de fichas técnicas del citado Documento de indicadores, aunque nos pueden orientar para seguir investigando, dificulta determinar en muchos casos las causas que pueden estar condicionando el resultado.

Teniendo en cuenta la limitación de los indicadores evaluados, anteriormente mencionada, se completa esta evaluación con información adicional solicitada a las CCAA:

- Para recoger información relativa a otros aspectos, de gran relevancia para esta estrategia pero difíciles de monitorizar con indicadores, como son aspectos de coordinación, continuidad asistencial, cuidados integrales centrados en el paciente, etc...se incluye la información sobre algunos criterios de tipo cualitativo, recopilada mediante cuestionarios (anexo 2 del Doc. de indicadores) a las CCAA.
- Así mismo, ha resultado de gran interés la información recogida como apartado de documentación sobre las Estrategias/Programas/Planes/Procesos Asistenciales Integrados, etc... relacionados con la cronicidad, desarrollados por las CCAA en sus territorios, y que se detalla en el Anexo V de este informe, con el objetivo de compartir conocimientos y experiencias.

2 METODOLOGÍA

La evaluación de la implantación de la estrategia comprende desde su aprobación en el 2012 hasta el año 2017, en función de la disponibilidad de los datos.

La información detallada de las fichas técnicas de los indicadores, se recoge en el anexo I y II, y además la encuesta realizada a las CCAA sobre los criterios cualitativos de evaluación, se recoge en el citado documento de "Indicadores y criterios para la evaluación de la Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad (EAC) en el Sistema Nacional de Salud" (2), aprobado en junio de 2018 por las CCAA, previa consulta a sociedades científicas y asociaciones de pacientes.

La información de los indicadores que se presentan en este documento corresponde a los datos recogidos de los siguientes Sistemas de Información del SNS, respetando en todo caso las definiciones y procesos que tengan establecidos internamente:

- Sistema de Información de Atención Primaria (SIAP) (últimos datos del 2017): El SIAP está incluido en Plan Estadístico Nacional y la información es remitida anualmente por las CCAA y el INGESA, con un nivel de desagregación de Área de Salud. Los datos incluidos proporcionan información sobre la población asignada a los centros de atención primaria, la dotación de centros y personal y la actividad asistencial desarrollada.
- Registro de altas de hospitalización (CMBD) (últimos datos del 2015, para evitar la posible influencia del cambio de codificación internacional a la CIE10ES en 2016): El Conjunto Mínimo Básico de Datos – Hospitalización (CMBD-H) integra información administrativa y clínica de los pacientes ingresados en unidades de hospitalización, la cual es recogida y codificada sistemáticamente en los hospitales, para cada episodio de hospitalización, al alta del paciente. Los registros de alta son enviados al Ministerio por las CCAA e INGESA, de acuerdo con el modelo de datos establecido al efecto por acuerdo del Consejo Interterritorial. En estos indicadores se recogen los datos de los hospitales de agudos del SNS (públicos y red de utilización pública).
- Base de Datos Clínicos de Atención Primaria (BDCAP). (últimos datos del 2016): Recaba anualmente información clínica normalizada sobre la atención prestada por el nivel de Atención Primaria, procedente de una amplia muestra aleatoria (en torno al 10%) de las historias clínicas de la población asignada a dicho nivel de atención, y es representativa de cada CCAA. Indicamos que a los efectos de este informe, y debido a dificultades tecnológicas, no se han incluido los registros de Enfermedad Renal Crónica, sin ningún otro cambio en el resto de enfermedades crónicas que se recogen en el anexo I.

Los indicadores relacionados con la línea estratégica de investigación e innovación utilizarán las fuentes de información disponibles por la Fundación Española para la Ciencia y la Tecnología (FECYT), fundación pública dependiente del Ministerio de Economía, Industria y Competitividad, para recoger los datos sobre 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. Estos resultados se añadirán en un adenda a este informe en el marco del convenio de colaboración entre el MSCBS y la FECYT.

Los coordinadores científicos de la EAC han participado en la elaboración de este informe de evaluación.

Además se ha tenido en cuenta las aportaciones realizadas por los Comités (el Técnico y el Institucional) de la Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad, tanto en consulta por escrito como en la reunión presencial del 17 de junio de 2019, para el cierre del informe de evaluación, que se publicará en la página web del MSCBS y en su Programa Editorial.

[NIPO en tramitación]

3 RESULTADOS Y CONCLUSIONES RELEVANTES

LINEA ESTRATÉGICA 1: Promoción de estilos de vida saludables y prevención primaria

Señalar que la Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención en el SNS, aprobada en el 2013, y los documentos y actividades derivadas de ella, son la fuente principal de valoración del cumplimiento de los objetivos recogidos en las líneas estratégicas 1 y 2 de la EAC, relativas a aspectos de promoción de la salud y prevención, disponible en:

<https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/Estrategia/estrategiaPromocionyPrevencion.htm>

Por otro lado, hacemos también referencia, en lo que respecta a los aspectos más específicos de nutrición, a la "Estrategia de Nutrición, Actividad Física y Prevención de la Obesidad. Estrategia NAOS", con más de 15 años de trayectoria y consolidada por la Ley 17/2011 de Seguridad Alimentaria y Nutrición:

http://www.aecosan.msssi.gob.es/AECOSAN/web/nutricion/seccion/estrategia_naos.htm

Objetivos	Indicadores/Criterios	Fuente
Objetivo 1: Favorecer el enfoque intersectorial en la promoción de la salud a través del principio "Salud en Todas las Políticas".	Referencia a la "Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención en el SNS" y "Estrategia de Nutrición, Actividad Física y Prevención de la Obesidad. Estrategia NAOS"	MSCBS: "Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención en el SNS"
Objetivo 2: Facilitar la participación social en la priorización, desarrollo, seguimiento y evaluación de las políticas sanitarias relativas al abordaje de la cronicidad.		MSCBS. AESAN: "Estrategia de Nutrición, Actividad Física y Prevención de la Obesidad. Estrategia Naos"
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.	Informe sobre los instrumentos de capacitación de las personas desarrollados en el MSCBS.	MSCBS: "Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención en el SNS" → Web de estilos de vida saludable. "Estrategia para el Abordaje a la Cronicidad en el SNS" → Web de Red de Escuelas de Salud para Ciudadanos. "Estrategia de Nutrición, Actividad Física y Prevención de la Obesidad. Estrategia Naos → Web educaNaos.

Instrumentos de capacitación de las personas desarrollados en el MSCBS:

Web de red de Escuelas de Salud para Ciudadanos (<http://www.escuelas.mscbs.gob.es/>):

El Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social inauguró esta propuesta, vinculada a la EAC, a finales de 2015, con el objetivo de promover, compartir y desarrollar instrumentos que faciliten el empoderamiento de la ciudadanía mediante la mejora de la capacitación en salud y autogestión de la enfermedad lo que permitirá mejorar el conocimiento y la adquisición de competencias en cuidados y autocuidados, en promoción de la salud y prevención de la enfermedad, así como los necesarios para la atención de enfermedades crónicas.

Además tiene la finalidad de poder optimizar los recursos procedentes de las CC.AA y poder ponerlos a la disposición de la ciudadanía en general con dos premisas esenciales, la actualización

y calidad científico técnica de los contenidos y por otra parte la comprensibilidad por parte de cualquier ciudadano.

La página web de la Red de Escuelas, fue creada a partir de la identificación y priorización de distintos colectivos ciudadanos, y sus aspectos de navegación y diseño fueron formulados por los mismos colectivos.

Desde el 2015, se han ido incorporando a la Red nuevos recursos, y añadiendo nuevas entidades tras la solicitud formal de la CC.AA y demostrar que satisface los requisitos establecidos para formar parte del Comité Técnico de la Red. En el momento actual la entidades incluidas son: Escola Galega, Andaluza, Paciente Experto Catalunya, Universidad de Pacientes, Osakidetza, Murcia, Castilla la Mancha, Cantabria, Baleares, Aragón, La Rioja y hace escasas fechas Navarra.

La siguiente tabla muestra la métrica de la página como seguimiento de su funcionalidad:

Año	Nº total visitas (sin spam)/año	Tiempo medio duración en página	Contenidos/ páginas visitadas	% visitantes mujeres	Dispositivo de consulta (% PC)
2016	5.595	3-10 minutos	20.329	68,2%	76,9 %
2017	5.934	3-10 minutos	22.505	67,8%	72 %
2018	7.023	3-10 minutos	35.022	68,4%	68,5 %

Se observa un incremento en el número total de visitas, a las cuales se les ha filtrado la contabilización de los spam, que pueden desfigurar la idea del uso real de la web. Desde el punto de vista demográfico las personas que usan en mayor medida este recurso son las mujeres de todos los grupos etarios con la salvedad de más de 64 años que son hombres. Además en este periodo 2016-2018, se aprecia una tendencia ascendente en el grupo de 25 a 34 años, y un aumento del uso de dispositivos móviles en detrimento del uso del PC.

Web de Estilos de Vida Saludable (<http://www.estilosdevidasaludable.mscbs.gob.es/>):

El Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad lanzó el 4 de Noviembre de 2015 la página web sobre estilos de vida saludable dirigida a toda la población. Esta página web surge como parte de las acciones de la Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención en el Sistema Nacional de Salud y su finalidad es proporcionar información útil y de calidad, ajustada a las diferentes necesidades de la ciudadanía; en ella se pueden encontrar recomendaciones, herramientas interactivas, vídeos y otros materiales y recursos de utilidad para hacer más saludables los estilos de vida.

La siguiente tabla muestra la métrica de la página como seguimiento de su funcionalidad:

Año	Nº medio visitas/mes	Tiempo medio en página	Temáticas más consultadas	Nº total visitantes	nuevos visitantes	% visitas de España	Principales países visitantes
2018	56.146	00:05:17	<ul style="list-style-type: none"> • Tabaco • Alimentación saludable 	524.644	91%	38%	21% US 10% NL Hasta 62% Otros
2019 (01.01/12.05)	38.460	00:04:02	<ul style="list-style-type: none"> • Tabaco • Alcohol • Alimentación saludable 	118.107	88%	35%	27% US 12% NL Hasta 65% Otros

Los datos indican que en 2019 ha descendido el número de visitas a esta herramienta de alfabetización de la población que tiene como fin fomentar los estilos de vida saludables. El promedio de visitas es bajo, aunque ha aumentado levemente (de 1,28 a 1,43). No obstante se resalta el uso mantenido de esta herramienta a escala internacional (hasta el 65% de las visitas).

Además en 2019 se ampliaron las temáticas más consultadas, al tabaco, el alcohol y la alimentación saludable, temáticas también de los archivos descargados, añadiendo folletos y videos de actividad física.

Web educaNaos

(<http://www.aecosan.msssi.gob.es/AECOSAN/web/nutricion/seccion/educaNAOS.htm>):

El Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social, a través de la Agencia española de Seguridad Alimentaria y Nutrición (AESAN), viene desarrollando de forma continua y periódica intervenciones educativas e iniciativas de comunicación y sensibilización en diversos medios, para fomentar la alimentación saludable y la práctica de la actividad física en diversos grupos de población. En los últimos años se han utilizado también las nuevas tecnologías y redes sociales (internet, Twitter, Facebook). Programa PERSEO, Plan Cúdate más, Activilandia, Movimiento Actívate, entre otras..., todo ello disponibles en:

http://www.aecosan.msssi.gob.es/AECOSAN/web/nutricion/campanyas/listado/aecosan_listado_campanyas_nutricion.htm

Complementariamente a estas campañas, se ha impulsado un programa de intervención en adultos de salud comunitaria, para mejorar los hábitos de salud integral (Programa FIFTY_FIFTY, http://www.aecosan.msssi.gob.es/AECOSAN/web/nutricion/ampliacion/programa_fifty.htm), y en el año 2015 se desarrolló un PORTAL EDUCATIVO: EDUCA NAOS.

Este portal educaNaos, está dirigido tanto a profesores como a las familias con el objetivo de dar a conocer y rentabilizar los esfuerzos que se realizan desde la Administración en esta materia. Recoge todos los materiales didácticos o aplicaciones con contenidos educativos sobre alimentación, nutrición, gusto y hábitos saludables, que se desarrollan desde la AESAN. También incluye materiales de algunas Comunidades Autónomas y otras Administraciones, así como materiales fruto de programas de colaboración con Instituciones públicas y privadas.

La siguiente tabla muestra la métrica de la página como seguimiento de su funcionalidad:

Año	Accesos	Visitas internacionales	Visitas España	Kbytes transferidos
2018	6.428	44% • 67% Europa Occidental • 22% América del Norte • 11% Otros	56%	72.928
2019 (01.01/24.06)	2.791	40% • 70% Europa Occidental • 16% América del Norte • 14% Otros	60%	32.676

El número de accesos a esta sección es bajo, lo que indica la necesidad de mejorar su difusión y conocimiento como instrumento de capacitación del Ministerio de Sanidad. Como dato positivo puede señalarse el número de Kbytes transferidos en dichos accesos.

Conclusiones sobre los instrumentos de capacitación desarrollados por el Ministerio

- Desde el Ministerio de sanidad, Consumo y Bienestar Social se trata de hacer difusión de los instrumentos de capacitación desarrollados por el Ministerio, en los espacios de encuentro profesional (jornadas, reuniones, publicaciones...) así como en las redes sociales institucionales. Anualmente se celebra una jornada abierta de la red de escuelas de salud para los ciudadanos en la CCAA que ostente cada año la presidencia del Comité Técnico de la Red. Por otro lado, en 2017 se realizó una campaña de comunicación sobre estilos de vida saludable. Finalmente, se tiene previsto relacionar estos dos recursos incluyendo el enlace de la web de estilos de vida saludable, en la web de la red de escuelas de salud para los ciudadanos.

- Sería conveniente impulsar el uso de la web de estilos de vida saludable y la web educaNaos, por parte de los servicios de salud de las CCAA así como de otros centros de interés público a nivel local (como las oficinas de farmacia, etc) que realicen tareas de promoción de la salud, ya que cuenta con contenidos acordados y fiables sobre estilos de vida saludable y con materiales descargables para la ciudadanía.
- Igualmente, la referencia a la web de la red de escuelas de salud para los ciudadanos desde los servicios de salud de las CCAA para consulta de los pacientes crónicos, también contribuiría a mejorar la alfabetización en salud, promoviendo el autocuidado y la participación en la gestión de sus enfermedades.

LÍNEA ESTRATÉGICA 2: Prevención de las condiciones de salud y limitaciones en la actividad de carácter crónico.

Objetivos	Indicadores/Criterios	Fuente
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.	Referencia a la "Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención en el SNS". En especial, los indicadores de proceso y estructurales de los apartados de actuación en atención primaria (AP), ámbito local y capacitación de profesionales. http://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/Estrategia/estrategiaPromocionyPrevencion.htm	MSCBS: "Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención en el SNS"
Objetivo 5: Disminuir las lesiones y accidentes como causantes de condiciones de salud y limitaciones en la actividad de carácter crónico.	http://localizasalud.msssi.es/maparecursos/main/Menu.action	"Observatorio de la nutrición y estudio de la obesidad"
Objetivo 6: Detectar, diagnosticar y tratar precozmente las condiciones de salud y limitaciones de la actividad de carácter crónico.	Referencia a la Estrategia NAOS sobre nutrición, actividad física y prevención de la obesidad. En especial al Observatorio de la Nutrición y Estudio de la Obesidad (art.38º de la ley 17/2011), que recoge indicadores, encuestas nutricionales y un sistema de vigilancia de la obesidad infantil en coordinación con la Oficina Regional Europea de la OMS	
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.	http://www.aecosan.msssi.gob.es/AECOSAN/web/nutricion/seccion/observatorio.htm	

Para conocer el estado de situación en relación a la prevención de algunas de las patologías crónicas más prevalentes, puede consultar el siguiente enlace de la página web del MSCBS con la información disponible de las estrategias específicas en salud correspondientes:

<http://www.mscbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/ec04.htm>

LÍNEA ESTRATÉGICA 3: Continuidad Asistencial.

Objetivos	Indicadores/Criterios	Fuente
<p>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 interdisciplinarios y definiendo, de forma flexible y polivalente, las competencias y responsabilidades de todos los profesionales implicados en el abordaje de la cronicidad.</p> <p>Objetivo 9: Garantizar la continuidad de los cuidados en la atención sanitaria, evitando la duplicidad de intervenciones y facilitando la transición entre niveles asistenciales.</p> <p>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.</p>	Indicador nº 1: Prevalencia de pacientes con enfermedades crónicas registrada en AP	BDCAP
	Indicador nº 2: Hospitalización potencialmente evitable por enfermedades crónicas (15-39; 40-64; 65 y más años)	CMBD
	Indicador nº 3: Hospitalización potencialmente evitable por complicaciones a corto plazo de la diabetes mellitus (en población infantil)	CMBD
	Indicador nº 4: Hospitalización potencialmente evitable por asma (en población infantil)	CMBD
	Indicador nº 5: Porcentaje de estancias hospitalarias por enfermedades crónicas (0-14; 15-39; 40-64; 65 y más años)	CMBD
	Indicador nº 6: Estancia media por enfermedades crónicas (0-14; 15-39; 40-64; 65 y más años)	CMBD
	Indicador nº 7: Porcentaje de reingresos de pacientes al alta por enfermedades crónicas (0-14; 15-39; 40-64; 65 y más años).	CMBD
	Criterio nº 8: Acceso a pruebas diagnósticas por AP	SIAP
	Indicador nº 9: Porcentaje de personas distintas, de 65 y más años, atendidas en domicilio por AP	SIAP
	Indicador nº 10: Media de visitas domiciliarias a personas de 65 y más años, realizadas por Atención Primaria (medicina de familia y enfermería)	SIAP
	Indicador nº 11: Nº de plazas de fisioterapeutas/terapeutas ocupacionales en AP	SIAP CC.AA
	Indicador nº 12: Ratio medio de personas asignadas a profesionales de AP	SIAP
	Indicador nº 13: Personas (de 70 y más años) con registro de valoración funcional (escalas), por mil personas asignadas a AP	BDCAP
	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	BDCAP
	Criterio nº 15: Avances en el uso compartido de la H. clínica entre los distintos niveles asistenciales y comunicación de información entre ámbitos asistenciales	CC.AA

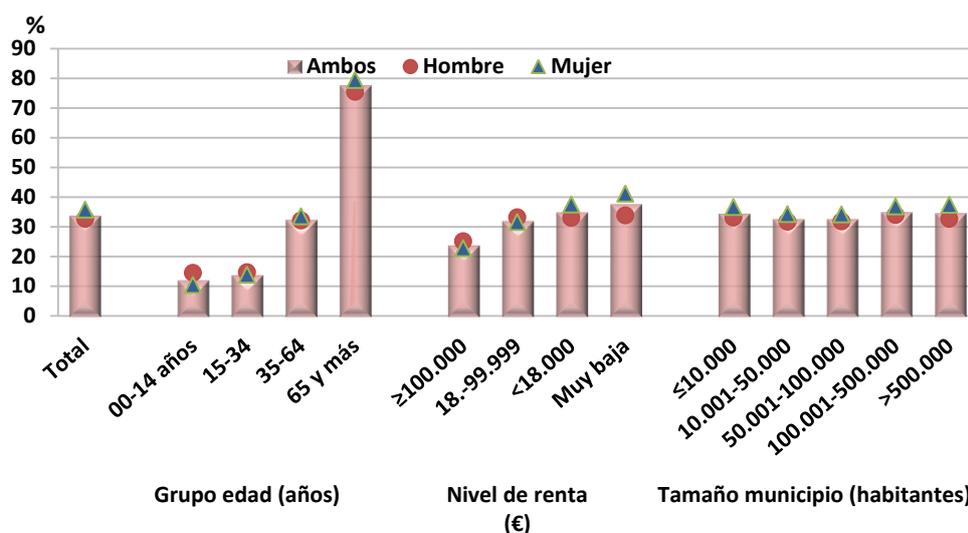
Las actividades relacionadas con cuidados paliativos se recogen en la evaluación de la Estrategia de cuidados paliativos:

<http://www.mscbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/cuidadosPaliativos.htm>

Prevalencia de enfermedades/condiciones crónicas de salud registrada en AP

Se muestra la prevalencia global de problemas crónicos registrados en atención primaria sobre población asignada, desagregada por grandes grupos de edad, según grupos de nivel de renta anual y según el tamaño del núcleo de población en el que residen (rural - urbano) para el año 2016, como imagen general de la situación.

Figura 1. Prevalencia (%) de personas con al menos 1 enfermedad crónica AP



Fuente: BDCAP. MSCBS

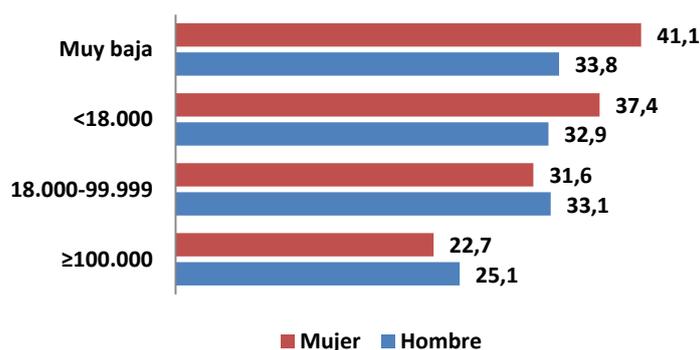
El 34% de la población presenta, al menos un problema crónico, porcentaje que alcanza el 77,6% en las personas de 65 y más años.

Además de la esperable asociación con la edad, se identifica un claro gradiente social en función del nivel de renta, mientras que no se observan grandes diferencias dependientes de un entorno más o menos urbano o rural.

A continuación se resaltan algunos resultados desagregados por otras variables.

En general al desagregar por sexo se observa que la prevalencia de personas con enfermedad crónica en AP, es mayor en mujeres que en hombres, siendo este hecho más llamativo al desagregar por nivel de renta en los niveles de renta más bajos, y además de manera inversa a lo que ocurre en grupos con alto nivel de renta, donde las mujeres no superan a los hombres en la prevalencia de enfermedades crónicas.

Figura 2. Prevalencia (%) de personas con enfermedad crónica AP. Distribución por nivel de renta y sexo (año 2016).



Fuente: BDCAP. MSCBS

Prevalencia de enfermedades crónicas por situación laboral

Los patrones de variación de prevalencia por situación laboral son muy claros. En línea con los datos que se han visto por edad, la prevalencia de personas con enfermedades crónicas más alta se encuentra en el grupo de los pensionistas, llegando a un 75,77% en el año 2016.

Por otro lado, sin contar a los pensionistas, hay una mayor prevalencia entre las personas desempleadas, con unas diferencias de casi un tercio más, comparado con la población activa.

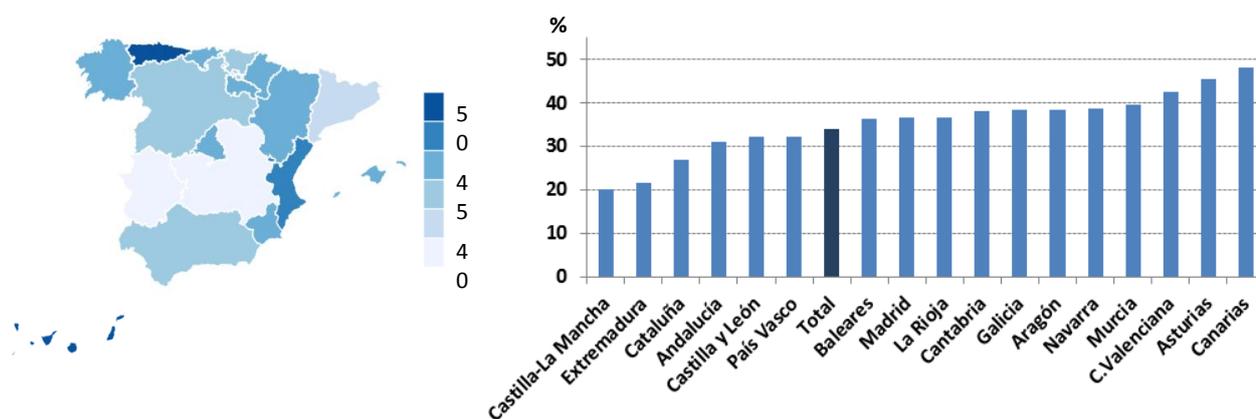
Tabla 1. Prevalencia de personas con enfermedad crónica AP por situación laboral. Fuente: BDCAP. MSCBS.

% Personas con problemas de salud		
2016	Hombre	Mujer
Activos	24,40	24,71
Desempleados	31,87	32,71
Pensionistas	74,31	77,26

Prevalencia de enfermedades crónicas por Comunidad Autónoma

En el año 2016, la prevalencia de padecer al menos una enfermedad crónica en todo el SNS fue del 34,1%, este porcentaje es superior en las Comunidades autónomas de Canarias, Asturias y Comunidad Valenciana, y muy inferior a esta media en Castilla-La Mancha y Extremadura.

Figura 3. Prevalencia de personas con enfermedad crónica AP. Distribución por Comunidad Autónoma (año 2016).



Fuente: BDCAP. MSCBS

Como se ha comentado, la fuente de datos BDCAP está en proceso de mejora, por lo que las diferencias encontradas entre algunas de las CCAA, pueden verse afectadas por dificultades en el registro o transferencia de datos en la BDCAP.

Conclusiones más relevantes del indicador de prevalencia de enfermedades/condiciones crónicas de salud registrada en AP:

- La prevalencia de padecer al menos una enfermedad crónica registrada en AP de la salud, supera el 77 % en el grupo de 65 años y más, lo que nos confirma que, al igual que en otros países de nuestro entorno, la gestión de las personas con enfermedades crónicas es un reto para nuestro sistema sanitario (3, 4).
- Se observa cierta variabilidad de datos de prevalencia de enfermedades en AP, entre las distintas CCAA. La experiencia de CCAA con un alto registro de datos en BDCAP, podría ser de ayuda en las regiones con margen de mejora en este aspecto.

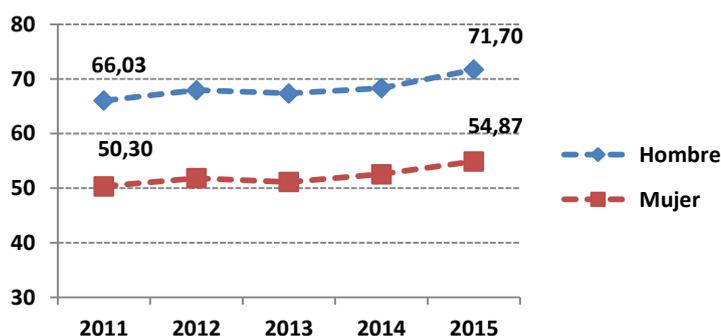
- Los resultados confirman que los determinantes sociales de salud son factores de gran peso para la adquisición de enfermedades crónicas (5). Además, las diferencias significativas al alza en la prevalencia de padecer al menos una enfermedad crónica en mujeres de bajo y muy bajo nivel de renta, plantean la necesidad de priorizar intervenciones desde AP en este colectivo, coincidente además con el principal colectivo de cuidadoras de personas dependientes.
- Por último la prevalencia de enfermedades crónicas es mayor en las personas en situación de desempleo respecto de la población activa. Se debe considerar la circunstancia de que las personas con enfermedades crónicas tengan más probabilidad de perder su empleo. En cualquier caso, también debería ser un colectivo a priorizar.

Hospitalización potencialmente evitable por enfermedades crónicas

La evolución temporal de hospitalización potencialmente evitable por enfermedades crónicas, muestra un ligero aumento desde el año 2011, llegando en 2015 a 63,06 por 10.000 personas asignadas de 15 y más años, como media del SNS.

Es de resaltar la diferencia entre mujeres y hombres, siendo más elevada en hombres, mantenida a lo largo de todos los años analizados.

Figura 4. Hospitalización potencialmente evitable por enfermedad crónica por 10.000 personas asignadas en población ≥ 15 años. Distribución según sexo (años 2011-2015).



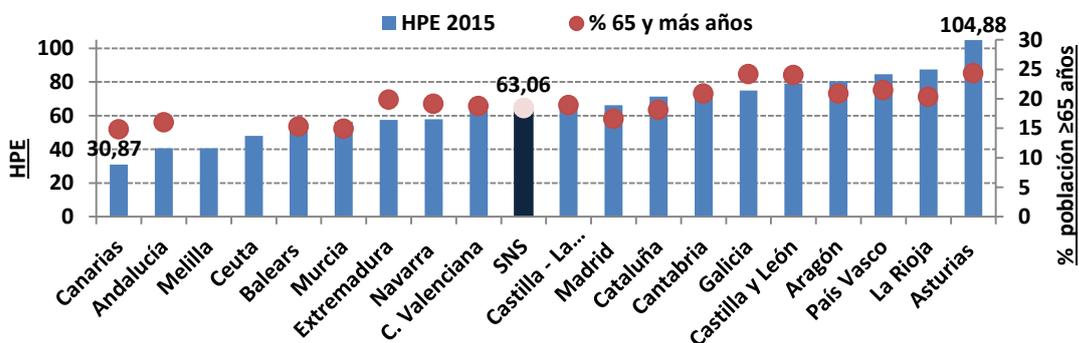
Hombre	66,03	67,92	67,33	68,31	71,70
Mujer	50,30	51,81	51,11	52,55	54,87
Total Altas	57,96	59,65	59,00	60,22	63,06

Fuente: CMBD. MSCBS

Cuando se analiza la distribución por CCAA se observa que las CCAA con menor número de hospitalizaciones potencialmente evitables por enfermedades crónicas son Canarias y Andalucía, y las que se sitúan en el extremo más elevado como son Asturias, La Rioja o País Vasco.

Los datos de las pirámides de población de cada una de las CCAA, no justifican los resultados en todos los casos, ya que se esperaría que a población más envejecida hubiera mayor número de HPE.

Figura 5. Hospitalización potencialmente evitable por enfermedades crónicas por 10.000 personas asignadas en población ≥ 15 años. Distribución por CCAA (año 2015).



Fuente: CMBD. MSCBS

En todos los años analizados (2011-2015), las hospitalizaciones potencialmente evitables por enfermedades crónicas se concentran en el grupo de edad de 65 y más años: aproximadamente diez veces más respecto al grupo de 40 a 65 años. Se muestran datos de 2015.

Tabla 2. Hospitalización potencialmente evitable por enfermedades crónicas por 10.000 personas asignadas en población ≥ 15 años. Distribución grandes grupos edad (2015).

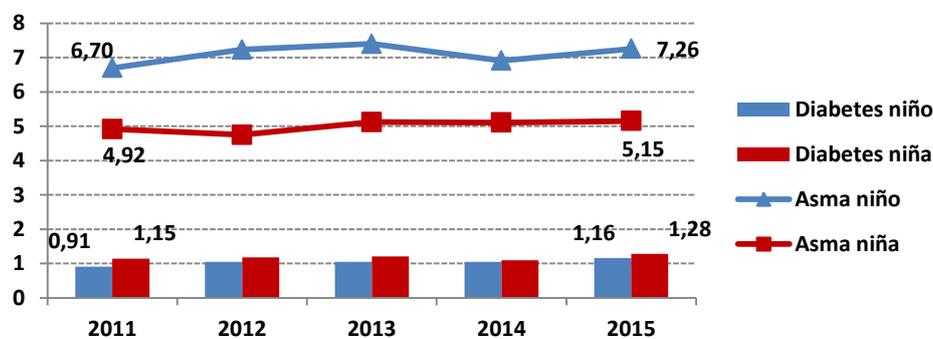
	Total Altas	15-39 años	40-64 años	>64 años
Datos 2015	63,06	4,05	21,78	235,68

Fuente: CMBD. MSCBS

Por otro lado se analizaron dos de las patologías que más influyen en las hospitalizaciones potencialmente evitables en la población infantil.

Se observa un mayor número de hospitalización potencialmente evitable debidas al asma que a la diabetes, en línea con la prevalencia respectiva de estas enfermedades crónicas en población de 0 a 14 años (6). Además las hospitalizaciones potencialmente evitables debidas al asma se dan más frecuentemente en los niños que en las niñas.

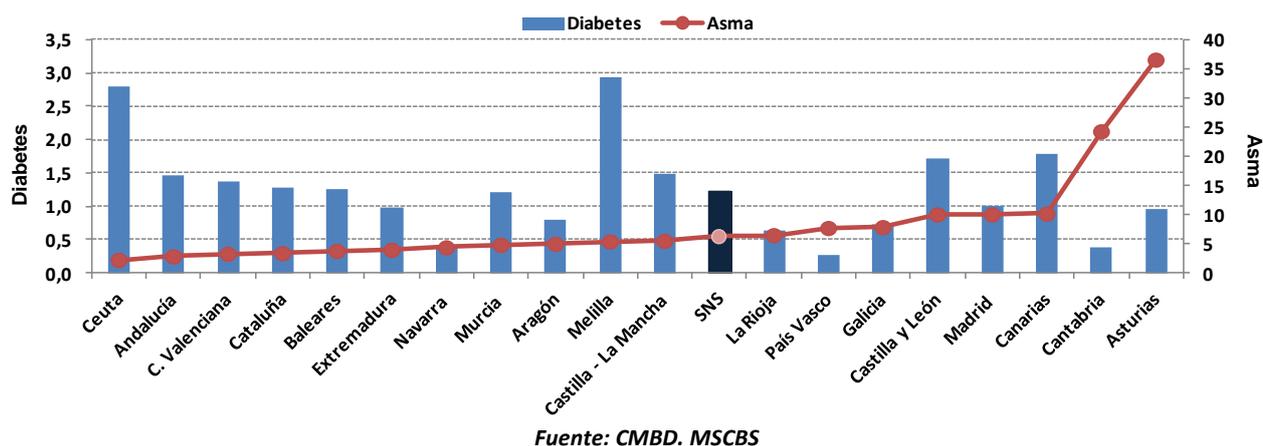
Figura 6. Hospitalización potencialmente evitable por complicaciones a corto plazo de la diabetes, o por asma, por 10.000 personas asignadas en población infantil (≥ 6 y <15 años). Años 2011-2015.



Fuente: CMBD. MSCBS

Al desagregar por CCAA se observan también algunas diferencias, sobre todo en las hospitalizaciones potencialmente evitables por asma en población infantil, más elevadas en Cantabria y Asturias que en el resto de regiones. En cuanto a las hospitalizaciones potencialmente evitables por diabetes en esta población, son las ciudades autónomas de Ceuta y Melilla, las que presentan las cifras más altas, aunque estos datos no pueden representar una tendencia, dado el bajo volumen de datos y las características geográficas y sociales tan particulares de estas ciudades.

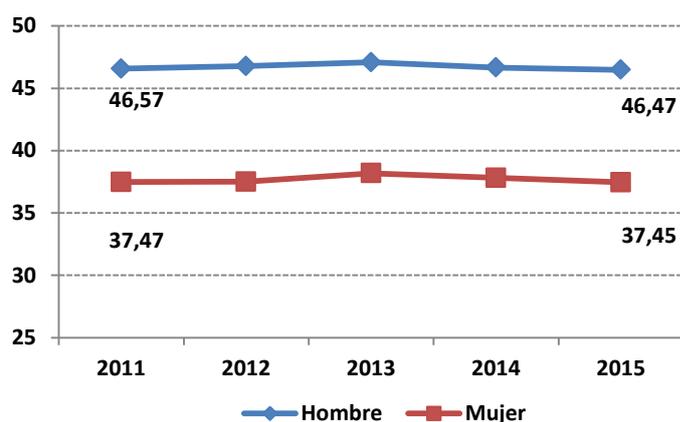
Figura 7. Hospitalización potencialmente evitable por complicaciones a corto plazo de la diabetes, o por asma, por 10.000 personas asignadas en población infantil (≥ 6 y <15 años). Distribución por CCAA. Año 2015.



Estancias hospitalarias por enfermedades crónicas

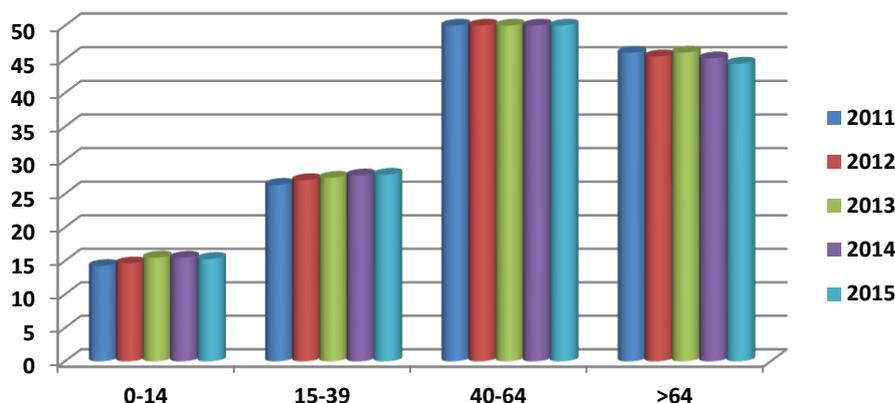
Cómo una aproximación a la carga de morbilidad hospitalaria generada por las enfermedades crónicas, se ha analizado el porcentaje (en días) de estancias hospitalarias generadas por estas enfermedades en relación del total de causas. Se observa una estabilización de los valores entre 2011 y 2015, únicamente resaltando de nuevo las diferencias entre mujeres y hombres, superior en estos últimos hasta en casi un 10%.

Figura 8. Porcentaje de estancias (días) hospitalarias por enfermedades crónicas por sexo. Años 2011-2015.



El grupo de edad donde se presenta un mayor porcentaje de estancias hospitalarias por enfermedades crónicas es el de 40 a 64 años, un 5% mayor que en el grupo de 65 y más años.

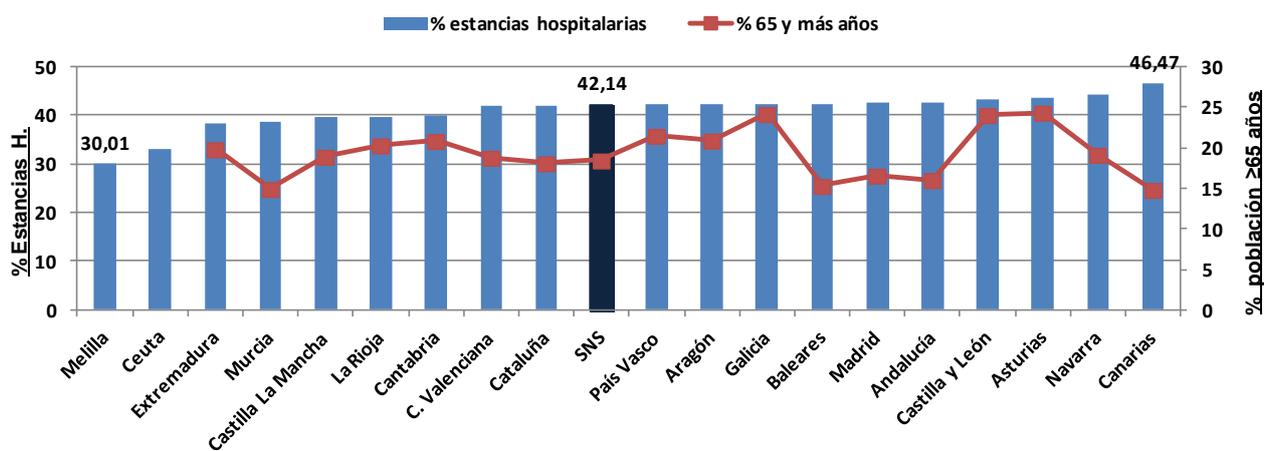
Figura 9. Porcentaje de estancias (días) hospitalarias por enfermedades crónicas por grandes grupos de edad. Años 2011-2015.



Fuente: CMBD. MSCBS

En este caso no se ven diferencias muy significativas, al analizar la distribución del porcentaje de estancias hospitalarias por CCAA (salvo los datos por debajo de la media de Melilla y Ceuta). Esto es así, independientemente de las diferencias en el porcentaje de la población de 65 años y más, que se dé en cada una de las CCAA.

Figura 10. Porcentaje de estancias hospitalarias por enfermedades crónicas. Distribución por CCAA. Año 2015.



Fuente: CMBD. MSCBS

El indicador de días de estancia media por enfermedades crónicas complementa la información anterior del porcentaje de estancia hospitalaria por estas mismas enfermedades.

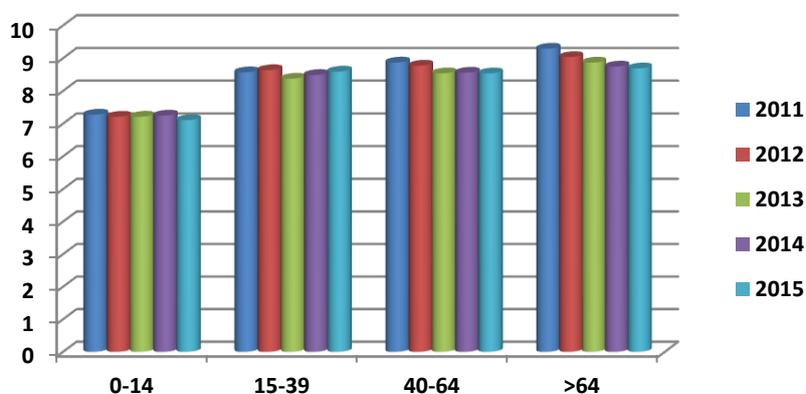
La evolución temporal de la estancia media por enfermedades crónicas muestra un mantenimiento durante los años analizados, sin diferencias significativas esta vez entre hombres y mujeres, y con una media para el SNS en 2015 de 8,59 días.

Tabla 3. Estancia media por enfermedades crónicas por sexo. Datos 2011-2015. Fuente: CMBD. MSCBS.

Estancias media por enfermedades crónicas					
	2011	2012	2013	2014	2015
Hombre	9,05	8,90	8,72	8,68	8,66
Mujer	9,01	8,82	8,62	8,55	8,50
Total Altas	9,03	8,87	8,67	8,62	8,59

Al analizar la distribución de esta estancia media por grandes grupos de edad, únicamente se diferencia, por una estancia media menor por enfermedades crónicas, el grupo de 0 a 14 años, siendo en el resto de grupos muy similar, incluso para los mayores de 64 años.

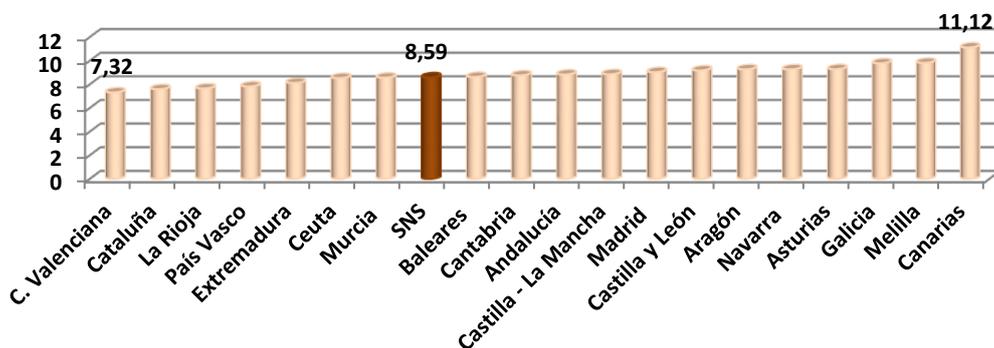
Figura 11. Estancia media por enfermedades crónicas. Distribución por grandes grupos de edad. Datos 2011-2015



Fuente: CMBD. MSCBS

En la distribución por CCAA de la estancia media por enfermedades crónicas, se observan diferencias de casi 4 días en la estancia media por enfermedades crónicas entre las Comunidades de mayor y menor días de estancia, con la referencia de una media para el SNS en 2015 de 8,59 días.

Figura 12. Estancia media por enfermedades crónicas. Distribución por grandes CCAA (año 2015).



Fuente: CMBD. MSCBS

Reingresos de pacientes por enfermedades crónicas

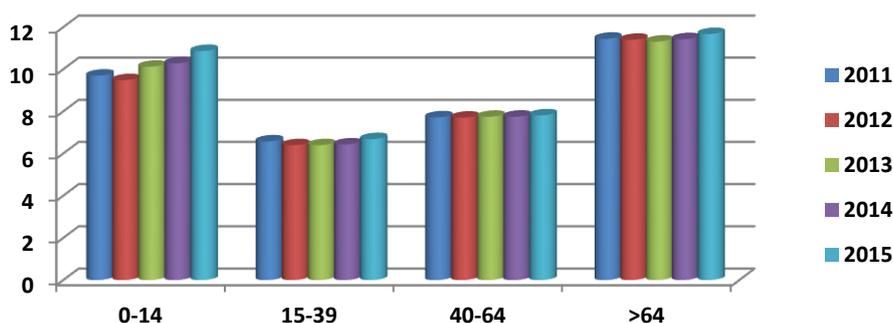
En relación al porcentaje de reingresos de pacientes al alta por enfermedades crónicas, también referido como "tasa de reingresos", se vuelve a observar una estabilización de los valores en el periodo analizado. Las diferencias observadas entre hombres y mujeres en el porcentaje de reingresos, solo son en este caso de aproximadamente un punto porcentual, quedando la media del SNS para el 2015 en 9,97%.

Tabla 4. Porcentaje de reingresos de pacientes por enfermedades crónicas por sexo. Datos 2011-2015. Fuente: CMBD. MSCBS.

Porcentaje de reingresos de pacientes al alta por enfermedades crónicas					
	2011	2012	2013	2014	2015
Hombre	10,37	10,35	10,32	10,43	10,63
Mujer	8,78	8,74	8,78	8,85	9,10
Total Altas	9,69	9,66	9,65	9,75	9,97

Al analizar la distribución del porcentaje de reingresos por grandes grupos de edad, se observa que los dos grupos con mayor porcentaje son la población infantil de 0 a 14 años, y el grupo de población mayor de 64 años.

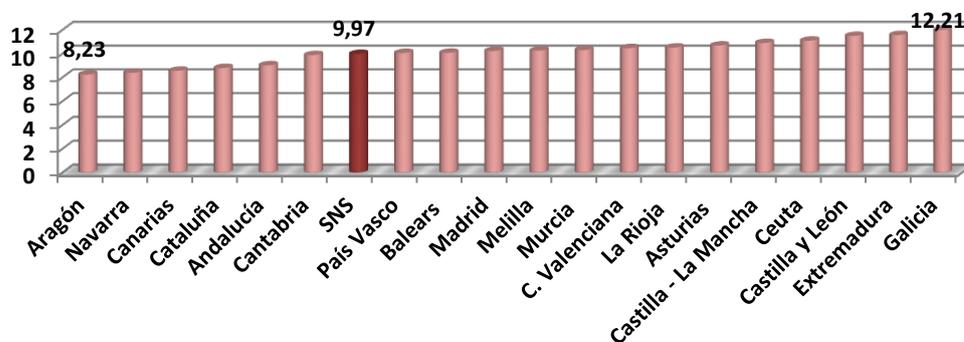
Figura 13. Porcentaje de reingresos de pacientes por enfermedad crónica. Distribución por grandes grupos de edad. Datos 2011-2015.



Fuente: CMBD. MSCBS

El porcentaje de reingresos al alta por enfermedades crónicas también varía en función de la CCAA. Para el año 2015 la media del SNS se sitúa en un 9,97%, mientras que Galicia cuenta con un 12,21 % y Aragón con un 8,23%.

Figura 14. Porcentaje de reingresos de pacientes por enfermedad crónica. Distribución por CCAA. Datos 2015.



Fuente: CMBD. MSCBS

Conclusiones más relevantes de los indicadores de hospitalización potencialmente evitable (HPE), estancia hospitalaria y reingreso hospitalario en personas con enfermedades crónicas:

- A pesar del ligero aumento en el último año, se constata, que en España la hospitalización potencialmente evitable por enfermedades crónicas, es menor que en países de nuestro entorno (7). A este resultado han debido contribuir medidas, que aunque con escaso impulso de mejora en este periodo, garantizan la asistencia desde la atención primaria y atención especializada ambulatoria de estas patologías, y que deben continuarse con el fin de estabilizar el valor de HPE y evitar su incremento en el futuro. Sería de interés identificar acciones en aquellas CCAA con cifras de HPE más bajas, que puedan contribuir a mejorar los resultados en otras CCAA.
- Al analizar la distribución por CCAA de la HPE por enfermedades crónicas, se observan diferencias considerables entre las Comunidades que se sitúan en los dos extremos. No obstante, la variabilidad entre CCAA de este indicador, no puede justificarse con una única causa. Por un lado se aborda un conjunto amplio de patologías, sin saber cuál de ellas puede ser la más influyente. Por otro lado, hay factores relacionados con el acceso al recurso hospitalario, que pueden condicionar este resultado, como es la disponibilidad de camas, la distancia o el número de centros hospitalarios disponibles.
- La variabilidad entre CCAA se ha descrito en la literatura con datos de 2012 sobre HPE en pacientes con enfermedades crónicas en España (aunque no son exactamente las consideradas en PQI92 de la AHRQ) analizando distintas variables que podían justificarlo. Este estudio determinó que el factor más decisivo era la diferente actitud o tradición de hospitalizaciones en un área determinada, sin aparente asociación de la actividad o provisión de servicios desde AP (7). A pesar de estos datos, recomendamos seguir considerando el papel resolutivo y preventivo de la AP como posibles factores determinantes (8, 9, 10).
- Por último, la mayor tasa de HPE observada en hombres puede estar condicionado por el tipo de enfermedad que condiciona la necesidad de ingreso, por ejemplo pacientes EPOC, que es uno de los GRDs (Grupos relacionados con el diagnóstico) más frecuentes en las altas hospitalarias y mucho más prevalente en hombres. En sentido inverso, la mayor prevalencia en mujeres de enfermedades crónicas no susceptibles de hospitalización (depresión, artrosis) también contribuyen a este hecho. Existe evidencia en la literatura de que los hombres asisten más al hospital y sus estancias son más largas que la de las mujeres y que éstas acuden más a AP (6, 11, 12, 13). En cualquier caso, estos datos son orientativos, para que las CCAA puedan profundizar en la investigación de posibles causas, y según los hallazgos, se debe priorizar las actuaciones oportunas para reducir las HPE en hombres.
- En relación a la HPE en población infantil analizada en este informe, y a pesar de tener presente los bajos valores absolutos (la N), indicar que en el caso de asma, las diferencias por sexo parecen ser relevantes. Al analizar la distribución por CCAA, la HPE por asma en población infantil, no parecen ser siempre atribuible a la mayor prevalencia de las regiones de la fachada Atlántica (14), y consideramos importante priorizar acciones en aquellas CCAA con una mayor tasa de HPE por asma en población infantil, prestando una especial atención al género masculino. De la misma manera, en el caso de HPE infantil por diabetes, se deberían investigar y priorizar acciones para intentar reducirla, en las ciudades autónomas de Ceuta y Melilla. En este sentido sería interesante analizar las acciones efectuadas en País Vasco, Cantabria y Navarra, donde se registran las hospitalizaciones potencialmente evitables por diabetes más bajas.
- Los resultados obtenidos del indicador de porcentaje de estancias hospitalarias por enfermedades crónicas son difíciles de interpretar, ya que hay múltiples causas que pueden estar originándolos. En vistas a lo cual, en futuros análisis se puede considerar sustituir este indicador por la tasa de altas por problemas crónicos, como aproximación de carga de morbilidad hospitalaria generada por estas patologías.
- Se resalta la tendencia descendente en el indicador de estancia media en el global del SNS, sin grandes diferencias por sexo o grandes grupos de edad. No obstante, de nuevo hay múltiples causas

que pueden influir en este resultado, cuyo análisis debe profundizarse en cada CCAA. Por ejemplo, un análisis preliminar realizado por Cantabria en el grupo de 15-39 años, ha evidenciado un gran número de ingresos de salud mental en hombres, como una de las posibles causas que contribuyen a alargar la estancia media en este grupo de edad.

- Por otro lado se detectan diferencias importantes en la estancia media entre CCAA. Factores que pueden estar influyendo son la dispersión geográfica, el acceso a recursos socio-sanitarios, las actitudes de los profesionales, diferencias en la gestión hospitalaria (pruebas diagnósticas, interconsultas,...), un trabajo integrado entre distintos recursos asistenciales, o la distinta gravedad de los ingresos. Se propone valorar las iniciativas llevadas a cabo en CCAA con mejores resultados, como son la Comunidad Valenciana, Cataluña, La Rioja o País Vasco.
- El porcentaje global de reingresos está, en general y a pesar de las diferencias en las metodologías, dentro de la media internacional (15). Aunque son pocos los años analizados y en 2015 había pasado poco tiempo desde la publicación de la estrategia, es importante señalar que el indicador no ha empeorado a pesar del envejecimiento de la población. Tampoco se observan diferencias muy importantes en el porcentaje de reingresos entre sexos.
- Llamamos la atención los resultados elevados de reingresos en el grupo de edad infantil, indicando posibles mejoras que eviten el alta precoz, y otras acciones para promover la continuidad asistencial con AP y procurar el lugar idóneo de la asistencia, evitando la excesiva atención hospitalaria en este colectivo (vacunaciones en AP, implementación de más medidas de educación para la salud y autocuidado en las consultas de pediatría de AP, tele-monitorización, curas...). Dado el elevado número de ingresos en pediatría por afecciones respiratorias, medidas como cita de seguimiento en AP al recibir el alta hospitalaria, podrían ayudar a reducir las recaídas posteriores en cuadros más graves.
- Por último, el nivel de reingresos es un indicador clave que refleja la continuidad asistencial de personas con enfermedades crónicas. El corto plazo desde la publicación de la EAC con los datos de 2015, puede influir en los datos de CCAA con mayor porcentaje de reingresos. Por otro lado, la mayor estancia hospitalaria no parece ser un factor que contribuya a disminuir los reingresos en todos los casos. Se propone valorar las iniciativas que potencien la continuidad asistencial (protocolo de seguimiento al alta, conciliación de la medicación, enfermera de enlace, comunicación formal y estructurada al alta con AP, comunicación por receta electrónica con los profesionales de farmacia comunitaria, atención domiciliaria, etc...), llevadas a cabo en CCAA con mejores resultados de reingresos (Aragón, Navarra, Canarias).

Acceso a pruebas diagnósticas por Atención Primaria de la salud

El acceso a pruebas diagnósticas por AP es uno de los aspectos que puede condicionar la capacidad resolutoria de la AP, capacidad que según la recomendación nº 28 de la EAC (1) debe ser mejorada. La información recogida en este apartado, es una información descriptiva¹ para valorar el grado de dispersión en el acceso por los profesionales de Atención Primaria a solicitar distintas pruebas, tanto de laboratorio como de radiodiagnósticos y otras, y que en muchos casos se realizan por atención hospitalaria.

Tabla 5. Pruebas diagnósticas de laboratorio realizadas por atención especializada accesibles a Atención Primaria. Datos 2017. Fuente: SIAP. MSCBS.

		√	D	P	R																
		√	D	P	R																
		Acceso libre																			
		La solicitud debe de incluir datos del Diagnóstico.																			
		Requiere un Protocolo establecido																			
		Existencia de Restricciones en la solicitud o limitación de acceso																			
I - PRUEBAS DE LABORATORIO EN SANGRE																					
		AN	AR	AS	BL	CA	CN	CL	CM	CT	CV	EX	GL	MD	MR	NV	PV	LR	CE	ME	
Hermatología	Accesibles de forma generalizada	APTT (P); Coombs (P); Control sintrom; Fibrinógeno (P); Grupo sanguíneo y Rh (P); Hemograma; Reticulocitos; Tiempo de Cefalina; Tiempo de Protrombina; VSG																			
Bioquímica General	Accesibles de forma generalizada	Ácido Fólico; Ácido Úrico; Albúmina; ALAT; ASAT; Amilasa; Bilirrubina directa; Bilirrubina total; Calcio; Colesterol; Creatinina; CPK; Ferritina; Fosfatasa ácida prostática; Fosfatasa alcalina; Fósforo; GGT; Glucosa; HDL (P); Hemoglobina glicada (P); Hierro; Iones (NA, K, Cl); LDH; LDL (P); Nitrógeno ureico (o Urea); Test de O'Sullivan (P); SOG-Sobrecarga Oral Glucosa (P); Proteínas; Proteinograma (P); Transferrina (P); Triglicéridos; Vitamina B12																			
Bioquímica especial: Hormonas	Cortisol	√	√	√	R	D	√	√	√	√	√	P	D	√	√	D	√	√	√	√	
	Estradiol	√	√	√	R	D	√	√	√	√	√	P	D	√	√	D	√	√	√	√	
	FSH	√	√	√	R	D	√	√	√	√	√	P	D	√	√	D	√	√	√	√	
	LH	√	√	√	R	D	√	√	√	√	√	P	D	√	√	D	√	√	√	√	
	Progesterona	√	√	√	R	D	√	√	√	√	√	P	D	√	√	D	√	√	√	√	
	Prolactina	√	√	√	R	D	√	√	√	√	√	P	D	√	√	D	√	√	√	√	
	Testosterona	√	√	√	R	D	√	√	√	√	√	P	D	√	√	D	√	√	√	√	
	Tirosina	√	√	√	R	R	√	√	√	√	√	√	D	√	√	P	√	√	√	√	
	TSH	√	√	√	R	D	√	√	√	√	√	√	D	√	√	D	√	√	√	√	
Transglutaminasa	√	√	√	R	D	√	√	√	√	√	R	D	PR	R	D	√	√	√	√		
Bioquímica especial: Marcadores	Accesibles de forma generalizada	Alfa-fetoproteína (P); Beta-HCG (P); PSA (P).																			
Bioquímica especial: Marcadores	CA-15.3	√	√	√	√	R	√	√	√	√	√	P	D	R	√	D	√	√	√	√	
	CA-19.9	√	√	√	√	R	√	√	√	√	√	P	D	R	√	D	√	√	√	√	
	CA-125	√	√	√	R	R	√	√	√	√	√	P	D	R	√	D	√	√	√	√	
	CEA	√	√	√	√	D	√	√	√	√	√	P	D	√	√	D	P	√	√	√	√
Bioquímica especial: Fármacos	Accesibles de forma generalizada	Digoxina; Teofilina																			
Bioquímica especial: Fármacos	Carbamacepina	√	√	√	R	D	√	√	√	√	√	√	D	√	√	D	√	√	√	√	
	Fenobarbital	√	√	√	R	√	√	√	√	√	√	D	√	√	D	√	√	√	√	√	
	Fenitoína	√	√	√	R	√	√	√	√	√	√	D	√	√	D	√	√	√	√	√	
	Litio	√	√	√	R	D	√	√	√	√	√	√	D	√	√	D	√	√	√	√	√
	Valproico	√	√	√	R	D	√	√	√	√	√	√	D	√	√	D	√	√	√	√	√
Inmunología: Inmunidad Humoral	Accesibles de forma generalizada	Antiestreptolisinas (P); Factor reumatoide (P); HBsAg (P); IgE total (P); Proteína C reactiva (P)																			
Inmunología: Auto-Anticuerpos	Ac. Antitransglutaminasa	√	√	√	R	D	√	√	√	√	√	√	D	PR	R	D	√	√	√	√	
	Ac. Antigliadina	√	√	√	R	R	√	√	√	√	√	√	D	PR	R	√	√	√	√	√	
	Ac. Antiendomisio	√	√	√	R	R	√	√	√	√	√	√	D	√	R	√	√	√	√	√	
	Ac Antitiroideos	√	√	√	R	D	√	√	√	√	√	√	D	P	√	D	√	√	√	√	√
Microbiología sérica	Accesibles de forma generalizada	Brucelosis; Citomegalovirus; Hepatitis A; Hepatitis B; Hepatitis C; Mononucleosis; Rubeola; Sífilis (RPR); Toxoplasmosis; VIH.																			
Microbiología sérica	Hidatidosis	√	√	√	R	D	√	√	√	√	√	√	D	√	√	D	√	√	√	√	
	Mycoplasma	√	√	√	R	D	√	√	√	√	√	R	D	√	√	D	√	√	√	√	√
	Rickettsia	√	√	√	R	D	√	√	√	√	√	R	D	√	√	√	√	√	√	√	√
	Salmonella Típhi	√	√	√	R	√	√	√	√	√	√	√	√	D	√	√	√	√	√	√	√
	Treponema pálido	√	√	√	R	√	√	√	√	√	√	√	√	D	√	√	D	√	√	√	√

¹ Esta información puede variar próximamente para algunas CCAA, ya que en este momento se está en proceso de actualización en el grupo de SIAP.

Continuación Tabla 5. Pruebas diagnósticas de laboratorio realizadas por atención especializada accesibles a Atención Primaria. Datos 2017. Fuente: SIAP. MSCBS.

II - PRUEBAS DE LABORATORIO EN ORINA	
Bioquímica en orina	Accesibles de forma generalizada <i>Aclareamiento de creatinina; Anormales y sedimento; Calcio; Cálculo urinario; Creatinina; Fósforo; Microalbuminuria</i>
	AN AR AS BL CA CN CL CM CT CV EX GL MD MR NV PV LR CE ME
	Drogas de abuso
	v v v v D v v v v v R D v v D v v v v
III - PRUEBAS DE LABORATORIO - OTRAS MUESTRAS	
Microbiología-Bacteriología: Cultivo	Accesibles de forma generalizada <i>Exudado Faringo-amigdalax; Hece; Úlcera dérmica; Exudado Uretral; Exudado Vaginal.</i>
	AN AR AS BL CA CN CL CM CT CV EX GL MD MR NV PV LR CE ME
	Abceso
	v v v R D v v v v v v v v v D v v v v
	Espu
	v v v R D v v v v v v v v v D v v v v
	Exudado Conjuntival
	v v v R v v v v v v v v v D v v v v
	Exudado Cervical
	v v v R v v v v v v v v v D v v v v
	Exudado Endocervical
	v v v R D v v v v v v v v v D v v v v
	Ex. Faríngeo (N. Gonorrhoeae)
	v v v R D v v v v v v R v v v D v v v v
Forúnculo	
v v v R D v v v v v v v v v D v v v v	
Herida	
v v v R D v v v v v v v v v D v v v v	
Exudado Lingual	
v v v R v v v v v v v v v D v v v v	
Exudado Nasal	
v v v R D v v v v v v v v v D v v v v	
Exudado Ótico	
v v v R v v v v v v v v v D v v v v	
Exudado Perianal	
v v v R D v v v v v v v v v D v v v v	
Microbiología: Parásitos	Accesibles de forma generalizada <i>Parásitos en Hece</i>
	AN AR AS BL CA CN CL CM CT CV EX GL MD MR NV PV LR CE ME
	Test de Graham
v v R v v v v v v R v v v D v v v v	
Hemáticos	
v v v R D v v v v v v v R v v v R v v	
Microbiología: Hongos	AN AR AS BL CA CN CL CM CT CV EX GL MD MR NV PV LR CE ME
	Cualquier localización
v v v R v v v v v v v v v v v D v v v v	
Otras determinaciones y pruebas	Accesibles de forma generalizada <i>Medición de sangre oculta en hece (P).</i>
	AN AR AS BL CA CN CL CM CT CV EX GL MD MR NV PV LR CE ME
	Espermiograma
	P v v R v v v v v v R v v D v P v v
Semen post-vasectomía	
P v v R D v v v v v R v PR v D v P v v	
Test del aliento	
P v v R D v v v v v R v R v P v D v v	

Tal y como figura en la tabla 5, en la mayor parte de las CCAA no hay restricciones en el acceso a pruebas diagnóstico de laboratorio desde AP de forma generalizada. Sería conveniente revisar las circunstancias que suceden en el caso de CCAA donde si figura esta restricción o presentan espacios en blanco en algunos parámetros de patologías crónicas relevantes, como es la determinación de algunos marcadores tumorales.

Según la información de las pruebas de diagnóstico de laboratorio, la AP tiene acceso sin depender de servicios centrales o de otros clínicos, a parámetros relevantes en relación al diagnóstico y seguimiento de personas con problemas crónicos de la salud, como son la bioquímica de marcadores tumorales, las determinaciones en fármacos de importancia en enfermedades crónicas, las determinaciones de microbiología adecuadas o la sangre oculta en heces.

Señalamos otros parámetros que no se ven reflejados en la información de la tabla 5, y que sería adecuado tener disponibilidad desde AP (no significa que no se acceda, simplemente no se han consultado y aquí solo recordamos su importancia), como son:

- la orina de 24 horas, al menos para determinación de proteinuria y microalbuminuria de especial relevancia en Insuficiencia renal y diabetes;
- el parámetro ProBNP, para la detección y diagnóstico de insuficiencia cardíaca congestiva (IC) y establecer el pronóstico del curso de la enfermedad, descartando deficiencias respiratorias;
- y la determinación de anticuerpos ANA, AMA y otros como Anti LKM, que siguiendo una interpretación adecuada, son necesarios para el diagnóstico de enfermedades autoinmunes, sobre todo de origen reumatoide.

Tabla 6. Pruebas diagnósticas de imagen realizadas por atención especializada accesibles a Atención Primaria. Datos 2017. Fuente: SIAP. MSCBS.

		√																		
		D	La solicitud debe de incluir datos del Diagnóstico.																	
		O	Solicitado por Odontólogos y estomatólogos de las Unidades de salud bucodental.																	
		P	Requiere un Protocolo establecido																	
		R	Existencia de Restricciones en la solicitud o limitación de acceso																	
		Rp	Restringido a solicitud por pediatras																	
Radiología simple	<i>Accesibles de forma generalizada</i>	<i>Radiografía de Tórax, Adomen y Ósea (cualquier localización)</i>																		
		AN	AR	AS	BL	CA	CN	CL	CM	CT	CV	EX	GL	MD	MR	NV	PV	LR	CE	ME
	Mamografía	P	√	√	R	P	√	√	√	√	D	R	P	√	√	P		P	√	√
	Ortopantomografía	√	√	O	R	O		√	√	√			O	O	√	D	√	O	√	
	Tele Rx. columna	√	√	√	R	D	√	√	√	√	D	√	D	√	√	P	P	P	√	
Tele Rx MMII	√	√	√	R	D	√	√	√	√	D	√	D	√	√	P	P		√		
Radiología con contraste		AN	AR	AS	BL	CA	CN	CL	CM	CT	CV	EX	GL	MD	MR	NV	PV	LR	CE	ME
	Cistourografía miccional seriada (CUMS)				R	Rp				√		R	Rp	PR	√					
	Enema opaco	R	√	√	R	D	R	√	√	√	√	R	P	PD	√		√	P		
	Esófago - Gastroduodenal	R	√	√	R	D	R	√	√	√	D	R	P	PD	√		√	P	√	
	Tránsito intestinal	R	√	√	R	D	R	√	√	√	D	R	P	PD	√		√	P	√	
Urografía	R	√	√	R		R			√			P	PD	Rp		√	P			
Tomografía Axial Computarizada (TAC)		AN	AR	AS	BL	CA	CN	CL	CM	CT	CV	EX	GL	MD	MR	NV	PV	LR	CE	ME
	Abdominal	P	√	R	R			R		√		R	P	PD	R	P		RD	Rp	
	Craneal	P	√		R	D		√	√	√	R	R	P	PD	√	P		P	Rp	
	Lumbar	P	√	R	R	D	PR	R		√	R	R	P	PD	R	P		P	Rp	
Torácico	P	√	R	R			R		√			R	P	PD	R	P		RD	Rp	
Ecografía		AN	AR	AS	BL	CA	CN	CL	CM	CT	CV	EX	GL	MD	MR	NV	PV	LR	CE	ME
	Abdominal	P	√	√	R	D	√	√	√	√	√	R	D	PD	√	P	√	D	√	√
	de Cadera	P	√	R	R	D	R	√	√	√	R	R	Rp	PD	√	P	√	D		
	Cardiaca	P	R	√	R					√			P	PD	R	P	P	D		
	Gineco/obstétrica	P		√	R	D	R	√	√	√		R	D	PD	√	P	√	D		
	de Mama	P		√	R			√		√	R	R	P	PD	√	P	√	D	R	
	Músculoesquelética	P	√	√	R	D	R	√	√	√	R	R	D	PD	√	P	√	D	R	
	Prostática	P		√	R		P		√	√	R		D	PD	√	P	√	D		
Testicular	P		√	R	D		√		√	R		D	PD	√	P	√	D	R		
Tiroidea	P		R	R	D	P	√		√	R	R	D	PD	√	P	√	D	R		
Urológica	P		√	R	D		√	√	√	R	R	D	PD	√	P	√	D	R		
Resonancia Magnética Nuclear (RMN)		AN	AR	AS	BL	CA	CN	CL	CM	CT	CV	EX	GL	MD	MR	NV	PV	LR	CE	ME
	de Columna (patología discal)	R	√		P					P			P	R	√	P		D		
de Rodillas		√		P					P			P	R	√	P		√			

En este caso, tal y como figura en la tabla 6 se observa, salvo para el caso de la radiología simple, una mayor frecuencia de restricciones en el acceso a pruebas diagnósticas de imagen desde AP, así como mayor número de requisitos como diagnóstico o existencia de protocolos, y espacios en blanco para distintas CCAA.

Por otro lado, la exigencia de establecer un diagnóstico no suele ser una barrera importante, sino una buena práctica que informa y puede orientar al profesional que realice la prueba diagnóstica correspondiente. En algunos casos la exigencia de un protocolo, también es recomendable para mejorar la adecuación de las peticiones y disminuir la variabilidad clínica.

No obstante, las restricciones en el caso del TAC, son mayores de lo deseable, puesto que es un tipo de prueba importante para acortar los tiempos diagnósticos ante la sospecha de muchos procesos crónicos, que por lo general se establece desde Atención Primaria. Un mayor acceso contribuiría a mejorar la equidad y de accesibilidad para los pacientes, así como la colaboración entre los diferentes niveles asistenciales en el diagnóstico y seguimiento de los pacientes.

Del mismo modo, sería interesante reducir las restricciones en el acceso a la ecografía, bien sea a la formación en esta técnica del profesional médico de Atención Primaria, o bien sea a la solicitud de la prueba (al menos abdominal y musculoesquelética), ampliamente usadas para el diagnóstico de múltiples patologías crónicas.

Tabla 7. Otras pruebas diagnósticas realizadas por atención especializada accesibles a Atención Primaria. Datos 2017. Fuente: SIAP. MSCBS.

		√																		
		D	La solicitud debe de incluir datos del Diagnóstico.																	
		P	Requiere un Protocolo establecido																	
		R	Existencia de Restricciones en la solicitud o limitación de acceso																	
		Rp	Restringido a solicitud por pediatras																	
		AN	AR	AS	BL	CA	CN	CL	CM	CT	CV	EX	GL	MD	MR	NV	PV	LR	CE	ME
Otras exploraciones con técnicas específicas	Anatomía Patológica	√	√	√	√	D	√	√	√	P	R	√	D	R	√	P	√	P	√	√
	Audiometría	R	√			D	√	R	√	√		R	R	R	R		√			√
	Cariotipo		P		√		√	√		√		R	R		R					√
	Colonoscopia	R	P	√	R	P		√	√	√	R	R	P	PD	R	P	P	P		√
	Densitometría		P			P		√	√	√	√		P	PD	√	P	P	P		
	Electroencefalograma				√	R		√	√	√	√	R	P		√					
	Electromiograma			P	√	R		√		√	√	√	P	R	√				P	
	Endoscopia digestiva alta	P	√	√	R	P	R	√	√	√	R	R	P	R	R	P	√	P		√
	Espirometría	√	√	√	√	R		√	√	√	√	R	D		√	P	√	P		√
	Holter				√				√	√	√		D	R		P	√			
	MAPA	P	√	√	√	R			√	√	√	R	D	R	R	P	√	√		
	Prueba de esfuerzo			√	√				√	√	√		P	R			√			
	Prueba del sueño				√								R	R				√		
	Pruebas vestibulares								√				R	R						√
	Rectosigmoidoscopia	P	P	√	R	P		R	√	√	R	R	P	R	√	P	P	P		√
Test del sudor		√		√	P				√		R	R	R	R	P	√			√	

En relación a otras pruebas relevantes para el diagnóstico y seguimiento de patologías crónicas, según figura en la tabla 7, el acceso a anatomía patológica (incluyendo la citología) parece adecuado en la mayoría de las CCAA, teniendo en cuenta que en muchos centros de salud se realiza cirugía menor.

También parece adecuado el acceso a la espirometría, pero no ocurre lo mismo en el caso de Holter y MAPA, pruebas todas ellas que, por su importancia en patologías crónicas de gran relevancia, deberían estar disponibles en el ámbito de AP.

Deberían también reducirse las restricciones observadas en las CCAA, en el acceso a colonoscopia, rectosigmoidoscopia o endoscopia digestiva alta, quizás condicionado en todo caso a alguna prueba preliminar.

Conclusiones en el acceso a pruebas diagnósticas por AP

- En general el acceso a pruebas diagnósticas de laboratorio, radiología simple, anatomía patológica o espirometría parece generalizado y sin restricciones para la AP en la mayoría de las CCAA.
- Recordamos otros parámetros de laboratorio relevantes para algunas enfermedades crónicas, que también sería adecuado tener disponibles desde AP sin depender de servicios centrales o de otros clínicos (no significa que no se acceda actualmente, quizás simplemente no se han consultado y solo recordamos su importancia): orina de 24 horas, parámetro ProBNP y anticuerpos ANA, AMA u otros como Anti LKM.
- Debería asimismo reducirse las restricciones desde AP a la solicitud de TAC y ecografía, así como Holter, MAPA, colonoscopia, rectosigmoidoscopia y endoscopia digestiva alta.

Visita domiciliaria

Se analizó la visita domiciliaria por grandes grupos de edad, desde 65 y más años, siendo en todo el periodo de estudio, el grupo de 80 y más años el que recibe mayor número medio de visitas domiciliarias y además recoge un mayor porcentaje de personas distintas visitadas a domicilio, tanto por los profesionales de enfermería como de medicina de familia y comunitaria (FyC).

Se observan valores relativamente estables tanto de la media de visitas domiciliarias como del porcentaje de personas distintas que han recibido visita a domicilio, en todo el periodo analizado y tanto para los profesionales de enfermería como de medicina FyC. Como es de esperar el personal de enfermería realiza mayor nº medio de visitas, casi un tercio más frente a las que realizan los profesionales de medicina de Familia y comunitaria (2,17 frente a 0,73 en 2017 en personas de 80 años y más).

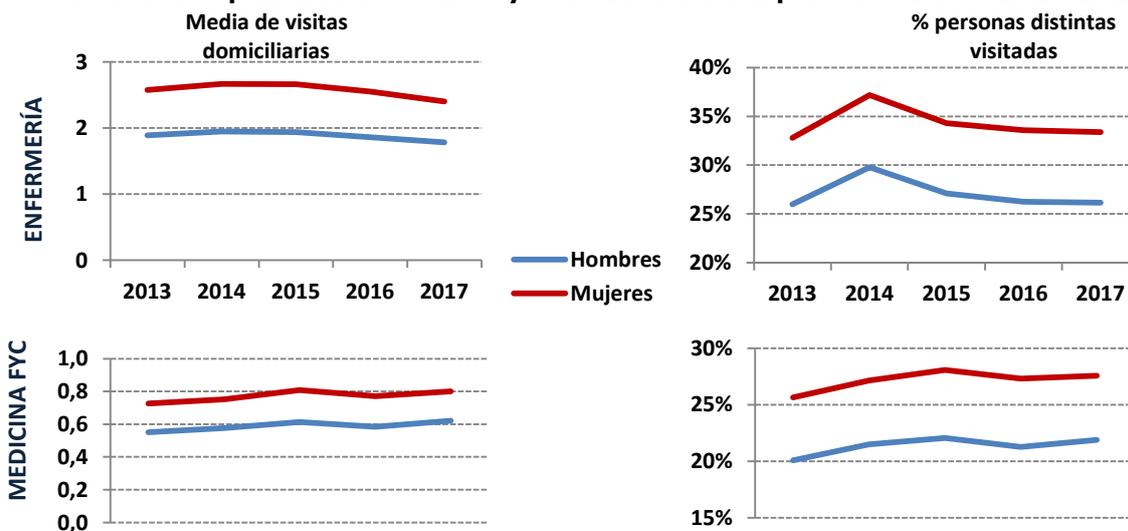
Tabla 11. Media de visitas domiciliarias y porcentaje de personas distintas visitadas por personal de enfermería y de medicina FyC, en población asignada de atención primaria. Distribución por grupos de edad. Datos 2013-2017. Fuente: SIAP. MSCBS.

Media de visitas domiciliarias enfermería						% de personas distintas visitadas a domicilio por enfermería					
	2013	2014	2015	2016	2017		2013	2014	2015	2016	2017
65 años y más	1,05	1,10	1,05	1,00	0,95	65 años y más	15,4%	17,9%	15,5%	14,9%	14,8%
65 a 79 años	0,46	0,47	0,41	0,38	0,35	65 a 79 años	8,4%	10,0%	7,7%	7,1%	7,0%
80 años y más	2,32	2,40	2,40	2,30	2,17	80 años y más	30,3%	34,5%	31,7%	30,9%	30,7%

Media de visitas domiciliarias Medicina FyC						% de personas distintas visitadas a domicilio por Medicina FyC					
	2013	2014	2015	2016	2017		2013	2014	2015	2016	2017
65 años y más	0,29	0,31	0,32	0,30	0,33	65 años y más	11,5%	12,3%	12,3%	11,9%	12,4%
65 a 79 años	0,12	0,12	0,12	0,11	0,13	65 a 79 años	5,9%	6,2%	5,9%	5,5%	6,0%
80 años y más	0,66	0,69	0,74	0,70	0,73	80 años y más	23,6%	25,1%	25,9%	25,1%	25,5%

Al centrarnos en este grupo de edad de 80 y más años, se observa que tanto en el número medio de visitas a domicilio, como en el porcentaje de personas distintas visitadas tanto por profesional de enfermería como por el de medicina FyC, presentan valores mayores en las mujeres respecto de los hombres.

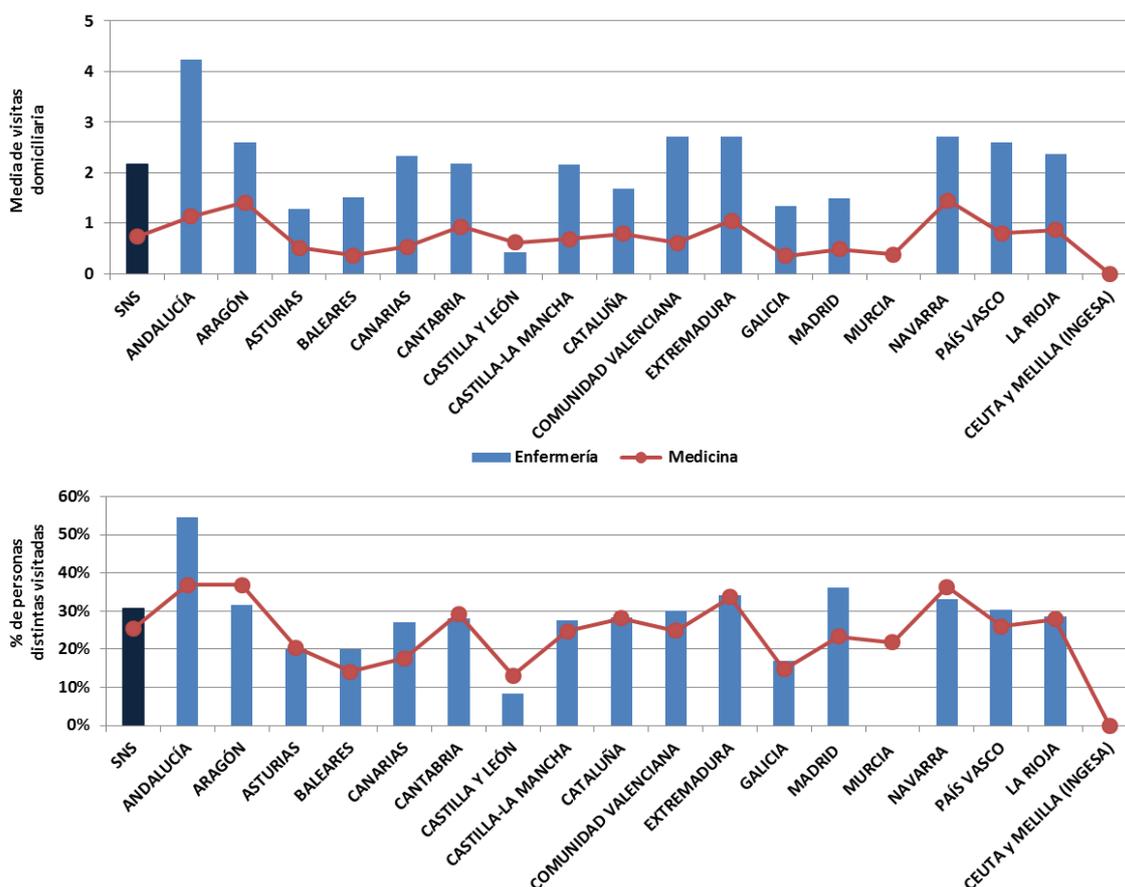
Figura 15. Visita domiciliaria por profesional de enfermería y de medicina FyC, en población asignada de atención primaria de 80 años y más. Distribución por sexo. Datos 2013-2017.



Fuente: SIAP. MSCBS

Al analizar la distribución por CCAA, se observa una gran variabilidad, sobre todo para la actividad de visita domiciliaria de los profesionales de enfermería. Destaca Andalucía como una de las regiones con un mayor número medio de visitas domiciliarias, así como de porcentaje de personas distintas visitadas por este personal de enfermería, en población de 80 y más años asignada a AP, para el año 2017.

Figura 16. Visita domiciliaria en población asignada de atención primaria de 80 años y más. Distribución por CCAA. Datos 2017.



Fuente: SIAP. MSCBS

Conclusiones más relevantes de la actividad de visita domiciliaria:

- En general la actividad de la visita domiciliaria parece limitada, ya que según datos del SNS el 70% de la población de más de 80 años no ha recibido ninguna visita domiciliaria en el último año de la medición (2017). Esto es así a pesar del establecimiento de distintos modelos organizativos que promueven la gestión de caso (comunitaria y hospitalaria), o el establecimiento de personal de enfermería de enlace o de continuidad, o la inclusión de indicadores relacionados con actividad de visita domiciliaria en contratos programa, que se han establecido en distintas CCAA (ver anexo V). Indicamos que este resultado en el SNS puede verse afectado, a la baja, por las dificultades en el registro o procesamiento de estos datos en el SIAP en algunas CCAA, según describimos más abajo.
- Sería necesario un análisis de la situación de dependencia o el lugar de residencia (con o sin apoyo socio sanitario) de estos mayores de 80 años, para poder elaborar conclusiones de necesidades concretas de mejora en esta actividad.
- Existe una amplia variabilidad de la actividad de visita domiciliaria entre las distintas CCAA, resaltando Andalucía con los mejores resultados.

- La visita domiciliaria es una herramienta clave para garantizar la continuidad asistencial, que puede contribuir, junto otras medidas, a evitar reingresos y hospitalización potencialmente evitable (HPE). Al relacionar los resultados de estos indicadores del informe, las CCAA con valores de HPE o de reingresos por debajo de la media del SNS, que además tienen una actividad de visita domiciliaria por encima de la media del SNS son: Andalucía, Aragón, Canarias (solo en nº de visitas), Extremadura y Navarra.
- Otras CCAA que resaltan por una actividad por encima de la media del SNS en visita domiciliaria, aunque no están por debajo de la media en HPE o reingresos, son la Comunidad Valenciana, País Vasco, La Rioja (nº de visitas) y Madrid (% de población).
- Aclaremos que, en el caso de las Comunidades Autónomas de Castilla y León y Murcia, la actividad real puede ser mayor a la reflejada en estos resultados. Se han detectado dificultades en el registro o procesamiento de estos datos en línea con las definiciones y proceso establecidos en el SIAP, que se corregirán en 2018 y 2019 respectivamente.
- En función de estos resultados, y sin entrar en otros factores, como el nivel de dependencia, que determinan la intensidad de la visita, se deben priorizar medidas que fomenten la actividad y cobertura la visita domiciliaria, especialmente por personal de enfermería, tal y como se plantea en la Estrategia. El acuerdo de definiciones, criterios, indicadores y estándares comunes y la distribución de responsabilidades explícitas en un modelo de mínimos, podría resultar de utilidad y mejorar la eficacia y continuidad de los cuidados.

Número de plazas de fisioterapeutas/terapeutas ocupacionales en Atención Primaria

En la tabla nº 12 se recoge el número de Fisioterapeutas/terapeutas ocupacionales en AP de cada CCAA, según los datos del año 2017. Estos datos se complementan con la información descriptiva de la organización de recursos para la provisión del servicio de fisioterapia básica disponibles desde AP, que han proporcionado cada una de las Comunidades Autónomas, que se recoge en el Anexo III de este documento.

Precisamente las diferencias se explican en parte por la diferente organización de la provisión del servicio, en donde en algunas CCAA estos profesionales ya dependen de AP, y en otras se contabilizan en los equipos de atención especializada, o se recurre a servicios concertados para la provisión de la atención.

Tabla 12. Nº de Fisioterapeutas/terapeuta ocupacionales en AP. Distribución por CCAA. Datos 2017. Fuente: SIAP. MSCBS.

Número de plazas de Fisioterapeuta/terapeuta ocupacional en AP			
	Total	Fisioterapeuta	Terapeuta ocup.
País Vasco	0	0	0
Navarra	10	10	0
Ceuta y Melilla	10	10	0
La Rioja	14	14	0
Canarias	41	41	0
Baleares	46	46	0
Aragón	50	50	0
Murcia	55	38	17
Cantabria	64	64	0
Asturias	78	73	5
Extremadura	85	85	0
Galicia	114	114	0
Castilla y León	143	143	0
Castilla-La Mancha	162	153	9
C. Valenciana	186	186	0
Madrid	188	188	0
Andalucía	311	293	18
SNS	1557	1508	49
Cataluña	-	-	-

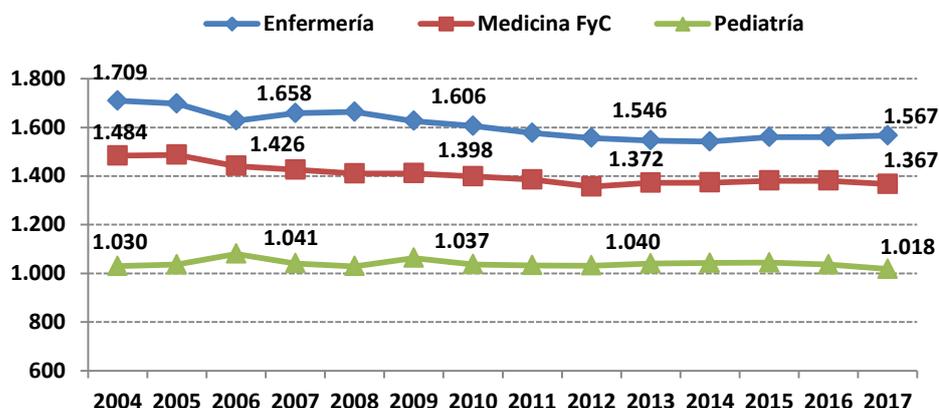
Conclusiones del acceso al servicio de fisioterapia/terapia ocupacional desde AP:

- Tanto el indicador como la información cualitativa del anexo III pretende informar sobre el acceso y la provisión del servicio de fisioterapia básica desde los equipos de AP. Esto puede ser independiente a que estos profesionales estén integrados en los equipos de AP, o sea un servicio concertado. La derivación a través del medio hospitalario puede suponer una barrera de acceso, y diluir el enfoque comunitario preventivo de este servicio que se recoge en las recomendaciones de la Estrategia (EAC).
- Según la información descrita en el anexo III, existe una gran variabilidad en el abordaje de problemas, organización del servicio, protocolos de derivación, etc... Cataluña es la única que concierta este servicio, con derivación tanto desde AP como desde AE. En el resto de las CCAA, se notifica que el servicio de fisioterapia básica está integrado en los equipos de AP. No obstante, hay algunos casos, en los que parece seguir existiendo una derivación por profesionales de rehabilitación.
- Por lo tanto, se deben seguir reforzando acciones para la derivación directa desde AP, haciendo que fisioterapia forme parte del equipo de manera integrada y en la medida de lo posible apoye el domicilio, incluyendo algunos criterios mínimos como por ejemplo la pirámide poblacional.
- Además deben establecerse de manera más generalizada los tratamientos de fisioterapia respiratoria y cardiovascular indicados desde la AP, así como potenciar el trabajo grupal, midiendo en profundidad su eficacia.
- Se resaltan como acciones de interés, el protocolo de derivación elaborado en Castilla y León, o iniciativas como la de Aragón que utiliza los gimnasios como otros recursos de apoyo.

Ratio medio de personas asignadas a profesionales de AP

La evolución temporal del ratio medio de personas asignadas a profesionales de AP es descendente para la media del SNS, tanto para profesionales enfermeros/enfermeras como de medicina de FyC, entre los años 2004 a 2012, si bien presenta una estabilización de los valores desde ese año hasta el 2017. En el caso de los pediatras este descenso solo se aprecia, de manera muy leve, en los dos últimos años registrados.

Figura 17. Ratio medio de personas asignadas a profesionales de AP. Datos 2004-2017.



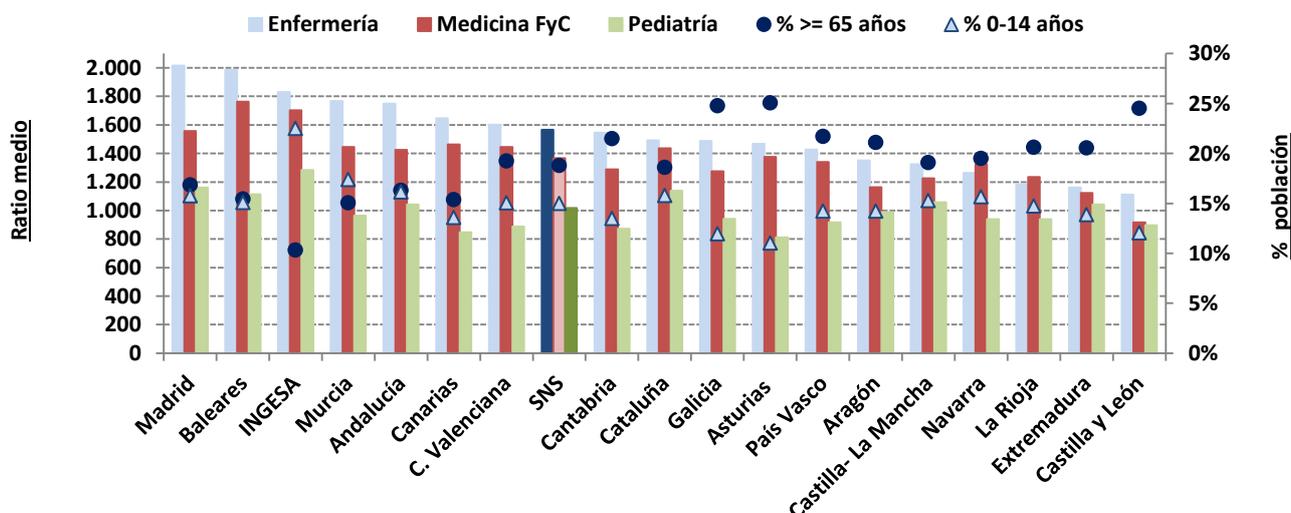
Fuente: SIAP. MSCBS

Al analizar la distribución por CCAA, para el año 2017, encontramos variabilidad de resultados en función de la CCAA, y sobre todo en relación a los profesionales enfermeros/enfermeras.

Esta información debe matizarse teniendo en cuenta dos aspectos principales: las pirámides de edad de la población asignada y el grado de dispersión geográfica. Se observa que en aquellas CCAA con una pirámide de población asignada más envejecida, el ratio de personas asignadas a profesionales enfermeros/enfermeras y de medicina de FyC, suele ser inferior a la media, lo que puede estar en línea con unas mayores necesidades de esta población. En el caso de ratio de personas asignadas a pediatría, se observa un valor más homogéneo en todas las CCAA, siendo la media para el SNS en este año de 1.018 personas asignadas por cada profesional de pediatría. No obstante, en este caso no todas las regiones con un mayor % de población de 0-14 años cuentan con un ratio inferior, como cabría esperar.

Más abajo también se muestran resultados en el contexto de la dispersión geográfica, otro de los factores más determinantes en estas cifras.

Figura 18. Ratio medio de personas asignadas a profesionales de AP. Distribución por CCAA (año 2017).



Fuente: SIAP. MSCBS

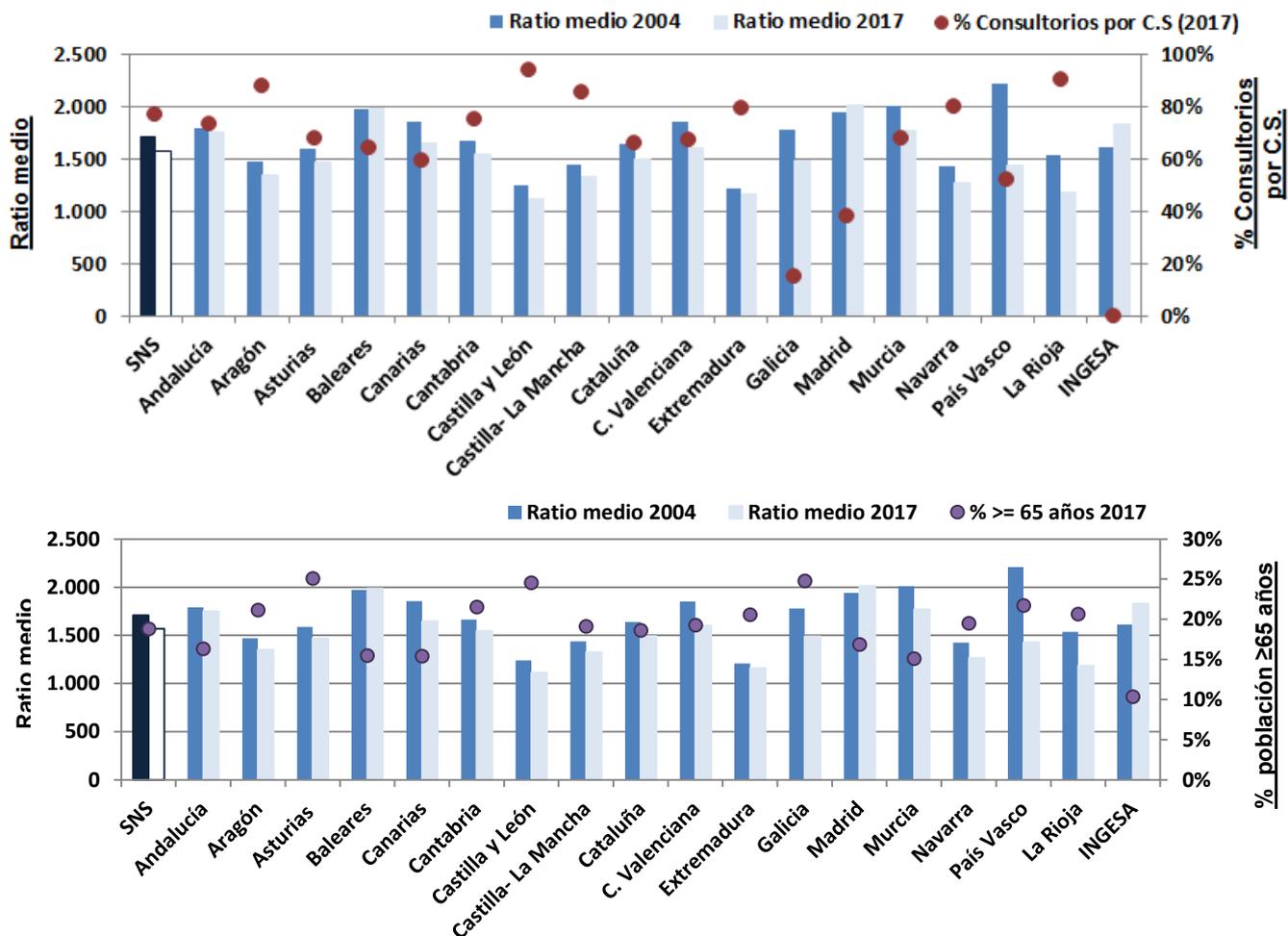
Se ha comparado los datos del ratio medio de personas asignadas a profesionales de AP, tanto enfermeros/enfermeras como de medicina FyC y de pediatría, en 2004 con los obtenidos en 2017, para ver la evolución de estos recursos en cada CCAA.

En el caso de personas asignadas a enfermeros/enfermeras de AP el ratio medio ha descendido en casi todas las CCAA, con la salvedad de Baleares, Madrid e INGESA, con valores por encima de la media del SNS en 2017. Otras CCAA, a pesar de haberlo reducido respecto el 2004 también se sitúan por encima de la media del SNS, como son Murcia, Andalucía, Canarias y C. Valenciana.

Para dar una idea del grado de dispersión geográfica, como uno de los aspectos que matizan esta información junto con la pirámide poblacional, se han considerado el porcentaje de consultorios por Centros de Salud. Hay que mencionar la excepción de Galicia, ya que muchos de sus consultorios pasaron a la consideración de centro de salud. En relación a la pirámide poblacional se ha utilizado el porcentaje de población de 65 y más años.

En términos generales, se observa que las CCAA con un mayor grado de dispersión geográfica, y con una población más envejecida, también cuentan con ratios más bajos de personas asignadas a estos profesionales de AP, siendo Castilla y León el más bajo con 1.112 personas por enfermera/enfermero, y un 24,5% de población mayor de 65 años y la mayor dispersión geográfica, como se ve a continuación.

Figura 19. Ratio medio de personas asignadas a enfermera/enfermero de AP. Distribución por CCAA, en relación a la dispersión geográfica y a la pirámide de población. Datos 2004 y 2017.

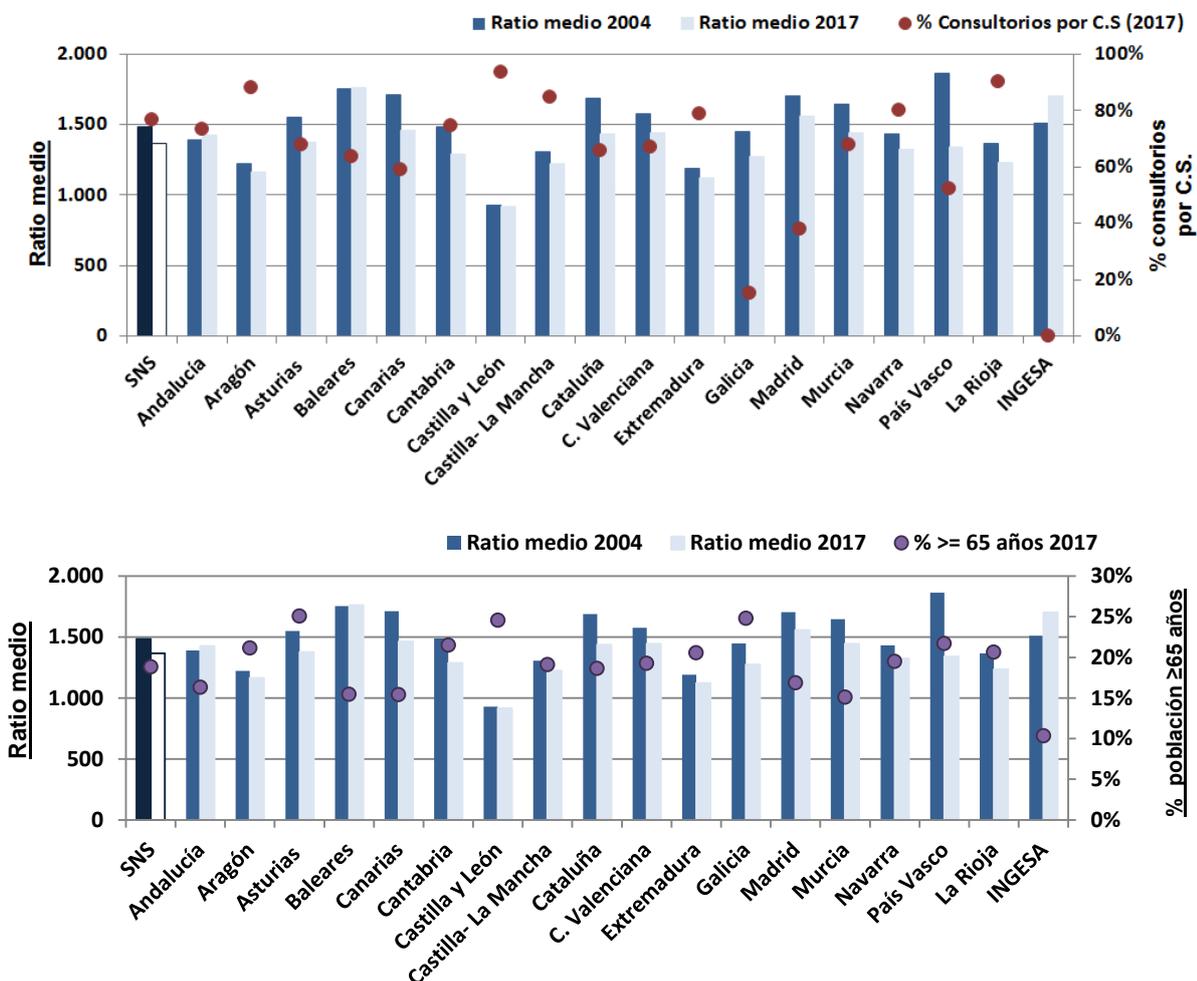


Fuente: SIAP. MSCBS

En el caso de personas asignadas a profesionales de medicina de FyC, el ratio medio también ha descendido en casi todas las CCAA, con la salvedad de INGESA que ha aumentado, y Andalucía y Baleares, que se ha mantenido prácticamente igual pero con valores por encima de la media del SNS en 2017. Madrid, aunque si ha visto reducido el ratio desde 2004, también lo mantiene por encima de la media del SNS.

De nuevo, en términos generales, se observa que las CCAA con un mayor grado de dispersión geográfica también cuentan, como era de esperar, con ratios más bajos de personas asignadas a profesionales de medicina FyC de AP, o al menos no superiores a la media del SNS en 2017.

Figura 20. Ratio medio de personas asignadas a medicina FyC de AP. Distribución por CCAA, en relación a la dispersión geográfica y a la pirámide de población. Datos 2004 y 2017.



Fuente: SIAP. MSCBS

En el caso de personas asignadas a profesionales de pediatría, el descenso en el ratio medio ha sido menos significativo en general, existiendo CCAA que si se redujo de manera importante, como es Canarias, Cantabria, Castilla y León, Murcia, País Vasco o la Rioja.

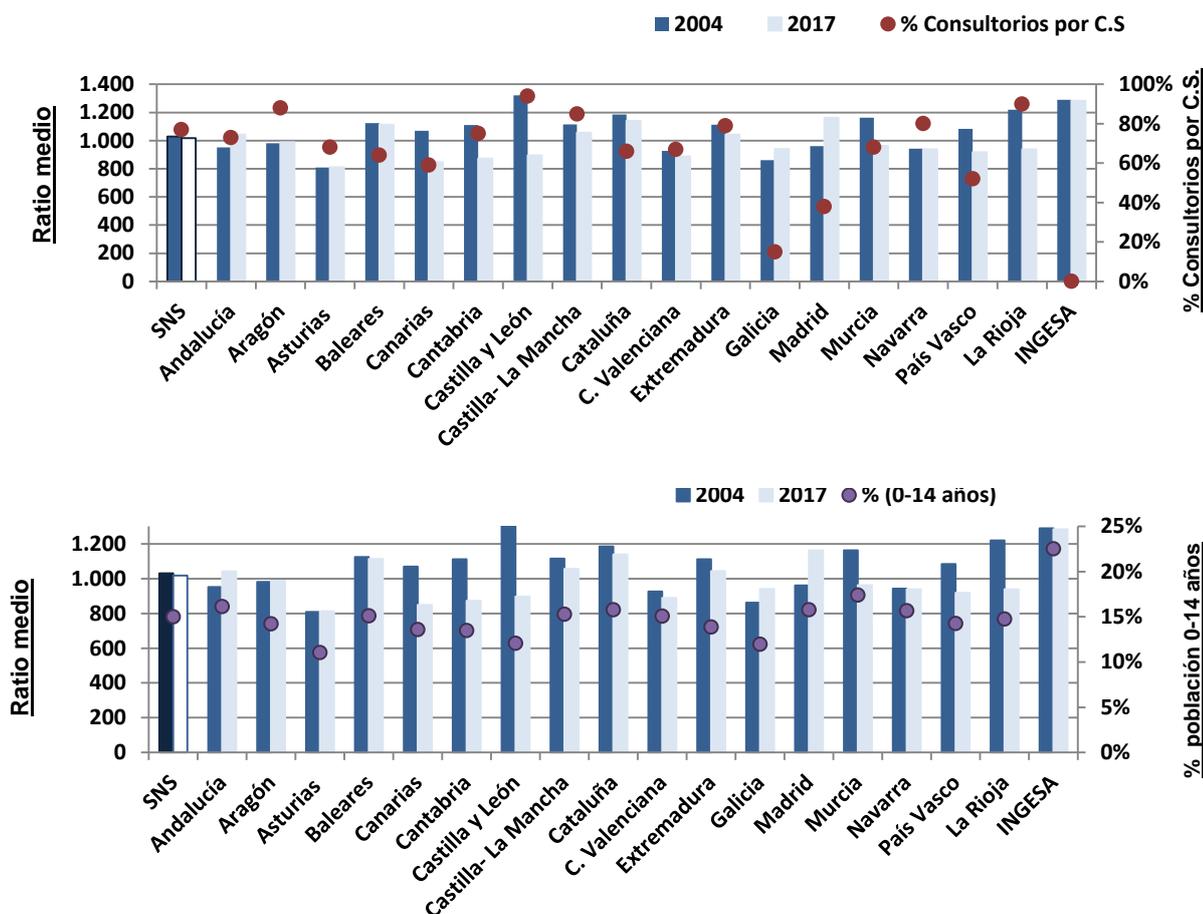
Sin embargo en otras CCAA como Andalucía, Madrid e INGESA, se ha producido un aumento en este periodo, con valores por encima de la media del SNS en 2017, siendo especialmente significativo el caso de INGESA, ya que cuenta con un porcentaje de población entre 0 y 14 años elevado.

Galicia, aunque también ha visto aumentado este ratio, no obstante, se mantiene por debajo de la media del SNS, contando además con uno de los porcentajes más bajos de población entre 0 y 14 años.

Baleares, Castilla La Mancha, Cataluña y Extremadura, han reducido levemente el ratio desde 2004, aunque manteniéndolo por encima de la media del SNS.

De nuevo, en términos generales, se observa que las CCAA con un mayor grado de dispersión geográfica se dan ratios bajos de personas asignadas a profesionales de pediatría, o al menos no superiores a la media del SNS en 2017.

Figura 21. Ratio medio de personas asignadas a pediatría de AP. Distribución por CCAA, en relación a la dispersión geográfica y a la pirámide de población. Datos 2004 y 2017.



Fuente: SIAP. MSCBS

Conclusiones relevantes sobre el ratio medio de personas asignadas a profesionales AP:

- Los datos a nivel de SNS muestran los esfuerzos realizados desde el 2004 al 2012, por reducir este ratio medio de personas asignadas a profesionales, tanto de enfermeras/enfermeros como de medicina FyC. En el caso de los pediatras este descenso solo se aprecia, de manera muy leve, en los años 2016 y 2017.
- El establecimiento de estándares para estos ratios es complejo, y como se ha reflejado, se ve matizado por factores como la dispersión geográfica y la pirámide de la población. Además depende en gran medida del modelo y la organización de la gestión. Si bien el estándar definido por las Sociedades Científicas de AP de 1500 pacientes por médico FyC (16) se ha alcanzado en muchas CCAA, puede necesitar ser modificado por las características cada vez más envejecidas de la población con multimorbilidad y polifarmacia y la mayor implicación de la AP en la resolución de procesos y solicitud de pruebas diagnósticas anteriormente no accesibles para, entre otras, disminuir la HPE.
- En el caso de ratio de personas asignadas a pediatría, aunque se observa un valor más homogéneo entre todas las CCAA, llama la atención aquellas regiones que lo han visto aumentado en este periodo, o mantenido por encima de la media del SNS, sin que lo justifique un porcentaje de población de 0 a 14 años especialmente reducido (en el caso de INGESA es el más alto).

- Para dar una noción de la situación a escala internacional, según los últimos datos disponibles (17) en la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE), el número de médicos (médicos de FyC, especialistas, otros...) en España en 2016 era de 3,8 por cada 1.000 habitantes, por encima de la media de la UE (3,6 por cada 1.000 habitantes). El informe no contiene datos de si esta situación se mantiene en el caso de referirse sólo a médicos de FyC.
- Por otro lado, estos mismos datos de la OCDE (17) para el número de enfermeras (de todos los niveles asistenciales) en España en 2016, era de 5,5 por cada 1000 habitantes, por debajo de la media de la UE (8,4). No obstante, se debe tener en cuenta que el concepto de enfermeras contemplado en las valoraciones generales de la OCDE, incluye un amplio rango de titulaciones profesionales, que en España se excluyen al no contar con la titulación académica correspondiente (técnicos de laboratorio, técnicos de radiología...)
- Se observa una gran variabilidad entre CCAA, tanto de la población asignada a enfermeras/enfermeros como a medicina, ya no sólo en los ratios, lo cual es esperable dado las diferentes características demográficas y geográficas que se dan en cada una de ellas, sino también en la evolución temporal desde el 2004 al 2017. En el caso de población asignada a profesional de pediatría, aunque se observa un valor más homogéneo entre todas las CCAA, también se da variabilidad en la evolución entre regiones. Donde la mayoría de las CCAA, y algunas de manera significativa, han reducido desde 2004 los ratios de personas asignadas a profesionales de AP, otras bien se han incrementado o mantenido estables, y por encima de la media del SNS en 2017. Este es el caso de Andalucía (para medicina y pediatría), Baleares (para enfermeras/enfermeros, medicina y pediatría), Madrid (para enfermeras/enfermeros y pediatría) e INGESA (para enfermeras/enfermeros, medicina y pediatría). Si bien es cierto que ninguna de estas CCAA tienen un alto grado de dispersión geográfica, ni una población más envejecida de la media del SNS, y como ya hemos dicho en el caso de INGESA el porcentaje de población entre 0 y 14 años es elevado. Castilla La Mancha, Cataluña y Extremadura, también mantienen por encima de la media el ratio de personas asignadas a profesionales de pediatría, aunque en este caso el porcentaje de población entre 0 y 14 años no es alto.
- El ratio de personas asignadas a profesionales de AP, y sobre todo de profesionales enfermeras/enfermeros, puede influir en la calidad y seguridad de los servicios sanitarios, y por lo tanto en la ejecución de distintas actividad asistenciales, como es la atención domiciliaria, que según los resultados mostrados en este informe, concluimos que parece en general limitada. No obstante, existen otros aspectos a parte de la ratio, que influyen en la calidad y seguridad asistencial ya que según nuestros resultados, por ejemplo Andalucía, donde no existe un ratio especialmente reducido de personas asignadas a profesional de enfermería de AP, presenta una actividad de visita domiciliaria por encima de la media del SNS, y como veremos en el siguiente apartado, un mayor registro de valoraciones funcional y social en personas de 70 y más años.

Valoración funcional y social en personas de 70 y más años registrada en AP, por mil personas asignadas

Se ha analizado la valoración funcional y social en personas de 70 y más años, registrada en AP, por mil personas asignadas, mediante el registro en la historia clínica electrónica del Índice de Barthel o Índice de Katz y escala de Lawton y Brody, para la valoración funcional y de necesidades de dependencia de cuidados, y con la escala de Gijón, para la valoración social.

En primer lugar se indica que no se han podido obtener información fiable de la valoración social, al ser únicamente 3 CCAA las que remiten la información de la escala de Gijón a BDCAP.

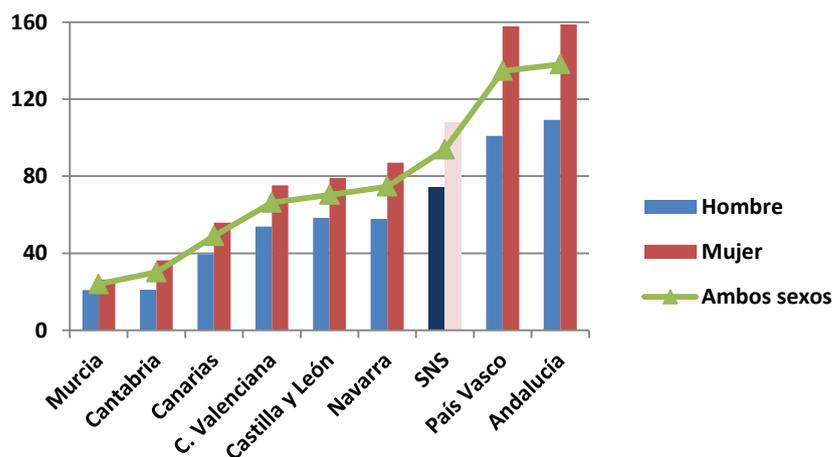
Aunque hay expectativa de ir mejorando en BDCAP en estas valoraciones (también la funcional), existen dificultades que pueden enlentecer el proceso: la enorme variabilidad de escalas disponibles a los profesionales de AP; el posible infra registro o registro en formato no estructurados que dificultan la localización y extracción de los mismos para su volcado en BDCAP.

En relación a la valoración funcional, contamos con los datos de 8 las CCAA para el 2016, resaltando un mayor registro en las Comunidades Autónomas de Andalucía y País Vasco.

No obstante, sigue siendo un número reducido de CCAA, teniendo en cuenta que en un gran número de ellas cuentan con acciones para pacientes crónicos que insisten en valoraciones integrales, incluyendo entre otras, la valoración funcional y la social.

Otro resultado a resaltar, es que en todas las CCAA que transmiten estos datos, hay un mayor registro de valoración funcional en mujeres que en hombres (de 70 y más años).

Figura 22. Personas ≥ 70 años con registro de la valoración funcional por mil asignadas a AP. Distribución por sexo y CCAA. Datos 2016.



Fuente: BDCAP. MSCBS.

Conclusiones relevantes sobre la valoración funcional y de necesidades de dependencia de cuidados, y valoración social

- Como ya se ha mencionado, la valoración funcional y de necesidades de dependencia de cuidados, y la valoración social son partes importantes en las valoraciones integrales a personas con enfermedades crónicas, requeridas para a la planificación de intervenciones individualizadas que contribuyen a garantizar la atención más adecuada a las necesidades.
- No obstante, los resultados sobre el registro de valoración funcional y social en AP que se muestran aquí parecen también limitarse a un número reducido de CCAA, si se consideran las CCAA donde se describen acciones para pacientes crónicos que recomienda este tipo de valoraciones (ver anexo V).
- Sería necesario potenciar esfuerzos para que el registro y transferencia de datos de este tipo de escalas se mejore, estando disponible en la Historia clínica del paciente y accesible a todos los profesionales que lo asistan. Aunque el indicador no se refiera a población pediátrica, se recuerda la importancia, como punto de mejora en la atención del paciente y su familia, de la valoración social en el caso de familias de niños con patología crónica, sobretodo crónica compleja, ya que muchos cuidadores están obligados a dejar su actividad laboral.
- Para ello se pueden analizar las acciones realizadas en Andalucía o País Vasco en este campo para identificar experiencias exitosas.

Avances en el uso compartido de la H. clínica entre los distintos niveles asistenciales y comunicación de información entre ámbitos asistenciales

Se recogen aquí las conclusiones del Bloque 2 de la encuesta a las CCAA, sobre avances en el uso compartido de la H. clínica entre los distintos niveles asistenciales, así como la comunicación e información entre ámbitos asistenciales. Se puede consultar un resumen de las respuestas recibidas en el anexo IV de este documento.

En términos generales, la gran mayoría de las CCAA han realizado esfuerzos considerables para avanzar en el uso compartido de la historia clínica electrónica (HCE) entre los distintos niveles asistenciales. Así, de las 16 CCAA y Ceuta que respondieron a la encuesta, 16 informaron de los detalles de estos avances: **Lo que nos permite afirmar que al menos la visualización y acceso a elementos relevantes de la HCE de un paciente, como son los diagnósticos activos y las pruebas diagnósticas, está garantizada entre niveles asistenciales de AP, servicios de urgencias y atención Hospitalaria (incluida la ambulatoria), en casi todas las CCAA.** La medicación activa, está también accesible en casi todos los casos, incluyendo a los profesionales de farmacia comunitaria mediante la receta electrónica, se proporciona más información en párrafos siguientes. No obstante, no se ha explorado la percepción de los profesionales sobre la calidad del acceso a dicha información.

Este acceso o visualización, no siempre es sinónimo de integración de estos elementos en las HCE. Es más, sólo 4 CCAA, Asturias, Extremadura, Galicia y La Rioja, informaron de que cuentan con una única HCE integrada en todos los niveles asistenciales, lo que sugiere cierto/alto grado de integración. Aragón está en vías de implementación de este proyecto actualmente.

Una única HCE facilita que los profesionales accedan a la información clínica relevante y planes de cuidados de las personas con enfermedades crónicas, estén donde estén, para que se asegure la mejor atención, más adecuada y más segura, objetivo último de este análisis que refleja el fin de la recomendación nº 38 de la EAC, y que continúa completamente en vigor.

No obstante, no es el único elemento a perseguir, ya que en función de los resultados de algunos de los indicadores aquí analizados, sabemos que a pesar de esta única HCE integrada, por ejemplo en el caso de Extremadura, puede existir dificultades en el registro o transferencia de datos desde AP, que deben también reforzarse para alcanzar el fin mencionado.

Así mismo, aunque una historia clínica única sea una herramienta potente, no constituye el único medio para conseguir el acceso a esta información clínica relevante y planes de cuidados desde todos los niveles de la asistencia sanitaria. En este sentido, hay 9 CCAA (Andalucía, Aragón, Canarias, Cantabria, Cataluña, Castilla y León, Madrid, Murcia y Navarra) cuyo acceso se realiza a través de un visor de historia clínica completo. Algunas de ellas, como Navarra y Aragón, cuentan con algunos perfiles de paciente (pluripatológico/crónicos complejos), que integran elementos concretos de la HCE específicos para cada perfil entre los distintos niveles asistenciales que los atienden. También en el caso de Cataluña los pacientes complejos están identificados, con un plan atención, disponibles para diferentes niveles o ámbitos de manera integrada en la propia estación clínica de trabajo. El caso de la C. Valenciana, cuenta con una HCE integrada entre AP (incluida AP urgencias) y AE ambulatoria, lo que puede facilitar y potenciar la coordinación entre AP y médicos especialistas, contribuyendo a la continuidad asistencial, clave para la gestión de las personas con enfermedades crónicas. Por otro lado, dispone de un visor para el acceso al nivel hospitalario, y continúa desarrollando una nueva HCE de uso hospitalario tanto para el ingreso como la atención ambulatoria, que debería garantizar las mismas facilidades de la ya implantada HCE integrada entre AP y AE ambulatoria.

País Vasco informó de que todos los elementos relevantes encuestados (problemas de salud activos, tratamientos activos, pruebas diagnósticas y otros) se comparten entre los distintos niveles asistenciales, aunque no aportaron detalles sobre si disponen de un visor o si cuentan con módulos específicos con algún grado de integración.

Garantizar la continuidad asistencial es un objetivo establecido en la línea estratégica 3 de la EAC (el objetivo nº 9), que continúa con pleno vigor y que puede ser en gran medida facilitado por los avances en el uso compartido de la HCE.

Un aspecto muy relevante para la gestión de los pacientes con enfermedades crónicas, sobre todo considerando el porcentaje de personas polimedizadas que se analiza más adelante, es el acceso desde cualquier nivel asistencial a la **información de la medicación activa en un entorno único y compartido**.

Es por lo tanto, un elemento clave a considerar cuando se dispone o se planifica una única HCE integrada, y que a día de hoy, ni siquiera todas las CCAA que cuentan con una única HCE integrada disponen de la información del módulo de prescripción compartida en todos los niveles asistenciales.

En cambio hay experiencias como la de Madrid, donde a pesar de no tener esta única HCE integrada, se ha implantado un Módulo Único de Prescripción disponible en HCE de AP, hospitales, Residencias Públicas sociosanitarias, servicios de urgencias (SUMMA112), lo que a priori puede ayudar, entre otras cosas, a evitar errores de medicación que se producen de manera frecuente durante las transiciones asistenciales o traslados de pacientes entre diferentes servicios o ámbitos asistenciales. Otro ejemplo es Comunidad Valenciana, donde toda la prescripción de dispensación ambulatoria (AP y AE, incluyendo prescripción al alta y dispensación por farmacia hospitalaria) se realiza en módulo de prescripción compartido (MPRE).

Según la información más detallada del anexo IV, hay muchas experiencias exitosas de distintas CCAA, que pueden servir de modelo para aquellas Comunidades que aún no han impulsado o están en proceso de impulsar estos avances para un uso compartido de la HCE entre los distintos entornos asistenciales, como es el caso de Baleares y la Ciudad Autónoma de Ceuta. Además, puede ser de utilidad para aplicar en estos avances, consultar el documento "Historia Clínica Digital Conceptos comunes y definiciones" (18), que incluye aquellos conceptos que se consideran deben ser comunes a toda Historia Clínica y las definiciones que los sustentan, además de sugerir ciertas funcionalidades.

No entramos aquí, pero no queremos dejar de mencionar, otros avances en la comunicación entre profesionales sanitarios de distintos niveles asistenciales, y con los propios pacientes, como son las interconsultas, el envío de informes de alta de urgencias y hospitalización a AP, la comunicación vía receta electrónica con los profesionales de farmacia comunitaria, las carpetas personales de salud, o las modalidades de visita no presencial con pacientes a través de llamadas telefónicas, teleconsulta y telecuidados, y tele monitorización, que pueden ser de gran utilidad y por supuesto contribuir a la mejor atención, más adecuada y más segura, para las personas con enfermedades crónicas, y que podrán abordarse de un modo ad-hoc en el futuro.

Por último, en relación a la existencia de algún tipo de vinculación o comunicación mutua de información entre el sistema sanitario y el ámbito social, ligada a la Historia clínica del paciente, se produce una variabilidad más notable entre CCAA, y en general los avances estaban menos consolidados. En este caso 9 de las 16 CCAA dieron una respuesta afirmativa, en distintas modalidades y elementos compartidos entre ambos sectores.

En esta ocasión resaltamos algunas experiencias como es el caso de Navarra, donde cuentan con una herramienta adicional, externa a lo que es la HCE, donde acceden tanto profesionales sanitarios como sociales, con la escala de cribado de valoración sociosanitaria (RAICA). En el mismo sentido, Castilla y León, está desarrollando un proyecto de Plataforma Sociosanitaria que servirá para compartir información entre ambos niveles.

4 CCAA (Galicia, Extremadura, La Rioja y Madrid) describen que tienen establecidos circuitos formales y bidireccionales de interconsultas, en integración de informes en la HCE. En el caso de Extremadura además, los profesionales médicos del SEPAD (Servicio de atención a la dependencia) tienen acceso de a la HCE única como otro profesional sanitario más.

País Vasco, explica que existe una comunicación con asistentes sociales de Osakidetza pero no hay implantado otro cauce de comunicación con el ámbito social fuera del servicio vasco de salud. Como

excepción se cita la comunicación electrónica entre Osakidetza y el ámbito social en relación al informe de dependencia en Gipuzkoa.

Por último, en Aragón, los trabajadores sociales del ámbito sanitario tienen acceso a parte de la HCE sanitaria según su perfil y necesidades, distintos formularios sociales accesibles, que pueden visualizar los profesionales sanitarios, y en la nueva herramienta de HCE única (GUHARA), se ha normalizado el formulario que va a gestionar la información social del paciente/ciudadano. También tienen otros proyectos de colaboración sanitaria y social (una plataforma para gestionar los planes personales de rehabilitación en los pacientes con enfermedad mental grave).

Sería deseable disponer de datos de la funcionalidad, satisfacción y efectos en la gestión de los pacientes de estas herramientas, que apoyen su eficacia y puedan ser ejemplo para otras Comunidades y Ciudades Autónomas.

LÍNEA ESTRATÉGICA 4: Reorientación de la atención sanitaria.

Objetivos	Indicadores/Criterios	Fuente
Objetivo 11: Identificar en cada paciente su nivel de necesidad y facilitar la provisión de intervenciones específicas adecuadas a cada necesidad	Informe de resultados del Proyecto de Estratificación de la Población en el SNS por Grupos de Morbilidad Ajustados (GMA) (19)	MSCBS
Objetivo 12: Garantizar intervenciones sanitarias efectivas, seguras, eficientes, sostenibles y proporcionadas, basadas en la mejor evidencia científica disponible.	Indicador nº 16: % de Pacientes polimedcados registrados en AP	BDCAP
	Indicador nº 17: % de pacientes grandes polimedcados registrados en AP	BDCAP
Objetivo 13: Optimizar la terapia farmacológica en los pacientes con tratamientos crónicos, con especial atención a los pacientes polimedcados.		

Porcentaje de Pacientes polimedcados y grandes polimedcados registrados en AP

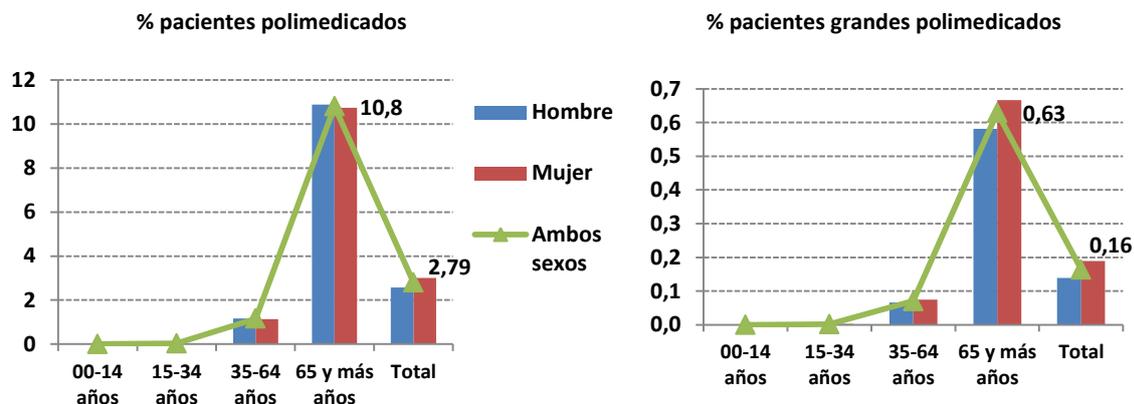
Se observa que, como era esperable, el grupo de edad con mayor porcentaje de polimedcados y grandes polimedcados, es el de 65 y más años. Los porcentajes registrados como media en este grupo son 10,8% y 0,63%, respectivamente.

Tal y como se advertía en el documento de indicadores, se indica que hay un bajo número de CCAA que remiten esta información a BDCAP, siendo en 2016 sólo 7 CCAA (Aragón, Asturias, Canarias, Cantabria, Extremadura, Galicia y Navarra).

Por este motivo tampoco es posible la desagregación por CCAA, en este momento, aunque como ya hemos dicho, se tiene expectativa de mejora de BDCAP.

No se destacan diferencias entre hombres y mujeres, que el caso de grandes polimedcados no pueden considerarse por ser porcentajes muy bajos.

Fig. 23. Porcentaje de pacientes polimedificados (6-9 fármacos²) y grandes polimedificados (10 o más fármacos) registrados en AP. Distribución por grandes grupos de edad y sexo. Datos 2016.



Fuente: BDCAP. MSCBS.

Prescripción inadecuada en personas de edad avanzada

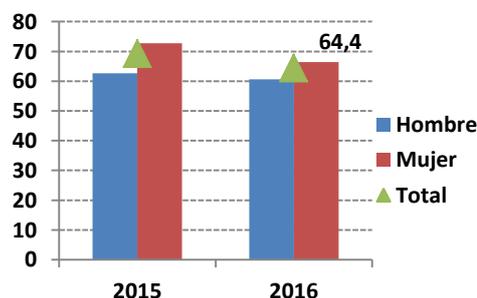
Se identificaron como fármacos prioritarios para evaluar la prescripción inadecuada en personas de edad avanzada, y generalmente con enfermedades crónicas, las benzodiacepinas (BDZ) y los neurolépticos.

Estos indicadores se recogen, entre otros, en la Estrategia de Seguridad del Paciente del SNS (20). Además se incluyen sus fichas en el anexo II de este informe.

En 2016, el 64,4% de las personas con 75 años o más y con diagnóstico de insomnio, se les prescribió al menos un envase de Benzodiacepinas (BDZ). Con poca diferencia se prescribió más a mujeres que a hombres.

Para ese mismo año, un 7,8% de las personas con 65 años o más y con diagnóstico de insomnio o Parkinson, se les prescribió al menos un envase de Neurolépticos. De nuevo se prescribió más a mujeres que a hombres, con mayores diferencias en este caso.

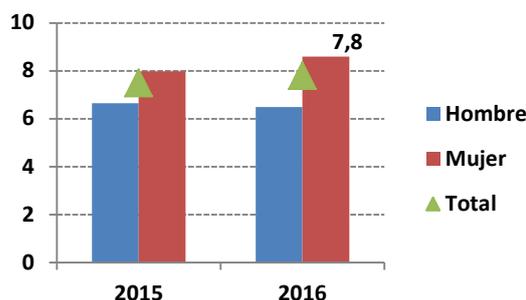
Fig. 24. Personas (%) de 75 y más años con insomnio y al menos un envase de BZD, por sexo. Datos 2015 y 2016.



Fuente: BDCAP. MSCBS.

² Tal y como se describe en la ficha de estos indicadores, BDCAP recibe la información de receta electrónica de aquellos medicamentos dispensados que han sido prescritos por AP. Los medicamentos se reciben con código nacional y se mapean luego a la clasificación ATC de principio activo, para la explotación.

Fig. 25. Personas (%) de 65 años y más con diagnóstico de insomnio o Parkinson y al menos un envase de neuroléptico, por sexo. Datos 2015 y 2016



Fuente: BDCAP. MSCBS.

Conclusiones relevantes sobre la polimedicación y prescripción inadecuada en personas con enfermedades crónicas

- Los resultados obtenidos sobre polimedicación son más bajos de los esperados para personas de 65 y más años, ya que a pesar de las diferencias metodológicas, hay estudios (21) basados en las Encuestas Nacionales de Salud (ENSE 2006 y 2011/12), donde describen un porcentaje de polimedicación de hasta en un 32,5% y un 36,4% en la ENSE 2006 y 2011/12, respectivamente, en población de 65 y más años, considerando 4 y más fármacos. Hay que tomar en cuenta también la limitación de la fuente de datos en el momento actual, dado el bajo número de CCAA que reportan datos sobre medicamentos en la BDCAP.
- Aunque no tenemos datos de otros indicadores sobre el consumo de benzodiacepinas (BDZ) y los neurolépticos en personas de edad avanzada, que sean comparables y den una idea del contexto respecto otros países, parece que el porcentaje observado en nuestros resultados, pueda ser algo elevado, y los riesgos asociados son también preocupantes, teniendo en cuenta que su prescripción es potencialmente inapropiada en persona de 65 y más años (22, 23). Se considera prioritario establecer medidas (formación de profesionales, despliegue de las recomendaciones del No hacer, procedimientos, proyectos de colaboración con los profesionales de farmacia comunitaria, etc) para el uso seguro de medicamentos de alto riesgo en pacientes crónicos, como son las benzodiacepinas y antipsicóticos, sobre todo en personas mayores.
- Es importante reforzar las acciones, sobre todo desde el ámbito de AP, que promuevan la revisión sistemática de la medicación en personas con enfermedades crónicas y polimedificados así como la de-prescripción en grandes polimedificados, con el fin de prevenir y detectar problemas relacionados con medicamentos, así como la mejora de la adherencia a los tratamientos. Además, las actividades de entrenamiento a los cuidadores se debe insistir en este aspecto de manera explícita, y trabajar en coordinación con los enfermeras/enfermeros y médicos especialistas hospitalarios y farmacéuticos, para el desarrollo de estrategias de mejora de la conciliación de la medicación. En la mayoría de las CCAA han puesto en marcha iniciativas en este sentido. Las CCAA que las mencionan expresamente en la información cualitativa del anexo V de este informe son Andalucía, Baleares, Canarias, Castilla y León, Cataluña, Comunidad Valenciana, Madrid o Navarra.
- Se deben potenciar las acciones para la transferencia de datos de consumo de medicamentos en la BDCAP, para así disponer de sistemas de información robustos y una información actualizada sobre la dimensión de la polimedicación o de otros aspectos de seguridad del paciente relacionados con los medicamentos, que puedan servir de base en la toma de decisiones de las distintas políticas sanitarias.

LÍNEA ESTRATÉGICA 5: Equidad en salud e igualdad de trato.

Objetivos	Indicadores/Criterios	Fuente
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.	Los indicadores anteriormente descritos se han desagregado, en su caso, por sexo y, territorialmente, por comunidades autónomas. Algunos sistemas de información cuentan con otros tipos de desagregaciones, en relación con otros enfoques como el nivel de renta, la ruralidad, la situación laboral o el país de nacimiento, que se utilizarán en los indicadores según se describe en el anexo I de fichas técnicas.	BDCAP CMDB
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.

LÍNEA ESTRATÉGICA 6: Investigación e Innovación.

Objetivos	Indicadores/Criterios	Fuente
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.	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.	FECYT MSCBS
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.	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.	FECYT MSCBS
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.	Indicador nº 20: Número de patentes con participación española (solicitudes y patentes licenciadas) nacionales/internacionales sobre cronicidad.	FECYT MSCBS
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.		

Estos resultados se añadirán en un anexo a este informe, tan pronto estén disponibles, en el marco del convenio de colaboración entre el MSCBS y la FECYT.

4 LÍNEAS PRIORITARIAS DE ACTUACIÓN A REFORZAR O IMPLEMENTAR

En la redacción de estos puntos se ha tenido en cuenta tanto las conclusiones de los resultados de evaluación, como la descripción de acciones emprendidas en las CCAA para el abordaje de las enfermedades crónicas que recoge el anexo V.

1. Historia clínica electrónica compartida

Sigue siendo imprescindible reforzar medidas que garanticen que todos los profesionales de los equipos de AP, atención ambulatoria, ámbito hospitalario y de los dispositivos de urgencias, que atienden a las personas con enfermedades crónicas, **puedan compartir la información del paciente de forma ágil y sencilla**. Si no es a través de un única HCE, que se establezcan conexiones eficaces que permitan el uso entre sistemas sin restricciones o barreras a la información relevante.

En especial debe fomentarse el acceso, desde cualquier nivel asistencial, a la **información completa de la medicación activa**, y en este caso primordialmente desde un entorno único y compartido. Son igualmente importantes las conexiones con recursos sociosanitarios.

Es importante que el registro de datos útiles para la atención a las personas con enfermedades crónicas sea fiable y fácil de cumplimentar, al igual que la transferencia de los mismos a los sistemas de información del SNS.

2. Atención coordinada social y sanitaria

Los resultados confirman que los determinantes sociales de salud son factores de gran peso para la adquisición de enfermedades crónicas, y en especial plantean la necesidad de **priorizar intervenciones desde AP en las mujeres de bajo y muy bajo nivel de renta, así como en personas en situación de desempleo**.

Se deben intensificar los esfuerzos en **mejorar la vinculación o comunicación mutua de información entre el sistema sanitario y el ámbito social**, ligada a la Historia clínica del paciente, según el perfil y necesidades de cada profesional. Como ejemplo en este sentido, se incluye en este informe la experiencia de Navarra, con una herramienta compartida de valoración de riesgo sociosanitario, que pueden ser de ayuda para otras CCAA.

Se resalta también, en el ámbito de la atención coordinada social y sanitaria, el acceso a **recursos asistenciales para la hospitalización a media y larga estancia**, descrito en muchas de las CCAA y que debe de continuarse y mejorarse, así como garantizar el acceso también desde AP.

Otras iniciativas interesantes en este ámbito son:

- La Plataforma de atención sociosanitaria al paciente crónico y personas en situación de dependencia (en desarrollo por Castilla y León);
- La potenciación de la valoración integral desde AP (en pacientes de alto riesgo) que se describe en muchos de los Procesos Asistenciales Integrados a pacientes crónicos complejos o avanzados. Esta valoración debe realizarse en equipos multidisciplinares, ser integral e integrada y con un abordaje individual del paciente y de la persona cuidadora.

3. Fomentar el trabajo en equipo y la corresponsabilidad de los profesionales de los distintos ámbitos asistenciales como garantía de la continuidad asistencial

Se debe profundizar en **la cultura de trabajo en equipo multidisciplinar y entre todos los profesionales de la salud que atienden a un paciente crónico**, sobre el cual todos tienen responsabilidades concretas, pivotando esta atención en los equipos de AP, incluyendo al trabajador social sanitario, así como a los profesionales de psicología clínica que realicen valoraciones neuropsicológicas de la persona y apoyo psicológico a tanto al paciente como a la familia, e incorporando el referente hospitalario generalista, internista, pediatra o geriatra, en los

casos de mayor complejidad. También en estos casos debe identificarse a una persona del equipo que sea el principal contacto para el propio paciente y su familia, y el punto de encuentro con el resto de profesionales que lo trata.

Se deben redistribuir las funciones entre los componentes del equipo de AP, evitando duplicidades y eliminando cargas burocráticas sin valor:

- Por un lado, se subraya la necesidad de reconocimiento a los profesionales de enfermería de los equipos de AP, mediante por ejemplo la creación de agendas conjuntas entre medicina y enfermería, y el establecimiento de sus tareas y responsabilidades en actividades para las que están plenamente capacitados como son las valoraciones integrales de los pacientes y su papel en la visita domiciliaria, junto con los profesionales de trabajo social sanitario cuando sea necesario, el seguimiento al alta hospitalaria, u otras como el uso de herramientas estandarizadas para mejorar la gestión de la demanda ("check-lists" en consulta, etc.).
- Por otro lado, aunque no se ha valorado en estos resultados de evaluación, se recuerda la necesidad de otras medidas de gestión de la demanda incluyendo aquellas para una mayor implicación de los profesionales administrativos en su resolución, que recoge el recientemente aprobado Marco estratégico para la atención primaria y comunitaria (16).

Es también de interés incorporar a los profesionales de farmacia **comunitaria**, en colaboración con el médico de AP, en estrategias para reforzar la adherencia terapéutica y uso seguro del medicamento así como en consejos de promoción de la salud.

Así mismo, la corresponsabilidad y comunicación entre profesionales de distintos ámbitos asistenciales es de máxima relevancia en las transiciones asistenciales como garantía de continuidad asistencial. Aparte de lo mencionado en el punto 1 sobre los sistemas de información, otras medidas que pueden contribuir son por ejemplo:

- La planificación de la atención al alta hospitalaria, con la necesaria intervención de profesionales de trabajo social sanitario en las valoraciones del paciente.
- La concertación de la visita por AP desde el hospital a las 24-48 hr del alta,
- La comunicación a AP de la conciliación de la medicación en las transiciones asistenciales,
- El acceso a servicios de rehabilitación en hospitales de media o larga estancia (garantizando su indicación también desde AP) o a recursos específicos como dispositivos de salud mental, etc..
- La implementación de Procesos Asistenciales Integrados para pacientes crónicos complejos/avanzados.
- El desarrollo y la implantación de planes individualizados de atención, como recomendación para la continuidad asistencial recogida tanto en la Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad en el SNS, así como en la Estrategia de Seguridad del Paciente en el SNS (20), haciendo referencia entre otros aspectos relevantes para la seguridad del paciente, a la prevención de la malnutrición y deshidratación, especialmente en pacientes ancianos.

Por otro lado, debe promoverse una **cultura evaluativa**, estableciendo objetivos claros y medibles para cada equipo responsable de la atención a las personas con enfermedades crónicas, en los contratos programa/de gestión, y que se reflejen en cuadros de mandos, accesibles a los propios profesionales, transparentes y cuyos resultados sean, en la medida de lo posible, conocidos por el resto de equipos y ciudadanos, una vez aplicados los factores de corrección precisos según la estratificación del nivel de riesgo de los pacientes del cupo asignado al equipo.

De este modo se permite conocer el grado de desarrollo de los planes e identificar los puntos de mejora y el reconocimiento de los logros como parte de los incentivos a los profesionales, para mejorar la implicación de los profesionales, cambiar actitudes y mejorar aptitudes.

En este informe también se recogen experiencias sobre la gestión conjunta de pacientes con enfermedades crónicas y el desarrollo de esta cultura evaluativa (el proyecto prioritario 1 de Andalucía para para fortalecer la AP con agendas conjuntas medicina-enfermería, y sistemas para monitorizar resultados clínicos; las Unidades de Continuidad Asistencial (UCA) en Castilla y León;

los cuadros de mandos accesibles a profesionales en Navarra,...) que pueden ser de utilidad al resto de las CCAA.

4. Impulsar la visita domiciliaria en las personas en situación compleja, clínica o social, como uno de los objetivos a conseguir por cada equipo de AP.

Vemos prioritario impulsar la actividad de visita domiciliaria, ya que los resultados indican que se realiza de forma heterogénea y puede ser insuficiente en algunas CCAA. Además se considera una herramienta clave para garantizar la continuidad asistencial que puede contribuir, junto a otras medidas, a evitar reingresos y hospitalización potencialmente evitable. Esta labor debe basarse en la AP y ser liderada por los profesionales enfermeras/enfermeros dentro del equipo de trabajo, con la participación de los profesionales de trabajo social sanitario cuando se valore necesario.

Podría ser adecuado realizar al menos una primera visita domiciliaria al año de profesional enfermero/enfermera de AP a mayores de 80 años que así lo requieran, cuyo objetivo es la valoración del riesgo real y potencial, la capacidad de autocuidado de la persona o su cuidador principal, y la sobrecarga del cuidador para anticiparnos al cansancio de la persona que tiene este rol. La necesidad de la visita domiciliaria tendrá en cuenta la valoración integral de la persona, con independencia de que estas puedan salir a la calle.

Por otro lado, el uso de herramientas de estratificación disponibles en las CCAA, puede ayudar a identificar la necesidad de intervención domiciliaria programada de los casos complejos (paciente, cuidador y entorno), o bien una vez determinada la necesidad de la visita domiciliaria, orientar en su frecuencia e intensidad, así como otros indicadores de dependencia como el Barthel cuando su valor sea indicativo de situaciones de gran complejidad y por lo tanto mayor intensidad de esta actividad.

Para realizar un enfoque domiciliario de los profesionales enfermeros/enfermeras de AP es preciso contar con un ratio adecuado que garantice las actividades educativas de promoción, prevención, autocuidado, la seguridad, así como la atención domiciliaria. No obstante, con el ejemplo de Andalucía (ratio de 1749 personas asignadas a profesional enfermero/enfermera de AP y mejores resultados en la actividad de visita domiciliaria), resaltamos que las medidas que se propongan no deben situar el foco únicamente en la reducción de este ratio.

Por último, las personas quieren estar en su domicilio pero sentirse seguras, apoyadas y cuidadas, y si la situación compleja del paciente lo requiere, se debe garantizar la buena coordinación con el resto de dispositivos asistenciales, como es la intervención de la atención hospitalaria para procesos más complejos (dando paso a hospitalización a domicilio si se considera necesario), o la derivación a ingreso en unidades específicas de hospital de agudos, evitando el paso por urgencias, o el acceso desde esta AP a hospitales o centros de media o larga estancia.

Un análisis más profundo de la actividad de visita domiciliaria realizada en Andalucía, puede proporcionar información de interés que ayuden a mejorarla en otras CCAA.

5. Mejorar la capacidad resolutoria y la gestión clínica de la demanda de AP:

- **Ajustar los ratios de personas asignadas a profesionales**

La respuesta a la asistencia debe estar en relación a las necesidades de cada grupo de estratificación de la población y la oferta ordenada según esas necesidades. Para ello puede realizarse un ajuste del ratio de profesionales de AP en función de los datos de estratificación o nivel de intervención que se precise, pero sin situar el foco únicamente en la reducción de este ratio. Deben explorarse medidas conjuntas de redistribución de funciones entre los componentes del equipo, así como medidas que garanticen una atención longitudinal en el tiempo por los mismos profesionales, para conseguir un efecto más robusto de las acciones.

- **Favorecer el acceso a pruebas diagnósticas**

Habitualmente la sospecha diagnóstica de patologías de todas las especialidades se establece en Atención Primaria y por tanto disponer de las pruebas necesarias acorta los tiempos diagnósticos, mejorando la equidad y de accesibilidad para los pacientes, así como la colaboración entre los diferentes niveles asistenciales en el diagnóstico y seguimiento de los pacientes.

Con este fin, por un lado se debe continuar garantizando que no existan restricciones desde el ámbito de AP a la petición de la gran mayoría de pruebas diagnósticas de laboratorio (incluyendo orina de 24 horas; parámetro ProBNP; anticuerpos ANA, AMA), a radiología simple, anatomía patológica y espirometría.

Y por otro lado se deben adoptar acciones para mejorar el acceso generalizado a la petición desde AP de pruebas como: la realización de TAC; ecografía; Holter; MAPA; colonoscopia; rectosigmoidoscopia y endoscopia digestiva alta.

- **Fomentar el papel de los profesionales enfermeros/enfermeras de AP en la valoración integral de personas con enfermedades crónicas.**

Sería necesario potenciar esfuerzos para la realización por los profesionales enfermeros/enfermeras de AP, de valoraciones integrales de necesidades de cuidados a personas con enfermedades crónicas, en colaboración con los trabajadores sociales y otros profesionales del equipo, así como la participación de enfermería en la valoración integral del caso, al menos aquellas con mayor complejidad, requeridas para la planificación de intervenciones individualizadas que contribuyen a garantizar la atención más adecuada a las necesidades, que puedan estar disponibles en la Historia clínica del paciente y accesible a todos los profesionales que lo asistan.

Por otro lado, en la medida de lo posible sería conveniente promover las valoraciones integrales anuales a mayores de 75 años desde el centro de salud, para el desarrollo de estrategias de anticipación.

Homogeneizar el contenido de este tipo de valoraciones integrales o global multidimensional, así como el uso de las escalas empleadas podría ser de ayuda para mejorar el registro de los datos en las diferentes CCAA.

Las acciones realizadas en Andalucía o País Vasco, como las CCAA con un mayor registro de valoraciones funcionales y sociales, pueden ser ejemplo de experiencias exitosas en este aspecto.

- **Favorecer el acceso al servicio de fisioterapia**

La fisioterapia es una herramienta en atención primaria ligada a la prevención del deterioro de la funcionalidad y la adherencia al ejercicio físico de una manera autónoma, así como en la medida de lo posible, servicio de apoyo a la atención domiciliaria.

Por lo tanto, y a pesar de la gran variabilidad en la provisión de servicio, se deben seguir reforzando acciones para la derivación directa desde AP, haciendo que la fisioterapia forme parte del equipo de manera integrada, valorando las capacidades físicas e incorporando procedimientos y técnicas que mejoren la funcionalidad de la población en su medio.

La priorización para la valoración de necesidades de fisioterapia en pacientes con un alta hospitalaria reciente, podría ser una estrategia inicial, dado el deterioro de capacidades funcionales que suele suceder durante el ingreso (24).

Además deben establecerse de manera más generalizada los tratamientos de fisioterapia respiratoria y cardiovascular indicados desde la AP, así como potenciar las técnicas de fisioterapia grupal, midiendo en profundidad su eficacia.

- **Fomentar la visita y otras comunicaciones no presenciales**

Además, aunque no se han valorado en esta evaluación, se mencionan otras acciones que pueden contribuir a la mejora de la capacidad resolutoria y la gestión de la demanda, como son los avances en las vías de comunicación entre profesionales de distintos niveles asistenciales y otras soluciones de las tecnologías de la información y la comunicación (TIC).

Por ejemplo, se citan las interconsultas entre profesionales sanitarios, el desarrollo de las carpetas personales de salud, las modalidades de consulta no presencial (llamadas telefónicas, teleconsulta y telecuidados) tanto con AP como con otras especialidades, algunas opciones de tele

monitorización con pacientes, etc, siempre que se demuestre su eficiencia previa a una implementación generalizada.

Así mismo, se considera de interés aquellas TIC que se están generando para la normalización y simplificación de los trámites de manera que se faciliten, por ejemplo los visados para la obtención de los procedimientos, preparados y ayudas diversas que se precisen desde AP.

6. Participación y empoderamiento del paciente en su proceso asistencial.

Se debe continuar favoreciendo la participación del paciente en la toma de decisiones en consulta así como en el desarrollo de los planes de acción individualizados, tal y como reflejan los Procesos Asistenciales Integrales de pacientes crónicos complejos de distintas CCAA.

Así mismo sería de interés establecer planes operativos para impulsar el autocuidado, con la participación de las organizaciones de pacientes, y responsabilidades compartidas entre la administración (por ejemplo con desarrollo de herramientas de capacitación, o campañas de concienciación), y los profesionales de la salud, dirigidas a obtener resultados de impacto poblacional. Estos planes deben incluir de manera explícita la exploración de la capacidad de autocuidado de las personas con problemas de salud crónicos y de sus cuidadores con especial consideración de la formación sobre el autocuidado que acompaña a la toma de medicamentos y del contexto social.

Los planes de autocuidado deben ser liderados por los profesionales enfermeros/enfermeras de AP, y en la medida de lo posible, implicar a otros actores sanitarios como los profesionales de farmacia comunitaria, para apoyo en consejos de promoción de la salud, así como, en los casos donde se lleve a cabo la asistencia en el ámbito hospitalario, también contar con los profesionales de enfermería hospitalaria muy formados en estas competencias.

Es importante como parte de esta participación y empoderamiento que contribuye a la sostenibilidad del sistema sanitario, la concienciación sobre el uso adecuado de los servicios sanitarios.

Por último, el proceso de planificación anticipada de decisiones debería ser un elemento fundamental en la atención de pacientes con enfermedades crónicas, cuando conlleven una pérdida de la capacidad funcional y cognitiva del individuo, para así establecer un plan conjunto que permita tomar decisiones sanitarias coherentes con sus deseos. Debe informarse y promoverse la realización de este documento de instrucciones previas o voluntades anticipadas, debiendo quedar registrado en la historia clínica de cada paciente y actualizado con cierta periodicidad.

7. Uso seguro y efectivo de medicamentos en pacientes con enfermedades crónicas polimedicados

Se deben potenciar esfuerzos en aplicar estándares acordados en la transferencia de datos sobre consumo de medicamentos a los sistemas de información del SNS, para así disponer de sistemas de información robustos y una información actualizada sobre la dimensión de la polimedicación o de otros aspectos de seguridad del paciente relacionados con los medicamentos, que puedan servir de base en la toma de decisiones de las distintas políticas sanitarias.

Se considera prioritario establecer medidas (formación de profesionales, recomendaciones, procedimientos, protocolos, proyectos de colaboración con los profesionales de farmacia comunitaria, etc) para el uso seguro de medicamentos de alto riesgo en pacientes crónicos, como son las benzodiacepinas y antipsicóticos, sobre todo en personas mayores.

Se deben potenciar las acciones para una conciliación de la medicación de manera sistemática en las transiciones asistenciales de las personas con enfermedades crónicas, que aborden una buena comunicación con los siguientes profesionales que atienden al paciente, así como en otros puntos donde sea preciso realizar la conciliación desde la perspectiva de atención primaria.

También es de interés reforzar las medidas que promuevan la revisión sistemática de la medicación en personas con enfermedades crónicas y polimedicados, con el fin de prevenir y detectar problemas relacionados con medicamentos, así como otras iniciativas para la mejora de la

adherencia a los tratamientos, y la de-prescripción como actividad a fomentar en los pacientes crónicos grandes polimedicados, tomando como base las experiencias con resultados de éxito realizadas en las CCAA.

8. Continuar el proyecto de Mejora del Abordaje del Dolor Crónico en el SNS.

A pesar de que el informe de evaluación no recogía ningún indicador ni por tanto resultado sobre este proyecto de Mejora del Abordaje del Dolor Crónico en el SNS, se identifica de interés continuarlo, mediante acciones que faciliten la implantación de las recomendaciones recogidas en el "Documento marco para la mejora del abordaje del dolor en el SNS", aprobado en Consejo Interterritorial del SNS en 2014.

El dolor es un problema de salud cuyo abordaje resulta prioritario por su frecuencia y repercusión en la calidad de vida de las personas, así como por la variabilidad asociada a su manejo y el consiguiente impacto en los resultados en salud y en la calidad de vida de los pacientes.

Se priorizarán las acciones a impulsar en el seno del grupo de Referentes Institucionales para el Dolor con representantes de todas las CCAA, así como con el Comité Asesor y Grupo Técnico con representantes de sociedades científicas, y asociaciones de pacientes, en coordinación con los comités técnico e Institucional de la Estrategia para el abordaje de la cronicidad en el SNS. Algunas acciones de interés previamente identificadas en estos grupos son por ejemplo:

- Avanzar en la línea de actividades formativas en relación con el dolor en Atención Primaria.
- Avanzar en la línea de la valoración del dolor y su registro, así como las fuentes de datos actuales para dar información acerca de la atención del dolor en el SNS.
- Convocatoria de Buenas Prácticas en el SNS en la mejora del abordaje del dolor crónico, etc.

5 BIBLIOGRAFÍA

1. Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad en el SNS. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. NIPO: 680-12-062-1 (2012).
http://www.mscbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/ESTRATEGIA_ABORDAJE_CRONICIDAD.pdf
2. Indicadores y criterios para la evaluación de la Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad (EAC) en el Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2018).
http://www.mscbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/Indicadores_y_Criterios_Evaluacion_E.A.Cronicidad_en_el_SNS.pdf
3. Communication from the European Commission on effective, accessible and resilient health systems.
https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/systems_performance_assessment/docs/com2014_215_final_en.pdf
4. OECD (2015), *Fiscal Sustainability of Health Systems: Bridging Health and Finance Perspectives*, OECD Publishing, Paris. <https://doi.org/10.1787/9789264233386-en>
5. Organización Mundial de la Salud (OMS). Enfermedades no transmisibles. Centro de prensa 1 junio 2018.
www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases
6. Encuesta Nacional de Salud. España 2017 (ENSE 2017).
http://www.mscbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuestaNac2017/ENSE17_MOD1_REL.pdf.
7. Angulo-Pueyo E, Ridao-López M, Martínez-Lizaga N. Factors associated with hospitalisations in chronic conditions deemed avoidable: ecological study in the Spanish healthcare system. *BMJ Open* 2017; 7:e011844. doi:10.1136/bmjopen-2016-01884
8. Bermúdez-Tamayo C, Márquez-Calderón S, Rodríguez del Aguila MM, Perea-Milla López E, Ortiz Espinosa J. [Organizational characteristics of primary care and hospitalization for to the main ambulatory care sensitive conditions]. *Aten Primaria*. 2004 Apr 15;33(6):305-11. Spanish.
9. Laditka JN, Laditka SB, Probst JC. More may be better: evidence of a negative relationship between physician supply and hospitalization for ambulatory care sensitive conditions. *Health Serv Res* 2005;40:1148-66.
10. Orueta JF, García-Alvarez A, Grandes G, et al. Variability in potentially preventable hospitalisations: an observational study of clinical practice patterns of general practitioners and care outcomes in the Basque Country (Spain). *BMJ Open* 2015;5:e007360.
11. Ortega Tallón MA, et al. Pacientes hiperfrecuentadores de un centro de atención primaria: características sociodemográficas, clínicas y de utilización de los servicios sanitarios.
<https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-pdf-13057253>
12. Ángel Bellón Saameño J, Delgado Sánchez A, de Dios Luna del Castillo J, Lardelli Claret P. Influencia de la edad y sexo sobre los distintos, tipos de utilización en atención primaria. *Gac Sanit*. 1995;9(51):343-53
13. Ruiz María Teresa, Verdú María. Sesgo de género en el esfuerzo terapéutico. *La salud Pública desde la perspectiva de género y clase social. Informe de la Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria. Gaceta Sanitaria* 2004; 18:118-25.
14. Impacto del asma en la infancia y adolescencia. Historia natural del asma. Determinantes del asmacontinuum.
aeped.es/files/guias/Material_descarga_unidad_1_asma.pdf
15. Claudia Fischer, Hester F. Lingsma, Perla J. Marang-van de Mheen, et al. Is the Readmission Rate a Valid Quality Indicator? A Review of the Evidence. *Plus One* November 7, 2014
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0112282>
16. Resolución de 26 de abril de 2019, de la Secretaría General de Sanidad y Consumo, por la que publica el Marco estratégico para la atención primaria y comunitaria (B.O.E. 7 mayo 2019).
https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2019-6761
17. Health at a glance: Europe 2018. State of Health in the EU cycle. OECD. European Commission.
18. Enlace a la pag web del MSCBS al documento "Historia Clínica Digital Conceptos comunes y definiciones" (pendiente de aprobar por SGIS con CCAA).
19. Informe del proyecto de Estratificación de la población por Grupos de Morbilidad Ajustados (GMA) en el Sistema Nacional de Salud (2014-2016). Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. NIPO PDF: 680-18-001-2680- (2018).
http://www.mscbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/informeEstratificacionGMASNS_2014-2016.pdf
20. *Estrategia de Seguridad del Paciente en el SNS (2015-2020)* (NIPO CD: 680-16-003-4; NIPO en línea: 680-16-004-X).

- [2016https://www.seguridaddelpaciente.es/resources/documentos/2015/Estrategia%20Seguridad%20del%20Paciente%202015-2020.pdf](https://www.seguridaddelpaciente.es/resources/documentos/2015/Estrategia%20Seguridad%20del%20Paciente%202015-2020.pdf)
21. M. Martín-Pérez et al. Prevalencia de la polifarmacia en la población mayor de 65 años en España: análisis de las Encuestas Nacionales de Salud 2006 y 2011/12. *Rev Esp Geriatr Gerontol.* 2017; 52(1):2–8.
<https://www.elsevier.es/es-revista-revista-espanola-geriatria-gerontologia-124-pdf-S0211139X1630107X>
 22. Prescripción inapropiada de medicamentos en los pacientes mayores: los criterios STOPP/START. ;
 23. [Proyecto MARC: Elaboración de una Lista de Medicamentos de Alto Riesgo para los Pacientes Crónicos \(informe 2014\)](#)
https://www.seguridaddelpaciente.es/resources/documentos/2014/Proyecto_MARC_2014.pdf
 24. C.M. Osuna-Pozo et al / *Rev Esp Geriatr Gerontol.* 2014;49(2):77–89.

6 ABREVIATURAS

AESAN	Agencia española de Seguridad Alimentaria y Nutrición
AHRQ	Agency for Healthcare Research and Quality
AP	Atención Primaria de salud
BDCAP	Base de Datos Clínicos de Atención Primaria
BDZ	Benzodiacepinas
CCAA	Comunidades Autónomas
CCS	Clinical Classification Software desarrollado por la AHRQ
CMBD	Conjunto Mínimo Básico de Datos al Alta Hospitalaria y de los Procedimientos Ambulatorios Especializados
EAC	Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad en el SNS
ENSE	Encuestas Nacionales de Salud
EPOC	Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica
FECYT	Fundación Española para la Ciencia y la Tecnología
GMA	Grupos de Morbilidad Ajustada
GRDs	Grupos relacionados con el diagnóstico
HCE	Historia Clínica Electrónica
HPE	Hospitalización potencialmente evitable
IC	Insuficiencia Cardíaca
INGESA	Instituto de Gestión Sanitaria
MSCBS	Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social
OCDE	Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos
PQI92	Prevention Quality Chronic Composite (Prevention Quality Indicators) de la AHRQ
SIAP	Sistemas de Información de Atención Primaria
SNS	Sistema Nacional de Salud
TIC	Tecnologías de la información y la comunicación

7 ANEXOS

Anexo I. Ficha técnica de los indicadores (2)

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 CCS³, 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.

³ *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) N° 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
<p>Fórmula de cálculo: $[a) / b)] * 10.000$</p> <p>a) N° de altas de pacientes de edad entre ≥ 6 y < 15 años con diagnóstico principal de complicaciones a corto plazo de diabetes mellitus.</p> <p>b) población de edad entre ≥ 6 y < 15 años de la comunidad en la que se produce el alta</p>
<p>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.</p> <p>Códigos diagnósticos definidos para PDI15 disponibles en: http://www.qualityindicators.ahrq.gov/Modules/PDI_TechSpec_ICD10_v70.aspx</p> <p>Exclusiones en Numerador: casos de CDM 14 (embarazo, parto y puerperio)</p>
<p>Fuente de datos: Registro de altas de hospitalización (CMBD). MSCBS</p>
<p>Desagregación: Sexo Comunidad autónoma</p>
<p>Periodicidad: anual</p>
<p>Observaciones:</p>

Hospitalización potencialmente evitable por Asma, en población infantil
<p>Fórmula de cálculo: $[a) / b)] * 10.000$</p> <p>a) N° de altas de pacientes de edad entre ≥ 2 y < 15 años con diagnóstico principal de asma.</p> <p>b) población de edad entre ≥ 2 y < 15 años de la comunidad en la que se produce el alta</p>
<p>Definiciones: Incluye los códigos diagnósticos definidos para PD14 en población infantil por 10.000 habitantes:</p> <p>http://www.qualityindicators.ahrq.gov/Modules/PDI_TechSpec_ICD10_v70.aspx</p> <p>Exclusiones en el Numerador: casos de CDM 14: embarazo, parto y puerperio; código diagnóstico de fibrosis quística y anomalías de sistema respiratorio.</p>
<p>Fuente de datos: Registro de altas de hospitalización (CMBD). MSCBS</p>
<p>Desagregación: Sexo Comunidad autónoma</p>
<p>Periodicidad: anual</p>
<p>Observaciones:</p>

Porcentaje de estancias hospitalarias por enfermedades crónicas
<p>Fórmula de cálculo: [(a) / b] *100</p> <p>a) Número total de días de estancia por problemas crónicos de salud en un año</p> <p>b) Número total de días de estancia por cualquier causa en un año</p>
<p>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)</p>
<p>Fuente de datos: Registro de altas de hospitalización (CMBD). MSCBS</p>
<p>Desagregación: Sexo</p> <p>Comunidad autónoma</p> <p>Grandes grupos de edad: 0-14; 15-39; 40-64; 65 y más</p>
<p>Periodicidad: anual</p>
<p>Observaciones:</p>

Estancia media por enfermedades crónicas
<p>Fórmula de cálculo: [a) / b)]</p> <p>a) Número total de días de estancias hospitalarias por problemas crónicos</p> <p>b) Número total de altas válidas, por problemas crónicos</p>
<p>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)</p>
<p>Fuente de datos: Registro de altas de hospitalización (CMBD). MSCBS</p>
<p>Desagregación: Sexo</p> <p>Comunidad autónoma</p> <p>Grandes grupos de edad: 0-14; 15-39; 40-64; 65 y más</p>
<p>Periodicidad: anual</p>
<p>Observaciones:</p>

Porcentaje de reingresos de pacientes al alta por enfermedades crónicas
<p>Fórmula de cálculo: $[a) / b)] * 100$</p> <p>a) número de altas de reingresos en ≤ 30 días por cualquier causa de pacientes crónicos</p> <p>b) número de altas por problemas crónicos</p>
<p>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.</p> <p>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.</p> <p>Exclusiones:</p> <p>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.</p> <p>En el denominador se excluyen las altas por exitus.</p>
<p>Fuente de datos: Registro de altas de hospitalización (CMBD). MSCBS</p>
<p>Desagregación: Comunidad autónoma</p> <p>Sexo</p> <p>Grandes grupos de edad: 0-14 años, 15-39, 40-64 y 65 y más años</p>
<p>Periodicidad: anual</p>
<p>Observaciones:</p>

Acceso a pruebas diagnósticas por AP
<p>Fórmula de cálculo: No procede. Indicador de tipo cualitativo</p>
<p>Definiciones: Descripción de la disponibilidad de acceso por parte de atención primaria a solicitar pruebas diagnósticas realizadas por atención especializada.</p> <p>Se aportará información sobre un listado de pruebas, tanto de laboratorio como de radiodiagnósticos, como otras pruebas.</p>
<p>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)</p>
<p>Desagregación: Por Comunidad Autónoma</p>
<p>Periodicidad: Actualizado a 2017</p>
<p>Observaciones: Dicha actualización se ha llevado a cabo en conexión con la revisión de los procedimientos y parámetros incluidos en la BDCAP.</p>

Porcentaje de personas distintas, de 65 y más años, atendidas en domicilio por AP
<p>Fórmula de cálculo: $[a / b] * 100$</p> <p><i>INDICADOR 10:</i> 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</p> <p><i>INDICADOR 10bis:</i> 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</p>
<p>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.</p>
<p>Fuente de datos: Sistemas de Información de Atención Primaria (SIAP)- MSCBS</p>
<p>Desagregación: Comunidad autónoma Sexo Edad: 65-79; 80 y más años</p>
<p>Periodicidad: Anual</p>
<p>Observaciones:</p>

Media de visitas domiciliarias a personas de 65 y más años por Atención Primaria
<p>Fórmula de cálculo: $[a / b]$</p> <p><i>INDICADOR 11:</i> 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</p> <p><i>INDICADOR 11bis:</i> 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</p>
<p>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.</p>
<p>Fuente de datos: Sistemas de Información de Atención Primaria (SIAP)- MSCBS</p>
<p>Desagregación: Comunidad autónoma Sexo Edad: 65-79; 80 y más años</p>
<p>Periodicidad: Anual</p>
<p>Observaciones:</p>

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
<p>Fórmula de cálculo: $[a) / b)] * 1.000$</p> <p>a): Número de personas de 70 y más años a las que se les ha realizado una escala de valoración funcional, en un año.</p> <p>b): Número de personas de 70 y más años asignadas a atención primaria</p>
<p>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.</p>
<p>Fuente de datos: Base de Datos Clínicos de Atención Primaria (BDCAP). MSCBS</p>
<p>Desagregación: Sexo Comunidad autónoma</p>
<p>Periodicidad: anual</p>
<p>Observaciones:</p>

Personas (de 70 y más años) con registro de valoración social por el test de Gijón, por mil personas asignadas a AP
<p>Fórmula de cálculo: $[a) / b)] * 1.000$</p> <p>a): Número de personas de 70 y más años a las que se les ha realizado el test de Gijón, en un año.</p> <p>b): Número de personas de 70 y más años asignadas a atención primaria</p>
<p>Definiciones: En numerador incluye la constancia en historia clínica de haber realizado el test de Gijón de valoración socio-familiar.</p>
<p>Fuente de datos: Base de Datos Clínicos de Atención Primaria (BDCAP). MSCBS</p>
<p>Desagregación: Sexo Comunidad autónoma</p>
<p>Periodicidad: anual</p>
<p>Observaciones:</p>

% Pacientes polimedicados registrados en Atención Primaria
<p>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</p>
<p>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.</p>
<p>Fuente de datos: Base de Datos Clínicos de Atención Primaria (BDCAP). MSCBS</p>
<p>Desagregación: Comunidad autónoma Sexo Grandes grupos de edad: 0-14, 15-39, 40-64, 65 y más años</p>
<p>Periodicidad: anual</p>
<p>Observaciones: La desagregación por comunidad autónoma está pendiente de que se amplíe el número de comunidades que aportan esta información.</p>

% Pacientes grandes-polimedicados registrados en Atención Primaria
<p>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</p>
<p>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.</p>
<p>Fuente de datos: Base de Datos Clínicos de Atención Primaria (BDCAP). MSCBS</p>
<p>Desagregación: Comunidad autónoma Sexo Grandes grupos de edad: 0-14, 15-39, 40-64, 65 y más años</p>
<p>Periodicidad: anual</p>
<p>Observaciones: La desagregación por comunidad autónoma está pendiente de que se amplíe el número de comunidades que aportan esta información.</p>

Anexo II. Ficha técnica de los indicadores de prescripción inadecuada de Benzodiacepinas y Neurolépticos en personas de edad avanzada.

No usar BDZ para el tratamiento de insomnio en ≥75años
<p>Fórmula de cálculo</p> $\frac{\text{Nº de pacientes } \geq 75 \text{ años con diagnóstico de insomnio a las que se ha dispensado BDZ}}{\text{Nº de pacientes } \geq 75 \text{ años con diagnóstico de insomnio}} \times 100$
<p>Aclaraciones</p> <p><u>Insomnio</u>: P06-Trastornos del sueño</p> <p><u>Numerador</u>: BDZ que se han dispensado en el año, al menos un envase de alguno de los medicamentos de los grupos N05BA, N05BB, N05BE, N05CD y N05CF.</p>
<p>Tipo de indicador: indicador de Resultado</p>
<p>Fuente de datos: BDCAP</p>
<p>Frecuencia de entrega de resultados: anual</p>
<p>Referencias</p> <ul style="list-style-type: none"> - American Geriatrics Society 2015 Updated Beers Criteria for Potentially Inappropriate Medication Use in Older Adults. Disponible en: https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/jgs.13702 - Prescripción inapropiada de medicamentos en los pacientes mayores: los criterios STOPP/START. Disponible en: http://www.elsevier.es/es-revista-revista-espanola-geriatria-gerontologia-124-articulo-prescripcion-inapropiada-medicamentos-los-pacientes-S0211139X09001310

No usar neurolépticos en ≥ 65 años con diagnóstico de insomnio o Parkinson
<p>Fórmula de cálculo</p> $\frac{\text{Nº de pacientes } \geq 65 \text{ años con diagnóstico de insomnio o Parkinson a los que se ha dispensado neurolépticos}}{\text{Pacientes } \geq 65 \text{ años con diagnóstico de insomnio o Parkinson}} \times 100$
<p>Aclaraciones</p> <p><u>Insomnio</u>: P06-Trastornos del sueño</p> <p><u>Parkinson</u>: N87-Enfermedad de Parkinson/parkinsonismo</p> <p><u>Numerador</u>: neurolépticos que se han dispensado en el año, al menos un envase de alguno de los medicamentos de los grupos: N05AA, N05AB, N05AC, N05AD, N05AE, N05AF, N05AG, N05AH, N05AL, N05AX.</p>
<p>Tipo de indicador: indicador de Resultado</p>
<p>Fuente de datos: BDCAP</p>
<p>Frecuencia de entrega de resultados: anual</p>
<p>Referencias</p> <ul style="list-style-type: none"> - American Geriatrics Society 2015 Updated Beers Criteria for Potentially Inappropriate Medication Use in Older Adults. Disponible en: https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/jgs.13702 - Prescripción inapropiada de medicamentos en los pacientes mayores: los criterios STOPP/START. Disponible en: http://www.elsevier.es/es-revista-revista-espanola-geriatria-gerontologia-124-articulo-prescripcion-inapropiada-medicamentos-los-pacientes-S0211139X09001310

Anexo III. Organización de recursos para la provisión del servicio de fisioterapia básica disponibles desde Atención Primaria (AP)

CCAA	Organización del servicio de fisioterapia básica (ej. criterios de adscripción demográficos u otros...)	Oferta del servicio desde AP (ej. tipo de tratamientos; protocolo establecido; derivación directa o no directa desde profesionales de AP; cercanía a los centros de AP, otros...)
Andalucía	Integrado en los equipos AP. Los criterios para crear una sala de fisioterapia en AP son: Población, dispersión geográfica y disposición presupuestaria.	<ul style="list-style-type: none"> • Ofrecen tratamiento de fisioterapia osteo-muscular, respiratoria, educación individual y grupal, fisioterapia neurológica, rehabilitación infantil y fisioterapia en Linfedema postmastectomía. • La derivación es tanto desde Rehabilitación del hospital de referencia o desde los centros de salud de atención primaria, mediante un procedimiento definido. • La provisión del servicio se realiza en cercanía a los centros de AP y cuentan con 10 equipos móviles de Atención Domiciliaria y consultas domiciliarias de Terapia ocupacional.
Aragón	Integrado en los equipos de atención primaria, pero en algunas zonas básicas se ha optado por establecer convenios con corporaciones locales o con entidades sin ánimo de lucro. El criterio de adscripción es fundamentalmente demográfico.	<ul style="list-style-type: none"> • Ofrecen tratamiento de fisioterapia osteo-muscular, respiratoria, educación individual y grupal, y de orientación a los cuidadores. • En los sectores existen diversos protocolos de derivación entre médico de AP-fisioterapeuta de AP-Médico rehabilitador del hospital. • La provisión es en la cercanía al domicilio de los pacientes (centros de salud y gimnasios de corporaciones locales).
Asturias	Integrado en los equipos de atención primaria. En todas las Áreas Sanitarias existen Fisioterapeutas en Atención Primaria con ubicación en un Centro de Salud pero con funciones de profesional de Area, prestando servicios a varias Zonas Básicas y/o Zonas especiales de salud, siguiendo criterios de proximidad y población adscrita a las mismas.	<ul style="list-style-type: none"> • Ofrecen tratamiento de fisioterapia osteo-muscular, y educación individual y grupal. • No cuentan con un protocolo establecido para la derivación al servicio. • La provisión es en cercanía a los centros de salud.
Balears	Integrado en los equipos de atención primaria. Existen unidades de fisioterapia (UTF) en Mallorca, Menorca y en Ibiza-Formentera. En Mallorca hay 15 UTFs, distribuidas por sectores según el hospital de referencia (2 en Sector Sanitario de Tramuntana (Hospital Comarcal de Inca), 5 de Levante (Hospital de Manacor), 3 de Migjorn (Hospital Universitario Son Llàtzer) y 5 de Ponent (Hospital Universitario Son Espases). En Mallorca además hay una concertación de fisioterapia a domicilio, pero el servicio ambulatorio se da en las unidades de fisioterapia de AP. Las ratios son aproximadamente 1 fisioterapeuta/ 20.000 habitantes.	<ul style="list-style-type: none"> • Ofrecen tratamiento de fisioterapia osteo-muscular, y educación individual y grupal. • Cuentan con un protocolo para la provisión del servicio: Como criterios de inclusión son que el paciente debe tener movilidad independiente, sin necesidad de personal auxiliar sanitario durante la sesión en la UTF ni de transporte sanitario. Se deriva a UTF de la zona básica de salud a la que pertenezca el paciente. Disponen de una descripción de patologías tributarias de derivación a las UTF para cada tipo de profesional que puede derivar: en Mallorca Los médicos de familia pueden derivar directamente para los procesos de cervicalgia, dorsalgia, lumbalgia, hombro doloroso, Artrosis de manos, epicondialgia medial y lateral, Esguinces tobillo grado I-II, Fascitis plantar, gonartrosis, Tendinosis aquilea y Tenosinovitis de De Quervain. Desde Rehabilitación se derivan todo tipo de patología. Y desde odontología se deriva patología de la articulación temporo-mandibular. • La provisión se efectúa en el CS más cercano que cuenta con unidad de fisioterapia de la zona básica de salud correspondiente.

Canarias	El servicio de fisioterapia básica está integrado en los equipos de atención primaria, y está basado en un sistema mixto de prestación público-privada.	<ul style="list-style-type: none"> • Ofrecen tratamiento de fisioterapia osteo-muscular, respiratoria y educación individual y grupal. • El protocolo de derivación consiste en una interconsulta que realiza el médico de familia al rehabilitador de referencia, y éste, si lo considera, deriva al paciente para la rehabilitación o bien a los fisioterapeutas que prestan su servicios en las Unidades Polivalentes de Rehabilitación y Fisioterapia del primer nivel de atención de la red pública sanitaria, o bien a los servicios concertados con la medicina privada. Se intenta que la derivación cumpla criterios de proximidad con el domicilio del paciente.
Cantabria	Los servicios de fisioterapia básica están integrados en los equipos de Atención Primaria. Hay servicio de fisioterapia básica en cada una de las 42 zonas básicas de salud (64 fisioterapeutas).	<p>La Cartera de Servicios de la GAP de Cantabria ofrece:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tratamientos fisioterapéuticos básicos. • Para personas en situación de dependencia: Valoración de las situaciones de dependencia por fisioterapeuta, atención fisioterapéutica en el domicilio al paciente y cuidador principal, y asesoramiento domiciliario en ayudas técnicas. • Programa específico de fisioterapia de atención temprana, dentro del programa de atención a la infancia y adolescencia. <p>No existe ningún protocolo específico para la provisión del servicio, que se efectúa en el Centro de Salud de referencia de la zona básica correspondiente, o en el domicilio.</p> <p>Datos de actividad en 2017 (población asignada con TIS de 560.000 personas):</p> <ul style="list-style-type: none"> • 213.371 consultas de fisioterapia (864 pacientes día) y 15,1 pacientes por profesional. • 3.716 intervenciones fisioterapéuticas en el domicilio (15 pacientes domiciliarios por día). • 496 niños en el programa específico de fisioterapia de atención temprana.
Castilla y León	Integrado en los equipos de Atención Primaria. Los fisioterapeutas son profesionales adscritos al área de salud que en función de la demografía de cada Zona Básica de salud pueden llevar 2 o más zonas cada uno.	<ul style="list-style-type: none"> • Ofrecen tratamiento de fisioterapia osteo-muscular, y educación individual y grupal (solo para dolor crónico). • Cuenta con un protocolo con normas de derivación y coordinación por procesos clínicos (https://www.saludcastillayleon.es/profesionales/es/programas-guias-clinicas/guias-practica-clinica/guias-clinicas.ficheros/1105660-Fisioterapia.PDF). • El servicio se efectúa en cercanía a los centros de AP.
Cataluña	El servicio de fisioterapia básica de AP es concertado. La organización del servicio es variable: algunas Unidades de Rehabilitación pertenecen a Institut Catala Salut (entidad publica) y otras están concertadas, como pasa también en la Rehabilitación domiciliaria.	<ul style="list-style-type: none"> • Ofrecen tratamiento de fisioterapia osteo-muscular, respiratoria, y educación individual y grupal. • Cuenta con un protocolo de derivación por parte Atención Primaria o Atención especializada • La provisión del servicio se efectúa en cercanía a los centros de AP
Comunidad Valenciana	El servicio de fisioterapia básica de AP está integrado en los Equipos de AP ya que es una unidad de apoyo de estos. Los médicos rehabilitadores se desplazan a los centros de salud con una frecuencia de 1-2 veces a la semana. Además, existe coordinación con los Servicios de Rehabilitación de AE. Los criterios de planificación y adscripción utilizados son: Criterios demográficos y geográficos (zona básica de salud) corregidos por	<ul style="list-style-type: none"> • Ofrecen tratamiento de fisioterapia osteo-muscular, respiratoria, educación individual y grupal, y de orientación a cuidadores. • La provisión del servicio se efectúa en cercanía a los centros de AP, ya que la mayoría están ubicados en los centros de salud (Los médicos rehabilitadores se desplazan a los centros de salud).

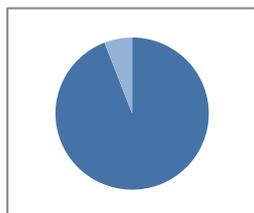
	la dispersión geográfica que puede modificar el número de fisioterapeutas.	
Extremadura	El servicio de fisioterapia básica de AP está integrado en los Equipos de AP ya que suponen una unidad de apoyo a éstos. Disponen de un total de 85 fisioterapeutas en todo el SES, que atienden a una o más zonas básicas de salud distribuidos por áreas como sigue: Badajoz 19, Mérida 12, Don Benito-Vva. 12, Llerena-Zafra 9, Cáceres 15, Coria 4, Plasencia 10, Navalmoral 4.	<ul style="list-style-type: none"> • Ofrecen tratamiento de fisioterapia osteo-muscular, respiratoria, educación individual y grupal, y de orientación a cuidadores. • Existe protocolo de derivación establecido en cada área sanitaria.
Galicia	El servicio de fisioterapia básica de AP está integrado en los Equipos de AP. Todos los usuarios con derecho a asistencia sanitaria y que estén en la demarcación geográfica de influencia del servicio de AP tienen derecho a asistencia en la Unidad de Fisioterapia de atención Primaria. En las unidades de fisioterapia de atención primaria, se atienden a pacientes a partir de 5 años.	<ul style="list-style-type: none"> • Ofrecen tratamiento de fisioterapia osteo-muscular, respiratoria, y educación individual y grupal. • Existe protocolo de derivación establecido. • Se realiza en los centros de AP que tienen unidades de fisioterapia, siempre que la patología pueda ser tratada en estas unidades.
Madrid	Está integrado en los equipos de Atención Primaria. El fisioterapeuta de Atención Primaria desarrolla su labor en las Unidades de fisioterapia, que son unidades de apoyo a la AP. En la Comunidad de Madrid, AP dispone actualmente de 96 unidades de fisioterapia (188 fisioterapeutas y 35 auxiliares de enfermería), para atender a la población adscrita a los 262 centros de salud existentes. Los criterios para la creación de una unidad de fisioterapia son demográficos, teniendo en cuenta tanto el número de personas que constituyen esa población, como sus características. Dependiendo de eso, una unidad de fisioterapia puede atender a la población de más o menos centros de salud. La ubicación de las unidades de fisioterapia responde a criterios de cobertura territorial, teniendo en cuenta la densidad de población dentro de cada zona básica y la accesibilidad del paciente o de los recursos de atención.	<ul style="list-style-type: none"> • Ofrecen tratamiento de mecanoterapia, cinesiterapia, electroterapia, ultrasonoterapia, termoterapia, crioterapia, técnicas manuales (masoterapia en distintas modalidades, propiocepción, vendajes funcionales), fisioterapia respiratoria y técnicas de relajación. Las unidades de fisioterapia participan en programas de promoción y prevención para las patologías de mayor prevalencia. Además, en la Comunidad de Madrid, se ofrecen nuevas técnicas de fisioterapia invasiva. Se ha regulado la formación para profesionales sanitarios en técnicas de fisioterapia invasiva (cursos de punción seca (80 horas), vendajes neuromusculares (18 horas) y fisioterapia manual e invasiva en el manejo del dolor de origen músculo-esquelético (80 horas). Por último, se ha recibido una propuesta del Colegio Profesional de Fisioterapeutas de la Comunidad de Madrid para la regulación del uso de la ecografía en la actividad del fisioterapeuta, proponiendo su implantación como una herramienta de apoyo a la actividad que desarrolla el fisioterapeuta (el 70% de los centros de salud disponen de ecógrafo). • Existe protocolo de derivación recogido en la Historia clínica electrónica de AP, donde se recogen los motivos de derivación por parte del médico de familia, y se visualiza por los fisioterapeutas. Permite la trazabilidad del proceso de derivación. • La provisión del servicio se efectúa en los propios centros de salud, e incluso en los consultorios locales (hay casos en los que el fisioterapeuta se desplaza).
Murcia	Está integrado en los equipos de Atención Primaria: Existe Unidad de Fisioterapia en los Centros de salud aunque no en todos y se rige por criterios poblacionales. Allí donde no existe los pacientes se adscriben a otro de referencia en centro de salud cercano.	<ul style="list-style-type: none"> • Ofrecen tratamiento de fisioterapia básica osteomuscular. • Se deriva de forma directa por parte del Médico de familia al Fisioterapeuta que tenemos en la Unidad. • En ocasiones se utiliza la Unidad por el servicio de Rehabilitación del Hospital. Pero siempre por indicación del Médico de familia si lo considera oportuno.

<p>Navarra</p>	<p>Está integrado en los equipos de Atención Primaria. La mayor parte de fisioterapeutas en Navarra pertenecen orgánicamente a Atención Especializada (AE), aunque trabajen de forma descentralizada en Centros de Salud en unidades periféricas de Rehabilitación. Solo algunos de ellos pertenecen orgánicamente a Atención Primaria (AP) y funcionalmente a Especializada. Incluso los fisioterapeutas que realizan talleres de fisioterapia grupal derivados desde AP y con talleres realizados en centros de salud, pertenecen tanto orgánicamente como funcionalmente de AE. Actualmente pendiente pliegos para concertar rehabilitación domiciliaria.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Ofrecen tratamiento de fisioterapia básicos de educación grupal y osteomuscular en algunos centros de salud, pero con recursos de AE. • Solo existe derivación directa desde AP a fisioterapia grupal para enfermedades músculo esqueléticas de baja complejidad: cervicgia crónica, lumbalgia crónica y hombro doloroso sin pérdida de movilidad, y cuentan con un protocolo de derivación. Actualmente se está trabajando protocolo de fisioterapia grupal en ejercicios para personas mayores como prevención de fragilidad. • La provisión del servicio se efectúa en proximidad a los centros de AP. La rehabilitación está descentralizada, con unidades periféricas de Rehabilitación en Centros de Salud, con recursos que dependen de AE.
<p>País Vasco</p>	<p>Programa piloto iniciado en noviembre 2018, asignado al Centro de Salud Zabalgana, incluyendo a la población atendida por los centros de salud Sansomendi y San Martín, (total de cerca de 65.000 personas). La previsión inicial es que participen en Zabalgana en torno a 500 pacientes anuales.</p> <p>Se han asignado dos fisioterapeutas para liderarlo y refuerzo de personal administrativo. Además se han adecuado una consulta y un gimnasio de 101m2 con los recursos materiales necesarios. El proyecto se lleva a cabo en coordinación con el programa de actividades deportivas del Ayuntamiento de Vitoria-Gasteiz, para generar un circuito desde la fisioterapia de Atención Primaria a las actividades físicas y deportivas municipales, mediante un servicio de orientación y un seguimiento por parte de las y los monitores de las actividades deportivas y del equipo de fisioterapeutas.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Ofrecen tratamiento para el abordaje de los dolores de espalda y hombro, de una forma fundamentalmente grupal y educativa, implicando a cada persona en la gestión de su dolencia. • Existe un protocolo para la derivación al programa, que consta de 10 sesiones de 60-90 minutos de duración, en las que 8-10 pacientes agrupados por patologías adquieran conocimientos sobre higiene postural y ejercicios adecuados a su dolencia. • La provisión del servicio se efectúa en proximidad a los centros de AP.
<p>La Rioja</p>	<p>Está integrado en los equipos de Atención Primaria. El Servicio de Fisioterapia es dependiente de la Dirección de AP de La Rioja, que realizan su trabajo en colaboración con el resto de equipo de Rehabilitación de Atención Especializada. Trabajan en varios centros de Salud de La Rioja.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Ofrecen tratamiento de fisioterapia osteo-muscular, respiratoria, y educación individual. • Cuentan con un protocolo de derivación: Médico de AP deriva a Serv. Rehabilitación y ellos marcan la pauta a seguir por fisioterapeutas. • La derivación a la provisión del servicio de fisioterapia básica es indirecta por los médicos de AP, ya que desde AP se deriva al Serv. de rehabilitación, pero los médicos Rehabilitadores pasan consulta en los propios Centros de Salud, por lo que la provisión del servicio es en cercanía a los centros de AP.
<p>Ceuta</p>	<p>Está integrado en los equipos de Atención Primaria. 5 fisioterapeutas reciben pacientes de los tres centros de salud y del Hospital para aquellas patologías que se indican en la oferta.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Ofrecen tratamiento de fisioterapia osteo-muscular, educación individual y grupal, orientación a cuidadores. • Cuentan con un protocolo de derivación: Se realiza una propuesta, es valorada por los Fisioterapeutas y se cita al paciente para primera valoración y decidir necesidad de tratamiento. • El equipo está ubicado en uno de los Centros de Salud.

Anexo IV. Bloque 2 de la encuesta a CCAA sobre Avances en el uso compartido de la H. clínica entre los distintos niveles asistenciales y comunicación de información entre ámbitos asistenciales.

De las 16 CCAA y la Ciudad Autónoma de Ceuta que respondieron a la encuesta, 16 habían **avanzado en la integración de la información** clínica para un uso compartido de la H. clínica entre los distintos niveles asistenciales.

- Si (16)
- No (1)



Del análisis de qué tipo de elementos de la historia clínica comparten y entre que niveles asistenciales, se puede concluir que en general, la mayoría de los elementos de la historia clínica de un paciente están accesibles (al menos para su visualización) desde todos los ámbitos, en todas las CCAA.

La mayor variabilidad se produce en el grado de integración de estos elementos, entre niveles asistenciales. Resumimos a continuación el detalle de las distintas CCAA:

- **Asturias, Extremadura, Galicia y La Rioja** respondieron compartir todos los elementos cuestionados (problemas de salud, diagnósticos y tratamiento y otros) entre todos los niveles asistenciales (AP, urgencias AP, AE ambulatoria, hospitalización y urgencias hospitalarias), especificando que utilizan **una única HCE integrada en todos los niveles asistenciales, por lo que suponemos que tienen cierto/alto grado de integración.**
- **C. Valenciana tiene HCE integrada entre AP (incluida AP urgencias) y AE ambulatoria**, compartiendo información con la atención Hospitalaria (incluidas urgencias H) mediante "visor" de historia clínica completo. En la actualidad continúa desarrollando una nueva HCE de uso hospitalario tanto para el ingreso como la atención ambulatoria, que debería garantizar las mismas facilidades de la ya implantada HCE integrada entre AP y AE ambulatoria. Además pueden realizar interconsultas entre ámbitos asistenciales y se envían directamente los informes de alta de urgencias y hospitalización al profesional de AP, con nota de evolución y seguimiento de consultas externas.
- **Andalucía, Aragón, Canarias, Cantabria, Castilla y León, Cataluña, Madrid, Murcia y Navarra** visualizan la historia clínica entre la AP, urgencias y el entorno hospitalario (incluidas las especialidades ambulatorias) a través de un visor en el que, en general, no se puede incluir información.

En el caso de Navarra, se accede mediante un icono en HCE, y hay perfiles de paciente que integran elementos concretos de la HCE específicos para cada perfil (pluripatológico, demencia e insuficiencia cardíaca). Además posibilitan el acceso de todos los profesionales sanitarios de las residencias de mayor volumen (públicas y privadas) a visualizar la HCE de su cupo de residentes.

En el caso de Aragón, tienen integrado entre AP y entorno hospitalario un formulario específico para seguimiento del Plan de intervención en la atención al paciente crónico complejo. También cuentan con plataformas de interconsulta virtual entre AP y Hospital. En la actualidad se está desplegando GUHARA (una Global y Única Historia clínica de Aragón) que sustituirá todas las aplicaciones de Historia clínica existentes en el Servicio Aragonés de la Salud, empezando con el ámbito de la consulta externa de especializada, posteriormente Hospitalización y por último atención primaria y al 061.

En el caso de Madrid, pueden acceder al visor HORUS todos los profesionales sanitarios del ámbito del SUMMA 112, Atención hospitalaria y Atención primaria. También pueden acceder otros equipos como el PAL 24, las residencias sociosanitarias públicas, los centros de día y ocupacionales y centros públicos de atención a drogodependientes. Además está ya disponible el Módulo Único de Prescripción en HCE de AP, hospitales, Residencias Públicas de Mayores y SUMMA112.

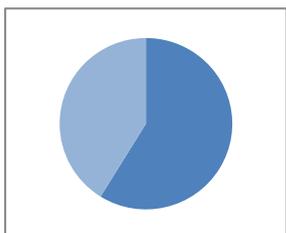
La Historia Clínica Compartida de Catalunya (HC3) es una plataforma tecnológica, accesible desde cualquier dispositivo del sistema sanitario público, que permite compartir información estructurada y actualmente no estructurada de los diferentes aplicativos informáticos existentes en los diferentes ámbitos de atención: Atención Primaria, Sociosanitario, Hospitalario y Salud Mental. En el caso de AP existe casi un aplicativo único (eCAP) que constituye ya el 95% de la APS. En las otras 3 líneas existen diferentes aplicativos y se ha establecido compartir un conjunto mínimo de información (diagnósticos; pruebas de laboratorio e imagen digital; vacunaciones; Informes de altas hospitalarias y de urgencias, medicación,...). Se añade el el despliegue de la carpeta personal de salud ("la Meva Salut") con acceso por parte ciudadano, y la funcionalidad iS3 de mensajería, avisos y flujos de información. Por último los pacientes complejos/avanzados son identificados en la HCE y su plan de atención está disponible para diferentes niveles o ámbitos de manera integrada en la propia estación clínica de trabajo.

Castilla y León, ya tiene habilitado y en funcionamiento el módulo de hospitalización. Desde este módulo se puede visualizar la información clínica procedente de Medora (Atención Primaria), problemas de salud, tratamientos activos, pruebas diagnósticas o informes del paciente en cualquier centro de Sacyl". Además ya se visualiza desde AP la información procedente hospitalización, urgencias y consultas externas (informes, problemas de salud, pruebas diagnósticas, etc). Los profesionales de la Unidad de Continuidad Asistencial hospitalaria para pacientes crónicos complejos pueden incluso trabajar en la historia clínica de AP.

- **País Vasco**, informó de que todos los elementos relevantes encuestados (problemas de salud activos, tratamientos activos, pruebas diagnósticas y otros) se comparten entre los distintos niveles asistenciales, aunque no aportaron detalles sobre si disponen de un visor o si cuentan con módulos específicos con algún grado de integración.
- En la **Ciudad Autónoma de Ceuta**, parece que AP y Atención Hospitalaria solo comparten las pruebas diagnósticas, pero no los problemas de salud ni los tratamientos activos. Si hay comunicación con los respectivos servicios de urgencias de cada uno de estos ámbitos (AP con urgencias de AP, y atención Hospitalaria con urgencias hospitalarias, pero no entre ellos), e informan que en breve se compartirá la prescripción.
- **Baleares**, respondió que no se habían realizado avances en la integración de la información clínica para un uso compartido de la H. clínica entre los distintos niveles ni sectores asistenciales. Se requiere información adicional para saber si al menos se puede visualizar unos mínimos de información clínica desde todos los niveles asistenciales.

En relación a la existencia de algún tipo de vinculación o comunicación mutua de información entre el sistema sanitario y el ámbito social, ligada a la Historia clínica del paciente, esta variabilidad fue más notable y en general los avances estaban menos consolidados:

- Si (10)
- No (7)



- Resaltamos la CCAA de **Navarra** donde si existe comunicación mutua entre los sectores socio-Sanitario, ligada a la Historia clínica del paciente. En concreto existe un circuito formal y bidireccional de Interconsultas, y se integran informes (sociales?) en la HCD. Los trabajadores sociales acceden a la HCE con trazabilidad ("huella"). Además cuentan con una herramienta adicional, externa a lo que es la HCD, pero que acceden tanto profesionales sanitarios como sociales, con la escala de cribado de valoración sociosanitaria RAICA.
- **Canarias**, informa que si existe esta comunicación entre sectores socio-sanitarios, a través de la integración de informes en la H. Clínica, y como otro tipo de comunicación, elaboración de informes con el resumen de la HC, diagnósticos, alergias, tratamientos, vacunación y hábitos, aunque no detallan cómo lo recibe el sector social (si se trata de una sección específica en la HCE....).

- **Extremadura**, indican que si existe comunicación entre los sectores socio-Sanitario con un circuito formal y bidireccional de interconsultas e integración de informes (sociales?) en la HCD, y como otras formas de comunicación es el acceso de los profesionales médicos del SEPAD (Servicio de atención a la dependencia) a la HCD (en un entorno de JARA) como otro profesional más. No obstante no detallan cómo se realiza esta comunicación al resto de profesionales del sector social (permisos de acceso a HCD, o sección específica...).
- **Castilla y León**, no reportan comunicación ligada a la HCE, pero si hay canales oficiales de intercambio de información, y están desarrollando un proyecto de Plataforma Sociosanitaria que servirá para compartir información entre ambos niveles.
- **Cataluña**, indica que solo cuentan con una experiencia piloto en la ciudad de Barcelona, donde se comunica la situación de dependencia y ayudas al sistema sanitario, ligada a la Historia clínica del paciente.
- **Galicia y La Rioja** informan que si existe comunicación entre los sectores socio-Sanitario con un circuito formal y bidireccional de interconsultas, en integración de informes en la HCD y se conocen los informes de dependencia y ayudas (en el caso de Galicia, pero no detalla cómo se realiza esta comunicación: permisos de acceso a HCD, o sección específica...).
- **En el caso de Madrid**, Las residencias sociosanitarias públicas utilizan la HCE AP Madrid con los mismos circuitos que los profesionales de AP para la solicitud de interconsultas, analíticas o pruebas radiológicas. A su vez, tienen acceso a HORUS para la consulta de información clínica de los ciudadanos residentes en ellas. Asimismo, en las residencias públicas se dispone de una aplicación de Historia Clínica (HIRE) cuya información se encuentra disponible también en HORUS.
- **Aragón**, existe vinculación fundamentalmente con trabajadores sociales del ámbito sanitario, mediante distintos formularios accesibles a estos profesionales en las distintas soluciones de HCE coexistentes en Aragón. Los trabajadores sociales tienen acceso a parte de la HCE sanitaria según su perfil y necesidades. Los profesionales sanitarios pueden visualizar la información registrada en los formularios sociales. En la nueva herramienta de HCE (GUHARA), se ha normalizado el formulario que va a gestionar la información social del paciente/ciudadano. También existe una plataforma de colaboración (sanitaria y social) para gestionar los planes personales de rehabilitación en los pacientes con enfermedad mental grave.
- **País Vasco**, explica que existe una comunicación con asistentes sociales de Osakidetza pero no hay implantado otro cauce de comunicación con el ámbito social fuera del servicio vasco de salud. Como excepción se cita la comunicación electrónica entre Osakidetza y el ámbito social en relación al informe de dependencia en Gipuzkoa.
- **Asturias, Baleares, Cantabria, Ceuta, C. Valenciana y Murcia**, no reportan ningún tipo de comunicación mutua entre estos dos sectores ligada a la historia clínica del paciente. No obstante, las acciones para abordar la cronicidad en algunas de estas CCAA, contemplan líneas específicas de trabajo para la coordinación socio-sanitaria.

Anexo V. Bloque 3 de la encuesta a CCAA sobre documentación relacionada con las acciones para el abordaje de las enfermedades crónicas en las CCAA.

Andalucía

1. Plan Andaluz de Atención Integrada a Pacientes con Enfermedades Crónicas (2012-2016)	
Fecha inicio: 2012	Fecha evaluación: NO
Líneas principales: (Proyectos prioritarios) 1) Asegurar el liderazgo de la Atención Primaria en la atención al paciente con enfermedades crónicas. 2) Consolidar el modelo de atención compartida entre atención primaria y hospitalaria. 3) Desarrollar un modelo de integración socio-sanitaria. 4) Desarrollar el plan en el marco de la gestión clínica. 5) Evaluar las intervenciones y resultados en salud. 6) Afrontar los determinantes de la enfermedad crónica. 7) Promocionar el uso adecuado del medicamento. https://www.juntadeandalucia.es/organismos/salud/areas/planificacion/plan-integral/paginas/paier.html	
Indicadores evaluación:	
2. Proceso Asistencial Integrado Atención a Pacientes Pluripatológicos (3ª edición)	
Fecha inicio: 2018-03-01	Fecha evaluación: No
Líneas principales: <ul style="list-style-type: none"> Definición de paciente pluripatológico, para una caracterización más precisa de la población, no limitándose a la pluripatología, sino incluyendo criterios de complejidad sanitaria o social que cubren a pacientes con necesidades complejas de salud. Perspectiva de la intervención precoz al incorporar la valoración de la fragilidad (Programa salud:65+) Incorporación de intervenciones y herramientas útiles para esta población: i) <i>Valoración Integral Exhaustiva, VIE</i> (valoración clínica, funcional incluyendo la fragilidad, cognitiva, afectiva, socio-familiar, valoración pronóstica, farmacológica, y de capacidad de autogestión y manejo de su enfermedad, valoración de preferencias y valores de la persona, así como valoración de la persona que cuida); ii) <i>Plan de Acción Personalizado PAP</i> (definiendo problemas, metas, planificación de intervenciones y acciones individualizadas y que incorporen las preferencias del paciente, en un modelo de salud proactivo, apoyando la capacidad de las personas de auto-gestionar su salud). Intervenciones transversales pero adaptadas a cada paciente según la fase de pluripatología en la que se encuentre: Actividades de prevención y promoción, activación y autogestión del paciente y persona que cuida, activación de la red de apoyo social, optimización fármaco-terapéutica, la rehabilitación, la preservación funcional y cognitiva, y la planificación anticipada de decisiones. Avanza en un modelo de atención compartida entre AP y AH, y entre lo sanitario y lo social. Por ello, requiere equipos interdisciplinarios de profesionales de los diferentes ámbitos asistenciales conectados, propiciando una experiencia de continuidad del paciente. Se promueve la utilización de un mismo soporte de historia única, misma taxonomía y herramientas, y en pacientes más complejos se profundiza en los cuidados transicionales y en la gestión de casos. Por último se incorpora la coordinación con dispositivos de urgencias y otras plataformas de TICs... https://www.juntadeandalucia.es/organismos/salud/areas/calidad-investigacion-conocimiento/gestion-conocimiento/paginas/pai-pluripatologicos.html	
Indicadores evaluación: Pacientes pluripatológicos identificados, Valoraciones Integrales exhaustivas (VIE) realizadas (valoración de la fragilidad, valoración pronóstica, valoración farmacológica), Iniciativas para la autogestión y activación del paciente, Intervenciones en el hogar en pacientes con riesgo de caídas, Conciliación del tratamiento al alta hospitalaria, Plan de Acción Personalizado, Plan de Acción Personalizado con VIE previa, Identificación del Internista en la UGC de AP,	

Ingresos hospitalarios programados, Seguimiento hospitalario prospectivo de pacientes pluripatológicos ingresados en especialidades quirúrgicas, Reuniones mensuales interniveles, Realización del programa de actividad multicomponente en pacientes frágiles pluripatológicos, Realización de un programa de rehabilitación cardiaca a pacientes pluripatológicos con categoría A, Realización de un programa de rehabilitación respiratoria a pacientes pluripatológicos con categoría C.

3. Atención a las personas con enfermedades crónicas con necesidades complejas de salud: Estrategia de implementación (en el marco de la Estrategia de Renovación de la Atención Primaria)

Fecha inicio: 2016-09-01

Fecha evaluación: anual, la última en diciembre 2017

Líneas principales: consiste en la estrategia de implementación del PAI-APP para Atención Primaria. Incluye actuaciones a realizar a nivel de la UGC de AP, y /o Por los Distritos de AP y Áreas de Gestión Sanitaria, y/o por la Dirección Corporativa en cada uno de los siguientes seis pasos: 1) la identificación de pacientes (tienen en cuenta la estratificación de la población por ACGs); 2) Creación de agendas específicas y conjuntas médico/enfermera en AP (en el centro y en el domicilio); 3) identificación nominal de la prestación específica; 4) Constitución formal del equipo funcional prestador básico y establecimiento de canales o circuitos rápidos de comunicación y alianzas entre hospital y primaria; 5) Elaboración del Plan de Acción Personalizado (PAP) de cada paciente; 6) implantación paso a paso (cobertura de prueba de 5-15 pacientes).

http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/contenidos/renovacion_ap/impl_plan_at_pac_complej_2016.pdf

Indicadores evaluación: Nº de agendas conjuntas creadas, nº de PAP realizados y entregados. % de Unidades de Atención Primaria con Internista de referencia. Nº de reingresos de pacientes crónicos complejos.

4. Examen de salud para personas mayores de 65 años: Abordaje de la Fragilidad (Programa salud: 65+).

Fecha inicio: comenzó en septiembre de 2006, pero ha sido revisada y actualizada en 2017.

Fecha evaluación: 2017-12-31

Líneas principales:

El Objetivo general del programa es mejorar el bienestar, promover la salud, prevenir la enfermedad y responder a las necesidades de atención de las personas mayores de 65 años, adaptando la respuesta de los equipos de salud a las condiciones que determinan el estado y capacidad funcional de estas personas.

Como objetivos específicos:

1. Promover el desarrollo de intervenciones de promoción y prevención relacionadas con el Envejecimiento activo y saludable.
2. Detectar de forma precoz la fragilidad y el riesgo de caídas en personas mayores.
3. Desarrollar intervenciones orientadas a la recuperación y/o conservación de las capacidades funcionales.
4. Optimizar las capacidades residuales de las personas que se encuentren en situación de dependencia.
5. Adecuar las intervenciones según criterios basados en las capacidades funcionales (estratificación funcional) la evidencia científica y la mejora de los resultados en salud.

https://www.juntadeandalucia.es/export/drupaljda/examen-salud-mayores-65_2017.pdf

Indicadores evaluación: Nº de pacientes mayores de 65 años con identificación de la fragilidad.

Aragón

1. Programa de Atención al enfermo crónico dependiente

Fecha inicio: 2005

Fecha evaluación: 2010

Líneas principales:

- El programa de atención a enfermos crónicos dependientes estableció una oferta específica de servicios para estos pacientes basada en los itinerarios para cada tipo de paciente en virtud de sus características clínicas y personales. En estos itinerarios no se descarta ni la atención sanitaria más compleja, cuando así lo requiera el paciente, ni tampoco aquellos servicios específicos de cuidados y rehabilitación que deba recibir en su entorno más próximo.
- A la asistencia que facilitan los Equipos de Atención Primaria y los Hospitales Generales, el programa incorpora una

serie de prestaciones que forman parte de la cartera de servicios del enfermo crónico dependiente entre las que podemos destacar:

- Hospitalización de Convalecencia
- Atención en Hospital de Día de Hospital de Convalecencia
- Asistencia por Equipos de Soporte de Atención Domiciliaria (ESAD)
- Unidades de Valoración Sociosanitarias en Hospitales Generales

Indicadores evaluación: disponibles en el apartado de evaluación

2. Proceso de Atención al enfermo crónico complejo

Fecha inicio: 01-12-2017

Fecha evaluación: No

Líneas principales:

- El eje principal es la atención por parte del equipo sanitario de atención primaria (personal médico y de enfermería), responsables de la captación, valoración integral y establecimiento de un plan de intervención y seguimiento individualizado y longitudinal adaptado a las necesidades de atención que cada persona necesita, anticipándose de forma proactiva a complicaciones potenciales secundarias a la multimorbilidad de estos pacientes.
- Este Plan de intervención se ha creado en formato electrónico en la historia clínica electrónica de cada paciente y contiene la información esencial sobre su estado de salud y sus principales problemas, así como las actuaciones que se plantean para mejorar su calidad de vida.
- Se están creando, según las características y necesidades de cada sector sanitario, en los servicios de Medicina Interna de los hospitales generales de Aragón "Unidades de Atención a Pacientes Crónicos Complejos", (UCC) como unidades que garanticen un acceso y una transición ágil de los pacientes entre los dos niveles asistenciales, proporcionando los cuidados adecuados a sus necesidades y al nivel de progreso de su enfermedad. Estas unidades disponen de consultas, camas de hospitalización y hospital de día, garantizando también la coordinación con otras unidades hospitalarias si fuera necesario.

Además desde 2012 se cuenta con el Programa de mejora de la seguridad de la farmacoterapia en el anciano polimedcado. [Cronicidad Aragón](#);

Indicadores evaluación: disponibles en el apartado de evaluación

Asturias

1. Personas sanas, poblaciones sanas: Ordenación y elaboración de las Estrategias de Salud y Atención a la Población con Enfermedad Crónica en Asturias.

Fecha inicio: 2014-05-03

Fecha evaluación: No

Líneas principales:

- **Línea política 1. Enfoque poblacional**
 - Proyecto estratégico 1. Modelos de Gobernanza Local en Salud y Sistemas Integrados de Salud en el territorio
 - Proyecto estratégico 2. Observatorio de Salud en Asturias
 - Proyecto estratégico 3. Estratificación de la población
- **Línea política 2. Salud en todas las Políticas**
 - Proyecto estratégico 4. Desarrollo de proyectos intersectoriales
 - Proyecto estratégico 5. Desarrollo del Plan de Salud y Medio Ambiente del Principado de Asturias
 - Proyecto estratégico 6. Coordinación socio-sanitaria
 - Proyecto estratégico 7. Promoción de estilos de vida saludables: alimentación, ejercicio físico, tabaco y alcohol
 - Proyecto estratégico 8. Incorporación de la perspectiva de desigualdades en los diferentes programas e intervenciones
 - Proyecto estratégico 9. Formación, Investigación e innovación
- **Línea política 3 Participación de la Comunidad, del Ciudadano/a y Autonomía del paciente**
 - Proyecto estratégico 10. Participación ciudadana en Salud
 - Proyecto estratégico 11. Escuelas de Pacientes y Pacientes expertos/as

Proyecto estratégico 12. Atención a las personas cuidadoras

Proyecto estratégico 13. Instrucciones previas

• **Línea política 4: Continuidad asistencial y Adaptación de las intervenciones sanitarias**

Proyecto estratégico 14. Continuidad asistencial en pacientes crónicos complejos

Proyecto estratégico 15. Organización de la atención domiciliaria para la atención a pacientes crónicos

Proyecto estratégico 16. Desarrollo de hospitales o dispositivos de subagudos y convalecencia

Proyecto estratégico 17. Fomentar iniciativas de Educación y promoción de la salud

Proyecto estratégico 18. Continuidad asistencial de atención a las personas con trastorno mental grave/severo

Proyecto estratégico 19. Desarrollo de tecnologías sanitarias y sistemas de información y comunicación

Proyecto estratégico 20. Calidad y Seguridad en la asistencia sanitaria

Proyecto estratégico 21. Comunidad virtual de aprendizaje sobre cronicidad y buenas prácticas

<https://www.astursalud.es/noticias/-/noticias/estrategia-de-atencion-a-la-poblacion-con-enfermedad-croni-1>

Indicadores evaluación: Punto 6 Implantación, seguimiento y evaluación de la estrategia. Se podrá visualizar a través de la Web del Observatorio de Salud para Asturias (OBSA) <https://obsaludasturias.com/obsa/>

Baleares (Islas)

1. Plan de atención a las personas con enfermedades crónicas 2016-2021

Fecha inicio: 2017-10-01

Fecha evaluación: No

Líneas principales: El plan pretende marcar con claridad los objetivos estratégicos y establecer una atención integrada en el caso de los pacientes con enfermedades crónicas complejas y avanzadas. Se establece un mapa estratégico con líneas y objetivos estratégicos, y se establece la coordinación a través de la definición de rutas asistenciales específicas y desde el desarrollo competencial de la gestión de casos de enfermeras de práctica avanzada. El objetivo principal es conseguir que la persona con enfermedad/es crónica/s esté en su domicilio con el máximo de autonomía e independencia el mayor tiempo posible. Se definen 9 objetivos específicos: 1) Identificar a la población con enfermedades crónicas en función de su morbilidad integrando el GMA en los SIS, 2) Mejorar la salud de las personas con EECC a través del empoderamiento y el desarrollo del proyecto de "paciente activo" (formación entre iguales), 3) Implementar el proyecto de paciente crónico complejo y avanzado en todos los ámbitos asistenciales, 4) Implementar el proyecto de enfermera gestora de casos como garantía de coordinación y comunicación entre ámbitos e instituciones, 5) Diseñar un proyecto para la atención a niños con enfermedades crónicas complejas y avanzadas, 6) Impulsar una coordinación eficaz entre los servicios sanitarios y los servicios sociales para asegurar una atención integral, 7) Implementar el programa de Atención domiciliaria para mejorar la calidad asistencial y la seguridad de los pacientes con EECC complejas y avanzadas, 8) Planificar los recursos socio-sanitarios de Atención Intermedia y de larga estancia e integrarlos en el sistema, 9) Aumentar la capacidad resolutoria de la Atención Primaria. <http://www.ibsalut.es/apmallorca/attachments/article/1521/plan-cronicitat-es.pdf>

Indicadores evaluación: Anexo 2 de indicadores de contratos de gestión.

2. Proceso integrado: Atención al paciente crónico complejo (PCC) y al paciente crónico avanzado (PCA)

Fecha inicio: 2017-10-01

Fecha evaluación: 2018-07-31

Líneas principales: Plantea un proyecto centrado en Atención primaria, cuyo principal objetivo es mejorar la calidad de atención a pacientes crónicos complejos y avanzados, a sus cuidadores y familias, y mantenerlos, el máximo tiempo posible, en el entorno comunitario con la mejor calidad de vida posible. Se impulsa la creación de unidades de hospitalización específicas en hospitales de agudos, la creación de rutas asistenciales diferenciadas para PCC y PCA (con el objetivo de evitar ingresos o el paso por urgencias ante descompensaciones), y una coordinación de esta unidad a través de la gestión de casos, con el objetivo de evitar, en lo posible, el deterioro funcional y/o cognitivo durante el ingreso en el hospital y la vuelta a domicilio lo más pronto y en las mejores condiciones de autonomía posibles. Ello requiere la motivación y formación de profesionales de referencia, la creación de nuevos roles (Enfermeras Gestoras

de Casos), la potenciación de los hospitales de cuidados intermedios o de media estancia como hospitales rehabilitadores de soporte a AP y al hospital de agudos e impulsar la valoración nutricional de manera sistemática a estos pacientes. Algunas de sus acciones incluyen la creación de comisión de cronicidad, implementación de una consulta de resolución rápida como soporte a AP o evitar la polimedicación.

El proyecto recoge las definiciones de PCC y PCA para su identificación y registro, así como el modelo de atención que aborda la valoración integral y dimensional del paciente, el establecimiento del plan de cuidados, su revisión clínica, identificación de necesidades de cuidados paliativos, la atención domiciliaria y hospitalaria, así como las rutas asistenciales en cada caso.

<https://www.ibsalut.es/apmallorca/attachments/article/1058/atencion-paciente-cronico-complejo-avanzado-es.pdf>

Indicadores evaluación: Pacientes identificados, valoración capacidad funcional y cognitiva (Barthel, Pfeiffer), pacientes visitados en domicilio, estancias medias, fallos de circuito (ej. ingresos de PCA en H. agudos, reingresos PCC y PCA, visitas a urgencias), pacientes en ATdom, ingresos en unidades específicas, valoración necesidades paliativas (NECPAL), polimedicados con más de 10 fármacos, profesionales formados en EPS para paciente activo, número de pacientes formadores para proyecto paciente activo.

3. La enfermera gestora de casos (EGC), garantía de coordinación y de continuidad asistencial

Fecha inicio: Diciembre 2017

Fecha evaluación: NO

Líneas principales:

Asegurar la coordinación y la gestión global, facilitar la continuidad de los cuidados de forma coordinada y planificada y garantizar el acceso a ayudas técnicas y a los recursos más adecuados.

La población diana son personas que, a causa de su estado de salud, requieren una atención específica de coordinación, valoración y seguimiento, así como sus cuidadores (más amplios que PCC y PCA).

Se definen las competencias y la inclusión en los programas de EGC comunitaria, hospitalaria y de hospital de estancia media, así como sus procesos de atención.

<https://www.ibsalut.es/apmallorca/attachments/article/1052/enfermera-gestora-casos-es.pdf>

Indicadores evaluación: Ver indicadores recogidos en apartado de evaluación.

Canarias

1. Estrategia de Abordaje a la Cronicidad en la Comunidad Autónoma de Canarias

Fecha inicio: 2015-03-18

Fecha evaluación: No

Líneas principales: Los principios de la Estrategia de cronicidad que conllevan implicaciones sobre el modelo de atención son: 1) Reorientar la asistencia hacia un modelo proactivo; 2) Situar al paciente como centro del sistema; 3) Enfoque de salud poblacional; 4) Aumentar la capacidad resolutoria; 5) Integración de la atención al paciente crónico entre niveles asistenciales y; 6) Empoderamiento y autonomía del paciente.

La continuidad asistencial es un elemento clave del proceso de atención integral a la cronicidad, que conlleva implicaciones en 3 ámbitos: i) ámbito organizativo, fundamentado en estratificación e identificación de las necesidades de la población en base a sus riesgos; ii) Ámbito de procesos, que requiere una normalización del proceso con la identificación, valoración integral del paciente, la atención y seguimiento, y con especial atención al paciente crónico de alta complejidad con un enfoque de gestión de casos; y iii) Ámbito de las herramientas, con recursos de apoyo y soporte que permitan una adecuada coordinación, como son la accesibilidad a Historia clínica electrónica desde diferentes niveles asistenciales; canales de interconsulta entre profesionales, herramientas de ayuda a toma de decisiones y de soporte a la prescripción farmacológica con la receta electrónica continua; y canales de comunicación con el paciente crónico y su cuidador.

Para llevar a la práctica estas bases de la Estrategia y del nuevo proceso de atención a la cronicidad, se plantean 3 objetivos estratégicos de impacto en los ciudadanos, la organización y sus profesionales, y las mismas 6 líneas estratégicas de la Estrategia para el Abordaje de la cronicidad en el SNS (siendo la equidad en salud e igualdad de trato una línea

transversal), que se materializan a través de **13 proyectos** (Resaltamos en negrita los proyectos base) y **41 iniciativas** (citamos solo algunas):

- Dentro de la línea estratégica de promoción de la salud:
 1. Concienciación de la importancia de estilos de vida saludable (Fomentar herramientas de monitorización de factores de riesgo...)
 2. Fomento de iniciativas transversales y de colaboración en promoción de la salud (promoción de salud en la escuela; impulso de red de municipios saludables...)
- Dentro de la línea de Prevención de la enfermedad:
 3. Empoderamiento del paciente y su entorno (creación de escuela de pacientes y paciente activo; desarrollo de la capacitación del cuidador...)
 4. Facilitar la comunicación interactiva, proactiva y unificada con los usuarios (generación de espacio virtual del usuario, soporte al cuidador, canales de mensajería profesional-paciente...)
- Dentro de la línea de reordenación de la Atención sanitaria:
 5. Estratificación de la población por niveles de riesgo para planificación de acciones (estratificación, definir criterios de segmentación y apoyo al profesional para identificar PC...)
 6. Normalización de la atención integral del paciente (diseño de un proceso asistencial integrado homogéneo en función de los niveles de riesgo identificados; desarrollo de guías y protocolos consensuados entre AP y AE).
- Dentro de la línea de continuidad asistencial:
 7. Gestión de casos para los pacientes crónicos complejos (Proceso homogéneo de coordinación PCC, definición roles asociados a gestión de paciente crónico...).
 8. Aseguramiento del continuo asistencial y mejora de la resolución AP (desarrollo de procesos de continuidad de cuidados y reordenación de tareas, impulso de la atención domiciliaria y coordinación y continuidad en este ámbito y con la hospitalización a domicilio, acceso a Historia de salud, agilizar la transición de niño crónico a paciente adulto...)
 9. Impulso de la e-salud para control y seguimiento integral de pacientes crónicos (desarrollo atención 24x7 con centro de llamadas; interconsultas virtuales; sistemas de telemonitorización y alertas a domicilio PCC...)
 10. Fortalecimiento del uso racional del medicamento (Mejora de la adecuación terapéutica PC y polimedicados, mejora de la adherencia en PC; potenciación receta electrónica, canales de comunicación entre profesionales farmacéuticos..).
- Dentro de la línea de investigación, innovación y formación:
 11. Refuerzo a la investigación en cronicidad (monitorización y evaluación de resultados en salud..)
 12. Garantía en la aplicación de innovaciones coste-eficientes (creación de plataforma de difusión de Buenas prácticas en innovación...).
 13. Formación a profesionales (formación a profesionales de AP y AE en el manejo del PC)

<https://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/content/1e7740f8-d12e-11e4-b8de-159dab37263e/LibroCronicidadCompleto.pdf>

Indicadores evaluación: Se establece una estructura de control y seguimiento de la estrategia, y 26 áreas de evaluación (20 en lo referente a áreas de proceso, y 6 relativas a áreas de resultados) para definir indicadores que midan y monitoricen los 13 proyectos propuestos, y obtengan el grado de implantación, despliegue y consecución de objetivos de la Estrategia.

2. Proceso Asistencial Integrado para paciente crónico

Fecha inicio: 2017-12-04

Fecha evaluación: No

Líneas principales: Los objetivos de los procesos integrados como abordaje a las enfermedades cardiovasculares más frecuentes son utilizar protocolos comunes que dejen establecidos los requisitos en el contenido de los informes de alta de estos pacientes, los seguimientos en cada ámbito asistencial o coordinados entre ambos y los criterios y tiempos en las derivaciones entre los mismos. Esto permitirá, liberar las consultas de cardiología de visitas de escaso valor clínico añadido y, aumentar su disponibilidad para las consultas de pacientes con síntomas nuevos, que requieran su valoración, o para desestabilizaciones de procesos crónicos. Las patologías cardíacas crónicas que integran este abordaje son: la cardiopatía

isquémica, insuficiencia cardiaca, fibrilación auricular y las valvulopatías.

Indicadores evaluación:

Cantabria

1. Plan de Atención a la Cronicidad de Cantabria 2015-2019

Fecha inicio: publicación en mayo 2015

Fecha evaluación: No

Líneas principales: El documento propone las siguientes acciones: continuidad asistencial, alternativas a la asistencia sanitaria tradicional para el paciente crónico, ofrecer recursos, mediante la promoción y educación en salud al ciudadano, al paciente y a su familia, formación a los profesionales y potenciación de la investigación en cronicidad, desarrollo de y soporte mediante las tecnologías de la información, abordaje de problemas específicos: Dolor crónico y pacientes polimedcados.

<http://saludcantabria.es/index.php?page=plan-de-atencion-a-la-cronicidad-2015-2019>

Indicadores evaluación:

2. Estrategia de Atención a la Cronicidad de Cantabria

Fecha inicio: Septiembre 2015

Fecha evaluación: Febrero de 2016; Marzo de 2017; pendiente octubre 2018.

Líneas principales: Estratificación de la población. Rutas asistenciales. Historia clínica integrada. Nuevas competencias profesionales. Alternativas a la hospitalización tradicional. Coordinación con Servicios Sociales. Contrato de actividad. Programa de formación en cuidado responsable. Intervenciones de prevención y promoción sobre los principales FR. TICs. Receta electrónica. Implementación de un servicio de orientación a la cronicidad (consejo sanitario). Se incluyen detalles de algunas de estas líneas:

- **Estratificación:**

Se utiliza la herramienta de Grupos de Morbilidad Ajustados (GMA) facilitada por el MSCBS a las Comunidades Autónomas para realizar la agrupación poblacional y poder adaptar las intervenciones sanitarias a los diferentes estratos. Esta herramienta clasifica a la población según su RIESGO en alguno de los 4 estratos de la pirámide (sin riesgo, en riesgo bajo, riesgo medio o en situación de riesgo alto). Se ha estratificado población en 2015, 2016, 2017.

- **Programa de formación en cuidado responsable**

La formación de los monitores de los talleres (pacientes y profesionales) se realiza en el Hospital Virtual Valdecilla, con un programa específico que se revisa y mejora anualmente. Se han formado, 33 monitores en cuidado responsable (14 pacientes y 19 enfermeras), 20 monitores en educación grupal para la salud (4 médicos y 16 enfermeras). Nuevas ediciones en octubre y noviembre 2018

Talleres a pacientes: se han diseñado 2 talleres, de cronicidad y de diabetes y realizado 17 talleres con 118 pacientes en 2017; y 13 talleres con 101 pacientes en 2018, estando previstos otros 9 talleres más. El análisis de los primeros resultados del sistema de evaluación de los talleres puesto en marcha se preveía en octubre 2018.

- **Desarrollo de Tecnologías de la Información y la Comunicación (TICs)**

Telepsiquiatría: Operativa mediante teleconsultas con el centro penitenciario de El Dueso y el servicio de psiquiatría del HUMV, y entre la ZBS de Liébana, Nansa, Campoo-Los Valles (Mataporquera y Reinosa) con el servicio de psiquiatría del H. Sierrallana. Actualmente en fase de desarrollo en otras ZBS alejadas de las USM.

Teleconsultas: Además de la mencionada con Psiquiatría, se habilitan teleconsultas con otros servicios del HUMV con Psicología para trastornos de la conducta, con Digestivo (centrado en pacientes con VHC), con Infecciosas (centrado en pacientes VIH), con Radiología, con Dermatología.

Se está desarrollando una plataforma que se integrará en las historias clínicas electrónicas y que también permitirá al profesional realizar una teleconsulta con el paciente (piloto previsto a final de 2018 en: Psiquiatría, Unidad del Sueño, Oncología, y un Centro de Salud).

Teleasistencia en Residencias: Se ha puesto en marcha en 2018 un piloto en la ZB de Puente Nansa entre el Centro de

Salud y la Residencia de la localidad. Pendiente, poder desplegar a otras residencias en 2019.

Interconsultas no presenciales (ICNP): Disponible desde OMI en todas las ZBS (menos aquellas que trabajan con AP-Cantabria) incluidas en la Ruta PPP, para la comunicación entre los facultativos de AP y el Internista de referencia. Disponible desde MAS (mensajería atención sanitaria) para todos los pediatras de AP las ICNP con neumología, cardiología pediátricas. Disponible en papel con H. Laredo (Hematología y rehabilitación), con H. Sierrallana (Hematología), con HUMV (Hematología y Nefrología).

- **APP del SCS**

SCSalud es la aplicación para móviles diseñada por el SCS para impulsar nuevas formas de relación y comunicación del sistema sanitario con pacientes y ciudadanos en general.

Entre los servicios que incluye figura la solicitud de cita previa en Atención Primaria, el acceso a los datos propios de tarjeta sanitaria, dispone de un listado de los centros dependientes del SCS, un listado de farmacias ordenadas por orden de proximidad al usuario, un apartado de preguntas más frecuentes. Recientemente ha sido habilitada la posibilidad de realizar notificaciones a los dispositivos móviles de los usuarios que tengan descargada la APP.

Actualmente en fase de desarrollo la puesta en marcha de un chatbot, posibilidad de ver todas las citas (AP-Hospital), el acceso a la receta electrónica y a la Web de la Escuela Cántabra de Salud.

Esta plataforma de comunicación facilita y provee de información y formación en salud a la población en general, y a pacientes crónicos, cuidadores y familiares en particular para permitirles adquirir conocimientos y habilidades en la gestión de su enfermedad y la incorporación de pautas y hábitos saludables, para mejorar su calidad de vida. Se ha diseñado un espacio específico denominado Escuela de Pacientes destinado específicamente para las personas con enfermedades crónicas. Se dispone de un acceso al calendario de los talleres y se ha reorganizado el espacio de Actividades docentes, donde aparecen los cursos próximos y los pacientes pueden apuntarse. Se ha creado un espacio de trabajo para los monitores llamado Aula Virtual Monitores.

<http://www.scsalud.es/web/scs/app-scsalud>

- **Cantabria +150:**

Es una nueva aplicación móvil desarrollada para el fomento de hábitos saludables mediante programas individualizados de actividad física y alimentación. A través de un cuestionario inicial en el que el usuario describe, entre otros datos, sus rutinas, intolerancias alimentarias y patologías, el software de la app proporciona un programa individualizado de acciones, hábitos alimenticios y rutinas de actividad física adaptado a sus necesidades y características personales.

Aunque su utilización es accesible para todos los ciudadanos de Cantabria, principalmente está dirigida a las personas con enfermedades crónicas, ya que junto a lo anterior permite hacer un seguimiento de la evolución de su patología mediante el control de determinados parámetros como por ejemplo el peso, la TA, el tiempo de actividad..., de esta manera no solo los pacientes, sino también los profesionales sanitarios, podrán emplear esta aplicación en la consulta como apoyo para el seguimiento y supervisión de la evolución de los pacientes

- **Consejo Sanitario:**

Con el fin de impulsar el nuevo modelo de atención, el Servicio Cántabro de Salud puso en marcha desde finales del 2016 el servicio de atención telefónica "Consejo Sanitario". Este es un servicio de enfermería que tiene como misión desarrollar un modelo de relación y atención sanitaria no presencial, centrado en las necesidades de los pacientes, ciudadanos y profesionales sanitarios. Tiene 2 funcionalidades:

- Disponible para toda la ciudadanía de Cantabria, permite realizar consultas no presenciales sobre cuestiones relacionadas con la salud, ofreciendo consejos de salud, e información sobre los diferentes programas de salud y sobre el sistema sanitario de Cantabria.
- Seguimientos "de seguridad" de pacientes crónicos a requerimiento de los profesionales de enfermería de Atención Primaria y Atención Hospitalaria, como parte de la atención que reciben de sus profesionales de referencia tras sufrir situaciones de inestabilidad clínica.

<http://www.escuelacantabradesalud.es/consejo-sanitario>

Otros proyectos y acciones de orientación a la Cronicidad: JA-CHRODIS y JA-CHRODIS+ (<http://chrodis.eu>), InnyCron (<https://www.idival.org/es/NOTICIAS/ID/1539/Presentacion-de-los-resultados-de-la-Convocatoria-INNyCRON-2017>),

Proyecto de investigación sobre Pacientes Pluripatológicos; TiChroN (<https://www.interreg-sudoe.eu/proyectos/los-proyectos-aprobados/179-utilizacion-de-las-tics-como-herramienta-de-mejora-en-la-atencion-integral-de-ninos-con->

[enfermedades-cronicas](#)); Proyecto G5; WEB Cronicidad.

Indicadores evaluación: Mediante el IEMAC (evaluación de modelos de atención a la cronicidad), IEXPAC y cuestionario D'Amour:

- IEMAC es un instrumento de autoevaluación de sistemas y organizaciones sanitarias a niveles macro, meso y micro. Su finalidad es conocer mediante un mapa de intervenciones la situación basal y los progresos alcanzados tras las intervenciones de mejora en los planes de atención a la cronicidad. Este instrumento de evaluación empleado por las entidades que atienden a las personas con cronicidad permite realizar el diagnóstico de una organización en relación al grado de implantación de un modelo de calidad de la atención prestada a las personas con patologías crónicas, y mediante el desarrollo de evaluaciones periódicas conocer las diferentes respuestas y avances temporales de las estrategias de cronicidad implantadas. El instrumento es pionero y ofrece una guía de 80 posibles intervenciones que pueden facilitar la identificación, implementación y evaluación de los cambios necesarios en las diferentes organizaciones sanitarias, a nivel macro, meso y micro centradas en cinco dimensiones: organización del sistema de Salud, salud comunitaria, modelos asistenciales, apoyo a las necesidades del paciente, apoyo a las decisiones clínicas. Permite establecer áreas de mejora y establecer para objetivos concretos las mismas, facilitando la planificación, la reasignación de recursos, así como poder plantear cambios organizativos.
- La herramienta IEXPAC, dirigida a los propios pacientes crónicos, y orientada a conocer la evaluación de su propia atención por padecer condiciones crónicas.

3. Ruta del Paciente Pluripatológico o crónico complejo

Fecha inicio:

Fecha evaluación: No

Líneas principales: Desplegada en las 42 ZBS de Atención Primaria (AP), con varios profesionales identificados en cada una de ellas como impulsores de la cronicidad, además hay 14 los internistas de referencia (IR) y 4 las enfermeras de enlace hospitalario (EEH). Se dispone del Consejo Sanitario (servicio de enfermería) para seguimiento de pacientes crónicos.

Hay 6.095 pacientes codificados en la historia electrónica (AP y Hospital)

Están operativas las Interconsultas no presenciales desde AP a IR y la consulta de estabilización sin pasar por la urgencia y sin ingreso.

Se han establecido reuniones, que tendrán un carácter periódico, entre los Equipos de AP y los Internistas de Referencia y las Enfermeras de Enlace. A 30 de junio se han producido las reuniones en prácticamente todos los Centros de Salud.

En Cantabria existen rutas específicas para las siguientes patologías: **ruta del paciente con Trastorno Mental Grave; ruta de la Insuficiencia Cardíaca (en fase de difusión); ruta de la EPOC y ruta de la fibrilación auricular;**

Están en fase de diseño las siguientes rutas: **ruta del Ictus y ruta de atención al paciente con deterioro cognitivo.**

Indicadores evaluación:

Castilla y León

1. Estrategia de Atención al Paciente Crónico en Castilla y León

Fecha inicio: 2013-01-10

Fecha evaluación: 2018-05-18

Líneas principales: Asegurar la coordinación entre los profesionales de los diferentes niveles asistenciales que intervienen para garantizar la continuidad de los cuidados. Avanzar hacia la integración asistencial a través de la coordinación efectiva de los sistemas sanitario y social. Potenciar el papel de Atención Primaria y en especial de enfermería para mejorar las condiciones de las personas con enfermedades crónicas y ofrecer una atención eficaz. Reorganizar los recursos hospitalarios de acuerdo a las condiciones y necesidades de estos/as pacientes. Promover la participación activa de pacientes y personas cuidadoras en el mantenimiento de la salud.

Se ha desarrollado un extenso proceso para la gestión de pacientes crónicos complejos.

Objetivo 1: *Asegurar la continuidad asistencial*

a. Integración asistencial

1.1.1 Estratificación de la población / clasificación de pacientes.

- 1.1.2. Diseño y desarrollo de los subprocesos clínicos integrados priorizados.
- 1.1.3. Programa de prescripción y utilización adecuada de medicamentos
- b. Continuidad con la atención socio-sanitaria
 - 1.2.1. Proceso de atención integrada en domicilio.
 - 1.2.2. Proceso de atención integrada en residencia.
 - 1.2.3. Programa de atención farmacéutica en el ámbito socio-sanitario
- c. Adaptar la organización a las necesidades del paciente crónico
 - 1.3.1. Potenciación del papel de la atención primaria y aumento de su capacidad resolutive.
 - 1.3.2. Definición de nuevas Unidades, competencias y roles en atención especializada: Unidades de Continuidad Asistencial (UCA), Unidades de Convalecencia Sociosanitaria (UCSS) y competencias avanzadas de enfermería.

Objetivo 2: *Potenciar la autonomía y la responsabilidad del paciente*

- a. Autocuidado, corresponsabilidad y participación
 - 2.1.1. Programa de difusión de conocimientos de autocuidado en las enfermedades crónicas.
 - 2.1.2 Red de participación/colaboración con las asociaciones de pacientes y familiares.
 - 2.1.3. Plan de mejora de la adherencia y corresponsabilidad pacientes/cuidadores en la utilización responsable de medicamentos.
 - 2.1.4. Programa de formación y capacitación de pacientes, familiares y cuidadores.
- b. Promoción de la salud y prevención de la enfermedad
 - 2.2.1 Programa de envejecimiento activo saludable.
 - 2.2.2 Programa de prevención de enfermedades crónicas.
 - 2.2.3. Prevención de nuevas enfermedades y complicaciones en pacientes crónicos.

Objetivo 3: *Innovación y gestión del conocimiento*

- a. Tecnologías facilitadoras del cambio
 - 3.1.1. HCE (Historia Clínica Electrónica) integrada entre atención primaria y atención especializada.
 - 3.1.2. Gestión electrónica de la farmacoterapia (receta electrónica y otros).
 - 3.1.3. Incorporación de información social en TSI.
 - 3.1.4. Telemedicina-Teleasistencia.
 - 3.1.5. Información social y sanitaria compartida.
- b. Formación e investigación
 - 3.2.1. Desarrollo de acciones específicas de formación sobre el proceso.
 - 3.2.2. Impulso de la investigación e innovación en cronicidad.
 - 3.2.3. Plataforma compartida de formación y de “mejores prácticas”.

<https://www.saludcastillayleon.es/profesionales/es/atencion-cronicos>

<https://www.saludcastillayleon.es/AulaPacientes/es>

<https://www.saludcastillayleon.es/profesionales/es/atencion-cronicos/atencion-paciente-cronico-castilla-leon>

Indicadores evaluación: Se han establecido indicadores para cada uno de los objetivos de la Estrategia, con valoración anual la mayoría; algunos anuales y al final de la estrategia y dos semestrales.

Hacia una Gestión Basada en resultados. Rediseñando los Servicios Sanitarios SACYL” Luzan5. Se trató de un trabajo grupal con todos los agentes implicados en el desarrollo de la estrategia para identificar las dificultades surgidas en el abordaje de las líneas de acción, trabajando en sus posibles soluciones, identificando su impacto sobre los implicados en el sistema sanitario y posibles necesidades y retos a futuro.

Se establecieron unas recomendaciones para seguir avanzando en el proceso de transformación del modelo, mejorando el plan de comunicación y difusión, las herramientas tecnológicas y los sistemas de información, favoreciendo la motivación y refuerzo de los roles profesionales y dotando de herramientas de liderazgo y gestión para el cambio. Asimismo se tratará de mejorar la estratificación de los pacientes y se trabajará para la evaluación de resultados en salud.

2. Vía Clínica

Fecha inicio: 2014-05-28

Fecha evaluación: SI

Líneas principales: Está dentro del Proceso de atención integrado descrito a continuación.

Indicadores evaluación:

3. Proceso de Atención al Paciente Crónico Pluripatológico Complejo

Fecha inicio: 2014-05-28	Fecha evaluación: 2016-06-01
<p>Líneas principales: El eje de la atención al Paciente Crónico Pluripatológico Complejo es Atención Primaria con mayor capacidad resolutive y de gestión. Seguimiento cercano y actitud proactiva de la enfermera de AP. Ante una descompensación clínica que no pueda ser sólo atendida en AP, se contactará con la Unidad de Continuidad hospitalaria (UCA) para interconsulta telefónica o presencial, manteniendo la continuidad asistencial y proporcionando una atención integrada. La enfermera hospitalaria de la UCA proporcionará asistencia y gestión de casos, manteniendo la coordinación con AP y otros servicios del hospital que sean requeridos. Se mantendrá una coordinación constante con los servicios sociales para la gestión de los recursos de apoyo que se precisen por el/la paciente y/o su familia.</p> <p>En Castilla y León además de la evaluación de los indicadores del proceso de PCPPC se evalúan individualmente otros procesos de enfermedades crónicas con sus respectivos indicadores: Insuficiencia Cardíaca Crónica, Insuficiencia Renal Crónica, EPOC, DM, Demencia, etc.</p> <p>https://www.saludcastillayleon.es/profesionales/es/procesos-asistenciales/procesos-asistenciales-gerencia-regional-salud https://www.saludcastillayleon.es/profesionales/es/atencion-cronicos/atencion-paciente-cronico-castilla-leon</p>	
<p>Indicadores evaluación: Plan Bienal de Inspección de 2016-2017: Apartados que se evaluaron: 1.-Implantación de la unidad de continuidad asistencial para pacientes crónicos pluripatológicos complejos: se valoró la difusión y formación en el modelo en AP y hospital, la creación de grupos de trabajo o comités en el área, el nombramiento de responsables, la definición de agendas y protocolos, reuniones de coordinación, etc. 2.-Recursos estructurales del dispositivo hospitalario de la unidad de corta estancia, organización y funcionamiento. Ubicación y dotación de recursos materiales en equipamiento clínico, personal dedicado en cada hospital al proceso y su nivel de dedicación y formación en el tema, cartera de servicios de la unidad, y su organización y funcionamiento, proceso de atención en la unidad, documentación clínica existente, sistema de registro y posibles acciones de evaluación de la calidad de la atención. 3.-Actividad del dispositivo hospitalario de la UCA: Asistencial, docencia y formación continuada e investigación de los profesionales de la unidad hospitalaria. 4.-Coordinación y participación de los equipos de AP con el dispositivo hospitalario: se evaluó el grado de utilización y conocimiento de la unidad por los equipos de atención primaria por medio de encuestas.</p> <p>Conclusiones: 1.-Con esta evaluación se ha favorecido el conocimiento de las UCAs en el proceso de atención al PCPP, su nivel de implantación en cada área y su organización y funcionamiento. 2.-Se han podido determinar dificultades y resistencias en su desarrollo en algunas áreas, lo que ha producido un desarrollo heterogéneo de las unidades en nuestra comunidad. 3.-Se han identificado puntos fuertes de algunas unidades que pueden ser replicados en otras áreas y permitir la difusión de buenas prácticas en nuestra comunidad.4.-La propia metodología de evaluación ha favorecido reuniones que facilitaron la puesta en común de las dificultades y la coordinación entre los distintos ámbitos. 5.-Se han indicado propuestas de mejora, tanto por parte de los profesionales implicados en la estrategia a nivel de las áreas, como del propio equipo evaluador que serán de utilidad para continuar apoyando el desarrollo de la misma.</p>	
<p>4. Plataforma de atención sociosanitaria al paciente crónico y personas en situación de dependencia (16-04-2019)</p>	
Fecha inicio:	Fecha evaluación:
<p>Líneas principales: Ante la creciente demanda asistencial derivada del envejecimiento, la presencia de múltiples patologías crónicas y la dependencia, la Comunidad Autónoma de Castilla y León está trabajando para ofrecer soluciones compartidas por el Sistema Sanitario y Servicios Sociales en el marco de un proyecto de Compra Pública de Innovación de desarrollo de una Plataforma tecnológica de atención sociosanitaria al paciente crónico y personas en situación de dependencia, cofinanciado al 50% por el fondo europeo de desarrollo regional en el marco del programa operativo FEDER de crecimiento inteligente 2014-2020, a través de la línea FID de fomento de la innovación desde la demanda y de la compra pública innovadora. El proyecto ARGOSS se ejecuta en el marco de un convenio de colaboración entre la Gerencia de Servicios Sociales, la Gerencia Regional de Salud, el Instituto de Competitividad de Castilla y León y el Ministerio de Economía, Industria y Competitividad (MEIC).</p> <p>Objetivos del proyecto:</p>	

Se pretende dotar de soluciones innovadoras que potencian las capacidades de los recursos existentes para atender las necesidades sanitarias y sociales de manera conjunta.

- Seguir el modelo de atención sociosanitaria centrado en las personas: atención integral, continuada y eficiente de la persona con procesos crónicos y en situación de dependencia.
- Preservar la vida independiente de las personas: lograr la máxima autonomía en su entorno habitual.
- Garantizar la continuidad de la atención entre sanidad y servicios sociales: gestión ágil e inmediata de los procesos de atención sanitaria y social.

Desarrollo:

Se está construyendo una arquitectura tecnológica que posibilita la comunicación de los Sistemas de Información de Salud y de Servicios Sociales, agiliza el flujo de información sanitaria y social de la persona y fortalece los procesos asistenciales compartidos por los profesionales de ambos ámbitos.

El proyecto consta de 3 fases interrelacionadas:

- Fase I: **INFRAESTRUCTURA TECNOLÓGICA:** arquitectura de los sistemas de información.
- Fase II: **FUNCIONALIDADES PARA PROCESOS SOCIO SANITARIOS Y TELEATENCIÓN** (valor añadido para el ciudadano y su familia y para el profesional: continuidad en la atención integral e integrada). Consta de varios subproyectos:
 - Interconsulta entre profesionales (proyecto transversal a todos los procesos, sanitarios, sociales y sociosanitarios que facilita y abre nuevas formas de comunicación entre los profesionales).
 - Atención integrada en Centro residencial
 - Acceso a la Unidad de Convalecencia Sociosanitaria (UCSS)
 - Acceso a recurso social para enfermedad mental y discapacidad
 - Atención Temprana Integrada
 - Detección de necesidades de apoyo sociosanitario urgente
 - Desarrollo de innovación para el hogar digital y servicios de teleatención: plataforma de teleasistencia avanzada. Tiene un enfoque proactivo, preventivo, sociosanitario e interoperable.
 - Portal sociosanitario para el ciudadano.
 - Desarrollo de asistentes de tele rehabilitación: física, cognitiva y funcional en el entorno natural de la persona.
- Fase III: **ATENCIÓN INTEGRADA EN EL DOMICILIO Y SISTEMAS DE ASISTENCIA A LA TOMA DE DECISIONES**

Consta de 2 subproyectos:

- Desarrollo de innovación para la atención social y sanitaria integrada en el domicilio.
- Asistencia a la toma de decisiones basados en Business Intelligent y Big data (Para la ayuda a la toma de decisiones se trabaja en un modelo predictivo de costes asociados a los cuidados de alta intensidad de Servicios Sanitarios y Sociales y un modelo que ayude a predecir el cambio de grado de cronicidad en función de variables sanitarias y sociales).

Resultados esperados:

La utilización de nuevas herramientas tecnológicas y organizativas aplicadas en el Sistema de Salud y Servicios Sociales de Castilla y León, facilitará el acceso a los recursos sociosanitarios a los pacientes y sus familiares, agilizará los trámites necesarios y permitirá una mejor y más diversa comunicación de los profesionales con distinto perfil de los dos ámbitos.

Indicadores evaluación:

Cataluña (Generalitat)

1. Plan de salud de Cataluña (2016-2020). Línea estratégica 6: Atención integrada y Cronicidad.

Fecha inicio: 2016

Fecha evaluación:

Líneas principales: Las acciones para el abordaje de la enfermedades crónicas en Cataluña se enmarcan en los planes de salud, tanto el Plan de salud 2011-2015, como el actual Plan de Salud 2016-2020, que da continuidad a veinticinco años de planificación sanitaria en Cataluña. Las actuaciones que propone el Plan de Salud de Cataluña 2016-2020 se estructura en cuatro ejes: i) El compromiso y participación de los ciudadanos y de los profesionales, ii) La atención de calidad, con unos servicios accesibles, resolutivos e integrados; iii) El buen gobierno, que potencie la evaluación y la transparencia; iv) La

salud en todas las políticas.

Dentro de estos ejes, se han definido 12 líneas estratégicas y sus proyectos. Incluido en el eje de atención de calidad se recoge la **línea estratégica 6 de Atención integrada y Cronicidad**. En este marco, se potencia que las personas reciban atención de acuerdo con sus necesidades, en el momento adecuado y adaptada a las diferentes situaciones y delimitaciones territoriales. La respuesta asistencial debe ser aún más eficaz y desde un enfoque asistencial compartido y colaborativo entre profesionales y organizaciones. Comprende los siguientes proyectos:

- Proyecto 6.1. Implementación de un modelo de atención integral y centrado en las personas con enfermedades crónicas y con necesidades complejas, desde una óptica poblacional.
- Proyecto 6.2. Implementación del modelo de atención integrada en los territorios y los equipos asistenciales.
- Proyecto 6.3. Desarrollo de instrumentos transversales facilitadores del modelo de atención integrada.
- Proyecto 6.4. Modelo organizativo de atención integral a la población adulta e infantil con necesidades paliativas y en situación de final de vida.
- Proyecto 6.5. Atención integrada al paciente crónico complejo de salud mental.

http://salutweb.gencat.cat/ca/el_departament/Pla_salut/pla-de-salut-2016-2020/

Indicadores evaluación:

Cuentan con un documento “Marcando hitos”, que establece el punto de partida de los objetivos de salud que se prevén alcanzar en el año 2020 y analiza la situación: <http://salutweb.gencat.cat/web/.content/ departament/pla-de-salut/Pla-de-salut-2016-2020/fites-2020.pdf>

Se hace un seguimiento anual de las líneas estratégicas “documento Doce meses del Plan de Salud de Cataluña 2016 a 2020”(documento 2017): <http://salutweb.gencat.cat/web/.content/ departament/pla-de-salut/Pla-de-salut-2016-2020/pla-salut-dotze-mesos.pdf>

2. Programa Prevención y Atención a la Cronicidad (PPAC).

Fecha inicio: 2011-12-01

Fecha evaluación: 2015-09-01

Líneas principales: Se crea el Programa de prevención y atención a la cronicidad (PPAC) con el fin de impulsar, planificar, coordinar y evaluar las actuaciones que se deben llevar a cabo para mejorar el proceso de atención a la cronicidad. Uno de los elementos nucleares del desarrollo del PPAC fue la implementación de un modelo de atención a los pacientes crónicos complejos (PCC) y con enfermedad crónica avanzada (MACA). Esta propuesta innovadora promueve como punto de partida la identificación de estos pacientes y el diseño de un modelo específico de atención para mejorar la atención sanitaria y social a las personas en situación de cronicidad, así como a sus cuidadores y sus familias. El PPAC se hace operativo desplegando seis proyectos estratégicos (PE) con unos objetivos concretos:

- PE 2.1. **Implantar procesos clínicos integrados para diez enfermedades:** DM tipo2, IC, Bronquitis crónica, Depresión, ERC, Demencia, Fibrilación auricular.
- PE 2.2. Potenciar los programas de protección y promoción de la salud y prevención de las enfermedades crónicas.
- PE 2.3. Potenciar la autorresponsabilización los pacientes o de los cuidadores con su salud y fomentar el autocuidado.
- **PE 2.4. Desarrollar alternativas asistenciales en el marco de un sistema integrado:** potenciar los dispositivos de atención intermedia para pacientes complejos como alternativa a la hospitalización convencional. Han elaborado los siguientes doc. Guía: *Reordenación de la red de salud mental*; Redefinición del rol del hospital de agudos y la atención especializada en la atención a la cronicidad; *Reordenación de la red sociosanitaria*; *Modelos de atención domiciliaria, residencial y 7x24 a los enfermos crónicos* y Criterios de planificación sobre hospitalización y alternativas asistenciales en la atención a la cronicidad.
- **PE 2.5. Desplegar programas territoriales de atención a los pacientes crónicos complejos.** Han elaborado los siguientes doc. de referencia: Proyecto de programa de atención a los pacientes crónicos complejos; Procedimiento para la identificación y la atención de personas con enfermedades crónicas avanzadas y necesidades de atención paliativa a la atención primaria y servicios de salud; *Propuestas de acción para un modelo colaborativo entre servicios sanitarios y servicios sociales básicos*; *Guía para la implementación territorial de proyectos de mejora en la atención a la complejidad*; *Recomendaciones y propuesta de buenas prácticas en la redacción de planes de intervención individualizados y compartidos*; Reflexiones sobre la ética en la identificación, el registro y la mejora de la atención de las personas en situación crónica de complejidad clínica y enfermedad avanzada (PCC y MACA).
Se destaca el documento “Bases para un modelo catalán de atención a las personas con necesidades complejas. Conceptualización e introducción a los elementos operativos” 2017.
- PE 2.6. Implantar programas de uso racional de los medicamentos.

http://salutweb.gencat.cat/ca/detalls/Articles/05_documentacio#bloc4

Indicadores evaluación (periodo 2011-2014 o 2015?):

http://salutweb.gencat.cat/web/.content/_ambits-actuacio/Linies-dactuacio/Estrategies-de-salut/Cronicitat/Documentacio-cronicitat/arxius/Programa.pdf

- “Avaluació qualitativa del procés d’identificació i atenció als pacients amb necessitats complexes i malaltia avançada a l’atenció primària”: El objetivo general es evaluar desde una perspectiva cualitativa el desarrollo del PPAC en los tres primeros años, haciendo hincapié específicamente en algunos de los elementos relevantes, como han sido la **identificación de los PCC y MACA, la construcción de los planes de intervención individualizados y compartidos (PIIC)** y, finalmente, los cambios que ha provocado esta implementación en las organizaciones y sus profesionales. Se basa en grupos de debate con personal de equipos de atención primaria (médicos, enfermería y trabajadores sociales) segmentados según ámbito rural o urbano, y según la identificación alta, media o baja de PCC y MACA

http://salutweb.gencat.cat/web/.content/_ambits-actuacio/Linies-dactuacio/Estrategies-de-salut/Cronicitat/Documentacio-cronicitat/arxius/Avaluacio.pdf

- “Resultats de l’avaluació del Programa de prevenció i atenció a la cronicitat (PPAC)”: Esta tenía como finalidad generar información que permitiese mejorar el nuevo modelo de atención sanitaria que plantea el PPAC, y generase evidencia sobre sus resultados preliminares. Se incluyen indicadores relacionados con cada uno de los seis proyectos estratégicos y objetivos concretos con lo que se hace operativo el PPAC.

http://salutweb.gencat.cat/web/.content/_ambits-actuacio/Linies-dactuacio/Estrategies-de-salut/Cronicitat/Documentacio-cronicitat/arxius/Resultats.pdf

3. Documento “Bases para un modelo catalán de atención a las personas con necesidades complejas. Conceptualización e introducción a los elementos operativos”

Fecha inicio: actualización en 2017

Fecha evaluación:

Líneas principales: Expone el conocimiento de profesionales recogida en el Programa de prevención y atención a la cronicidad (PRAC) y por el Plan interdepartamental de atención e interacción social y sanitaria (PIASS). Su objetivo es ofrecer un marco común de comprensión y actuación en la gestión clínica de las personas con condición de complejidad. Por un lado se conceptualiza la complejidad, fragilidad y multimorbilidad, estableciendo las características de paciente crónico complejo (PCC), con mención a la morbilidad psiquiátrica y a la influencia de los condicionantes sociales; y pacientes MACA (modelo de atención a la cronicidad avanzada). Por otro se describe el enfoque del modelo catalán de atención a personas con necesidades complejas, que engloba como elementos clave: i) la práctica individual, ii) la organización del equipo asistencial y iii) la ordenación del territorio.

- Respecto a la práctica individual, se enfatiza la atención integral, partiendo de una evaluación multidimensional que identifique necesidades y genere un plan proactivo de atención, disponible en entornos compartidos de información (Plan de intervención individual compartido (PIIC). Esto en base a la identificación previa de PCC/MACA por Atención primaria.
- Respecto a los equipos asistenciales, se plantea redefinir procedimientos y circuitos de atención integrada (rutas de atención a la cronicidad en el ámbito territorial, RAC), identificar ámbitos de liderazgo, referencia y experiencia para atender las necesidades de las personas. Como son ejemplos los nuevos modelos organizativos en el seno de los equipos de atención primaria, reconfiguraciones de servicios hospitalarios y urgencias, y replanteamientos funcionales de los servicios de emergencias. En el PIAISS se proponen perfiles de profesionales que atiendan a personas con necesidades complejas: Profesional experto (apoya con su conocimiento y experiencia específica en ámbitos sanitarios o sociales); Profesional de referencia (conoce a la persona y entorno y lidera la gestión del plan de atención, suele ser médico AP); y Gestor de Caso (en los más complejos, vela por el cumplimiento del plan de atención y acompaña a la persona en el trayecto de atención). En la redefinición de modelos organizativos, deben valorarse elementos internos y también la interrelación con otros equipos, de manera compartida, incluyendo el valor de unidades de expertos de base territorial que apoyen a la atención de la cronicidad de alta complejidad.
- Algunos elementos principales en el ámbito territorial son: la valoración compartida, la comunicación interprofesional, la promoción de dispositivos de atención intermedia alternativos a la hospitalización (H. de día, centros de día, unidades subagudos, convalecencia, cuidados paliativos), las garantías 7x24, la colaboración con recursos de atención social por gestión de caso, un énfasis especial en la atención a las transiciones, y un marco evaluativo de efectividad, eficiencia y satisfacción de las personas (pacientes y profesionales), etc...

Indicadores evaluación: Se incluye un punto con resultados de la implementación e impacto del modelo durante el periodo

2011-2015: nº de pacientes identificados como PCC o MACA; pacientes identificados que cuentan con un PIIC (con recomendaciones de crisis y con PDA); desarrollo de RAC y de nuevos dispositivos asistenciales en el marco territorial; etc...

4. Plan de Atención Integrada Social y Sanitaria (PAISS)

Fecha inicio: 2019

Fecha evaluación:

Líneas principales: Es el fruto de la redefinición del Plan interdepartamental de atención e interacción social y sanitaria (PIAISS) para cubrir la necesidad de desplegar una estrategia única de atención integrada social y sanitaria a causa de las necesidades sanitarias y sociales de la población, especialmente para aquellas personas que son mayores o tienen necesidades complejas. Esta estrategia tiene que promover la autonomía personal y facilitar la permanencia en el entorno habitual y la inclusión social de estas personas.

Los ámbitos del plan son: 1) Las redes orientadas a dar atención de larga duración a personas mayores, a personas en situación de dependencia y a aquellas otras personas con necesidades complejas (red de larga estancia sociosanitaria; servicios de larga estancia de salud mental; servicios residenciales de personas mayores y de personas con discapacidad; la red de atención diurna de personas mayores; la red sanitaria de utilización pública); 2) La red de servicios sociales básicos y especializados vinculados a la atención y promoción de la autonomía personal; 3) Los servicios de atención en el entorno domiciliario; 4) La interacción entre los ámbitos sanitario y social de la red de salud mental; 5) La interacción entre los ámbitos sanitario de atención primaria y de servicios sociales básicos.

Asimismo establece los objetivos estratégicos correspondientes y las líneas directrices para los ámbitos siguientes:

-Desarrollo del modelo de atención sanitaria integrada en las residencias asistidas de personas mayores, de personas con discapacidad y de personas con trastornos mentales; -Desarrollo del modelo de atención social y sanitaria integrada en los centros de atención diurna; -Desarrollo de un modelo de atención integrada social y sanitaria en el entorno domiciliario; -Desarrollo del modelo de interacción entre la atención primaria y comunitaria de salud y la atención primaria de los servicios sociales básicos; -Desarrollo del modelo de atención integrada de larga duración, tanto del ámbito sociosanitario como de salud mental de Cataluña; -Modelo integrado de los sistemas de información social y sanitaria; -Modelo integrado de promoción de la autonomía personal y prevención de la institucionalización de las personas mayores y de las personas con trastornos mentales en Cataluña; -Modelo integrado de atención sanitaria y social a la primera infancia con discapacidad, trastornos mentales y enfermedades minoritarias; -Coordinación social y sanitaria y apoyo al Plan integral de salud mental y adicciones en el despliegue del modelo de atención comunitaria en salud mental y adicciones.

https://dogc.gencat.cat/es/pdogc_canals_interns/pdogc_resultats_fitxa/?action=fitxa&documentId=852823&language=es_ES

Indicadores evaluación:

Comunidad Valenciana

1. Estrategia para la atención a pacientes crónicos en la Comunitat Valenciana

Fecha inicio: 2014-12-10

Fecha evaluación: No

Líneas principales:

Con el objetivo general de desarrollar un modelo de atención al paciente crónico, capaz de proporcionarles una atención adaptada a sus necesidades de salud, con la máxima calidad y eficiencia. Contempla los siguientes objetivos estratégicos y proyectos relevantes para su desarrollo:

1. Orientar el sistema sanitario hacia la atención a la cronicidad (herramienta de estratificación de la población para identificación pacientes; reorganización asistencial y definición de procesos asistenciales y circuitos de atención integrada interdepartamental (para crónicos de medio y alto riesgo); incorporar indicadores a los acuerdos de gestión...). Otras de sus líneas de acción son potenciar el hospital a domicilio y redefinir los hospitales de atención a crónicos y larga estancia, o la integración de políticas sanitarias y sociales (con un foco en recursos residenciales).

2. Desplegar un modelo de atención centrado en el paciente y su entorno (alcanzar consensos de herramientas de valoración y planes de atención integral, trabajados en equipo; otros proyectos relevantes fomentan la autonomía y

formación del paciente (Portal CUIDATE-CV) y apoyo a cuidadores; o el desarrollo de programas de prescripción y uso efectivo de medicamentos para seguridad del paciente).

3. Desplegar políticas para la promoción de la salud y prevención de la cronicidad; (los proyectos relevantes son impulsar la implementación de otras estrategias de envejecimiento activo y promoción de la salud y prevención de enfermedad, así como acuerdos con asociaciones de pacientes).

4. Potenciar la gestión del conocimiento sobre la cronicidad; (de los proyectos relevantes en este objetivo se resalta los planes de formación, recomendaciones de práctica clínica en patologías clínicas y el portal de comunicación entre profesionales)

5. Desarrollar los sistemas y tecnologías de la información y comunicación a la cronicidad; (como proyectos relevantes recogen la integración de información de pacientes crónicos en historia clínica, incluso la valoración y el plan de atención integral; así como desarrollo de TIC's para atención en domicilio y comunicación entre profesionales).

<http://publicaciones.san.gva.es/publicaciones/documentos/V.2792-2014.pdf>

Indicadores evaluación: sobre los pacientes en riesgo medio y alto cuantos están incluidos en programa; sus visitas e ingresos a urgencias hospital así como los reingresos; hospitalizaciones evitables; pacientes contactados por AP 48 hrs post alta; Estancias hospitalarias; tiempo entre descompensaciones con ingreso; pacientes polimedicados y gasto farmacéutico en nivel medio y alto de riesgo; satisfacción y calidad de vida; ingresos hospitalarios provenientes de residencias; pacientes de medio y alto riesgo con identificación de riesgo social; exitus; adhesión a guías farmacoterapéuticas...

Extremadura

1. Estrategia de prevención y atención a personas con enfermedades crónicas en Extremadura (2017-2022)

Fecha inicio: 2018-06-22

Fecha evaluación: NO

Líneas principales: La Estrategia está organizada en tres áreas estratégicas: **área 1** de promoción de la salud y prevención de la enfermedad crónica (con líneas de acción dirigidas a profesionales y a la población en y distintos ámbitos); **área 2** de atención a la persona con enfermedad crónica (como uno de los objetivos plantean la elaboración e implantación de los procesos asistenciales para enfermedades crónicas priorizadas, IC, DM, EPOC, ERC y trastorno mental grave); y **área 3** de atención a la persona con enfermedad crónica compleja (que incluye como una línea de acción el diseño e implantación del proceso asistencial integrado del paciente crónico complejo). Asimismo, requiere el desarrollo de unos procesos de soporte donde se encuentran: intervenciones comunitarias, Escuela de Cuidados y Salud, Estratificación, Sistemas de Información, Nuevas Formas de Relación entre Profesionales, Comunicación, Farmacia e Innovación y Transformación de la Organización. Incluyen 107 líneas de acción.

https://saludextremadura.ses.es/filescms/web/uploaded_files/CustomContentResources/espapec%202017-2022.pdf

Indicadores evaluación: Contiene un anexo IV con indicadores de evaluación.

2. Proceso asistencial integrado del paciente crónico complejo

Fecha inicio: 2017-12-11

Fecha evaluación: NO

Líneas principales: contempla la conformación de equipos multidisciplinares, una atención proactiva desde atención Primaria, potenciando el papel de enfermería como gesto de cuidados. En el ámbito de atención Hospitalaria, se fomenta la asistencia por facultativos generales (interna y geriatría) que actuarán conjuntamente con los profesionales de AP y centros residenciales, y adaptando servicios que ofrezcan alternativas a la hospitalización convencional. Asimismo, impulsa la valoración social para movilizar precozmente recursos que permitan mantener al paciente en su entorno.

Indicadores evaluación: Describe indicadores de resultados y de proceso (de las siguientes categorías: identificación, valoración e inclusión en el PAI; actividad asistencial en cada ámbito de atención; atención integrada y continuidad asistencial y costes parciales para el cálculo de indicadores de eficiencia)

Galicia

1. Estrategia gallega para la atención a personas en situación de cronicidad

Fecha inicio: 2018-10-31	Fecha evaluación: NO (se prevé anual)
<p>Líneas principales: Proactividad del sistema. Continuidad asistencial. Corresponsabilidad del paciente. Enmarcada dentro de La Estrategia Sergas 2020 que contiene entre sus líneas estratégicas la de "Orientar la estructura de prestación de servicios hacia las necesidades de los pacientes. Atención a la cronicidad".</p> <p>Objetivo 1: Evitar la progresión de la situación de cronicidad hacia estadios más complejos. Líneas estratégicas:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.1 Desarrollar intervenciones de promoción de la salud y prevención de las enfermedades con una visión socio-sanitaria integral. 1.2 Incluir en el modelo de atención a todos los agentes implicados. 1.3 Desarrollar estrategias de salud comunitaria desde los equipos de atención primaria. <p>Objetivo 2: Mantener y/o mejorar el estado funcional de la/el paciente. Líneas estratégicas:</p> <ol style="list-style-type: none"> 2.1 Avanzar en la corresponsabilidad de los pacientes 2.2 Incorporar los factores personales y sociales en la definición de las necesidades del paciente <p>Objetivo 3: Añadir valor en la atención a estos pacientes. Líneas estratégicas:</p> <ol style="list-style-type: none"> 3.1 Potenciar las habilidades/competencia/capacitaciones de los profesionales del sistema 3.2 Mejorar la eficiencia del sistema para garantizar su sostenibilidad 3.3 Potenciar la atención domiciliaria 3.4 Desarrollar el modelo asistencial para el seguimiento de las personas en situación de cronicidad 3.5 Establecer un sistema de información que permita conocer la situación de estas condiciones crónicas 3.6 Desarrollar un método de evaluación con unos indicadores asistenciales y proyectos específicos <p>Objetivo 4: Disminuir la morbimortalidad prematura y evitable. Líneas estratégicas:</p> <ol style="list-style-type: none"> 4.1 Mejorar la proactividad del sistema sanitario 4.2 Potenciar la figura del profesional/equipo referente 4.3 Evaluar la atención a los pacientes en base al valor aportado al paciente <p>Objetivo 5: Aumentar la calidad y seguridad asistencial. Líneas estratégicas:</p> <ol style="list-style-type: none"> 5.1 Orientar la prestación de los servicios a las necesidades de los pacientes 5.2 Homogeneizar las prestación de los servicios 5.3 Promover la investigación integral en salud 5.4 Implantar las innovaciones tecnológicas y aplicar todo el desarrollo de las TICs al Servicio Gallego de Salud 5.5 Desarrollar un circuito diferenciado en la atención hospitalaria de los pacientes en situación de cronicidad 5.6 Fomentar programas de intervención en pacientes polimedicados y desarrollar protocolos de conciliación terapéutica al alta de los pacientes <p>Objetivo 6: Mejorar la satisfacción de las/los pacientes y familiares/cuidadoras. Líneas estratégicas:</p> <ol style="list-style-type: none"> 6.1 Mejorar la calidad percibida en la prestación de servicios 6.2 Favorecer la comunicación con los profesionales, pacientes y sociedad. 6.3 Fomentar la visión "atención socio-sanitaria integral" en todos los profesionales implicados en la atención a los pacientes crónicos. 6.4 Implantar la estrategia de humanización dentro del Sistema Gallego de Salud 6.5 Realizar encuestas de satisfacción para monitorizar la calidad percibida por el paciente crónico <p>Objetivo 7: Mejorar la satisfacción y la implicación de las y los profesionales. Líneas estratégicas:</p> <ol style="list-style-type: none"> 7.1 Garantizar la continuidad asistencial mediante el trabajo en equipos multidisciplinares 7.2 Visibilizar los recursos disponibles para los profesionales <p>Objetivo 8: Garantizar el confort y la calidad de vida de la persona con enfermedad crónica avanzada y un pronóstico de vida limitado. Línea estratégica:</p> <ol style="list-style-type: none"> 8.1 Integral la atención paliativa como la parte final de un proceso de cronicidad. <p>Se propone un modelo de atención basado en las 5 As de la Organización Panamericana de Salud para la elaboración de un Plan de Acción individual: Averiguar (Conocimientos, creencias, comportamiento); Aconsejar (Aporte información específica acerca del riesgo para la salud y los beneficios potenciales del cambio); Acordar (establezca objetivos en colaboración con el paciente teniendo en cuenta sus preferencias); Asistir (Enfoque positivo para resolver problemas, identifique barreras potenciales y estrategias o recursos para superarlas); Arreglar (plan de seguimiento).</p> <p>El modelo asistencial propuesto: Identificación del paciente en situación de cronicidad; designación profesional de referencia; evaluación integral de necesidades; valorar recursos disponibles; elaborar un plan individualizado; acordar el plan con el paciente y/o cuidadores; seguimiento del plan.</p> <p>https://www.sergas.es</p>	

https://extranet.sergas.es/catpb/Docs/cas/Publicaciones/Docs/AtEspecializada/PDF-2717-es.pdf	
Indicadores evaluación: Se establecen indicadores de evaluación en la implementación de la estrategia (2) y de resultados de la misma (13) para valoración anual.	
2. Programa	
Fecha inicio: 2018-11-30	Fecha evaluación: NO
Líneas principales: Cada paciente tendrá un profesional o equipo de Referencia. https://www.sergas.es	
Indicadores evaluación:	
3. Proceso Asistencial Integrado de Diabetes Mellitus tipo II.	
Fecha inicio: 2015-12-30	Fecha evaluación: NO
Líneas principales: El objetivo es orientar las actuaciones de los profesionales en el diagnóstico y seguimiento de los pacientes con DM tipo II con el fin de reducir la morbi-mortalidad asociada. https://www.sergas.es/Asistencia-sanitaria/Documents/620/Proceso%20asistencial%20integrado.%20Diabetes%20mellitus%20tipo%202.%20Actualización%202015.pdf	
Indicadores evaluación:	

Madrid (Comunidad Autónoma)

1. Estrategia de atención a pacientes con enfermedades crónicas en la Comunidad de Madrid	
Fecha inicio: 2014	Fecha evaluación: 2016: se han realizado informes de seguimiento. No se ha realizado la evaluación final
<p>Líneas principales: Recoge la definición del modelo de atención a pacientes con enfermedades crónicas en la Comunidad de Madrid. Se priorizaron las patologías crónicas con mayor impacto en la región, se estableció el itinerario del paciente crónico así como se identificaron los elementos necesarios para atenderle a lo largo de su paso por el SERMAS en base a la estratificación de la población y con intervenciones adaptadas al nivel de riesgo. Se priorizaron 30 elementos clave para desarrollar el itinerario del paciente a aplicar en función del nivel de riesgo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 8 roles: Centro de salud, eje de la atención al paciente crónico; enfermera educadora/entrenadora en autocuidados; paciente activo; especialista consultor; enfermera gestora de casos (AP); enfermera de enlace/continuidad asistencial; equipos multidisciplinares y especialista hospitalario de referencia. • 14 servicios: Oferta de servicios de AP específica para los niveles de riesgo; planes de cuidados estandarizados y personalizados de enfermería; educación estructurada del paciente adaptada a sus necesidades; formación continuada en cronicidad y en las líneas/itinerarios necesarios para el desarrollo del modelo a profesionales; evaluación del impacto en salud de la estrategia; rutas/procesos asistenciales integrados; seguimiento telefónico activo del paciente; valoración integral del caso; planificación de altas hospitalarias; unidades hospitalarias especializadas; circuitos específicos de atención urgente/preferente; desarrollo del papel de AP en las residencias; acceso adecuado a la media estancia hospitalaria; seguimiento proactivo del paciente en la comunidad y domicilio. • 8 herramientas: estratificación de la población; Historia clínica electrónica compartida y accesible; recursos de apoyo online para pacientes; ayudas a prescripción, conciliación y control de interacciones; encuesta necesidades y expectativas de pacientes y cuidadores; sistema de ayuda/alarmas para control y seguimiento de paciente crónico; telemonitorización domiciliaria y registro de casos sociosanitarios. <p>El desarrollo de estos elementos se articula en 9 líneas de ejecución:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Estratificación de la población y clasificación según su nivel de riesgo. 2. Desarrollo de roles profesionales. 3. Desarrollo de la oferta de servicios específica, en Atención Primaria, para los distintos niveles de riesgo. 4. Desarrollo de rutas y procesos asistenciales integrados: Orientados como rutas asistenciales para las patologías priorizadas, definiendo las entradas y salidas, aspectos clave, flujogramas e indicadores. Se han desarrollado el Proceso asistencial integrado del paciente crónico complejo, el Proceso asistencial integrado del paciente con EPOC y el Proceso 	

asistencial integrado del paciente con insuficiencia cardiaca crónica.

5. Desarrollo de herramientas informáticas de apoyo a pacientes y profesionales que persiguen en primer lugar la HCE compartida y accesible y el desarrollo de proyectos como la e-consulta o la receta electrónica.
6. Desarrollo de elementos para la mejora de la información, comunicación y educación de los pacientes y sus cuidadores, dirigido a mejorar su autocuidado, con proyectos como: Mi carpeta de salud, la Escuela Madrileña de Salud, los proyectos de Educación estructurada (que normalizan los contenidos a transmitir y la metodología a utilizar en el proceso de enseñanza- aprendizaje), los Proyectos de educación grupal por profesionales de los centros de salud o el proyecto de Atención integral a las personas cuidadoras de pacientes dependientes.
7. Desarrollo de elementos para potenciar la coordinación sociosanitaria.
8. Formación continuada de los profesionales sanitarios en cronicidad.
9. Evaluación de la estrategia y su impacto (en salud y en necesidades y expectativas de pacientes y cuidadores). Línea que incluye el banco de proyectos en continuidad asistencial.

<http://www.comunidad.madrid/servicios/salud/estrategia-atencion-pacientes-cronicos>

<http://www.madrid.org/bvirtual/BVCM017570.pdf>

Indicadores evaluación: Informes de seguimiento, no evaluación final. Sigue el modelo de triple meta en resultados en salud; utilización de servicios y satisfacción y calidad de vida de pacientes y personas cuidadoras.

http://www.madrid.org/es/transparencia/sites/default/files/plan/document/652_861_informe_de_indicadores_de_resultado_en_cronicidad_2016_0.pdf

2. Procesos asistenciales integrados (PAI)

Fecha inicio: 2015

Fecha evaluación: Se realiza seguimiento local y central del proceso. No realizada evaluación.

Líneas principales: La llave para el posterior desarrollo e implementación de Procesos Asistenciales Integrados, ha sido la estratificación de la población y su clasificación según su nivel de riesgo. Esta herramienta establece un nivel de riesgo de carácter poblacional, pero es finalmente el profesional de Atención Primaria quien establece la asignación de un Nivel de intervención individualizando la atención que precisa cada persona en función de las necesidades que presenta en cada momento. Este Nivel de intervención será el que finalmente ponga en marcha los recursos necesarios adaptados a las necesidades de cada paciente, bien sea orientados hacia la promoción del autocuidado, hacia la gestión de la enfermedad o hacia la gestión del caso.

Uno de los aspectos identificativos de los Procesos Asistenciales Integrados desarrollados en la Comunidad de Madrid es que identifican la ruta asistencial del paciente según el nivel de intervención asignado. El Proceso asistencial integrado del paciente crónico complejo va dirigido a pacientes a los que se les ha asignado un nivel de intervención alto y el Proceso asistencial integrado del paciente con EPOC y el Proceso asistencial integrado del paciente con insuficiencia cardiaca crónica, especifican las intervenciones que deben recibir los pacientes según el nivel de intervención asignado (bajo, medio o alto).

2.1 Proceso asistencial integrado del paciente crónico complejo (PAI PCC)

Objetivo general: Definir el modelo de asistencia al paciente crónico cuyas condiciones de complejidad de manejo asistencial, independientemente de la o las patologías que la hayan desencadenado, determinen la necesidad de un nivel de intervención alto, de forma que queden claramente establecidas qué actividades deben realizarse, quién es el responsable de las mismas, dónde y cuándo serán realizadas, de acuerdo a la evidencia científica y de forma que aporten valor, colocando las necesidades y expectativas del paciente y su entorno en el centro del proceso asistencial.

Objetivos específicos: i) Establecer la misión, emisores y destinatarios, inicio y fin, requerimientos de los grupos de interés y requisitos de calidad del proceso asistencial del paciente crónico complejo; ii) Determinar las actividades que aportan valor a la atención del paciente crónico complejo y definir quién, cómo, dónde y cuándo se realiza esta atención; iii) Dar respuesta a las necesidades y expectativas del paciente, sus familiares y entorno; iv) Diseñar los registros y los indicadores de evaluación que permitan medir y mejorar el proceso.

La entrada en el proceso asistencial se produce con la asignación a un paciente de un nivel de intervención alto lo que determina orientar la atención a la gestión integral del caso y el apoyo al entorno de los cuidados.

El PAIPCC consta de tres subprocesos: i) Inclusión, tras la asignación del nivel de intervención alto; ii) seguimiento en el lugar de residencia proactivo y estructurado por los referentes asistenciales del paciente; y iii) atención a la descompensación con cuidados integrados y coordinados entre los referentes asistenciales del paciente y prestados en el ámbito asistencial más adecuado (en el lugar de residencia, hospital de día u hospital de agudos).

Introduce intervenciones específicas como la valoración global multidimensional periódica y la definición de plan de acción inicial, el seguimiento proactivo de la evolución y necesidades, la definición funcional de los perfiles profesionales que van a liderar la atención a los pacientes más complejos, la atención coordinada y compartida entre referentes asistenciales en

la comunidad y el domicilio (atención primaria) y el ámbito hospitalario, el diseño de rutas específicas de atención hospitalaria, la gestión compartida de las transiciones asistenciales y el apoyo a la persona cuidadora. En junio de 2017 finalizó la implantación en los 26 hospitales y 266 centros de salud de esta Comunidad

2.2 Proceso asistencial integrado del paciente con EPOC

Con el objetivo general de diseñar un modelo asistencial que se oriente a reducir la morbimortalidad y mejorar su calidad de vida, garantizando el tratamiento más adecuado en cada etapa, tanto en fase de estabilidad como en situaciones de exacerbación, de acuerdo a la mejor evidencia científica disponible y mediante el abordaje integral de sus necesidades y una correcta coordinación asistencial.

2.3 Proceso asistencial integrado del paciente con insuficiencia cardiaca crónica

Con el objetivo general de diseñar e implantar un modelo de atención al paciente con insuficiencia cardiaca crónica orientado a reducir la morbimortalidad y mejorar su calidad de vida, prestando una atención integral y coordinada, ofreciendo el recurso más adecuado en cada etapa de la enfermedad de acuerdo a la mejor evidencia científica disponible.

Junto con los PAIs se han desarrollado los proyectos de educación estructurada del paciente con EPOC, con IC y de personas cuidadoras en ambos casos. Estos proyectos que buscan mejorar la activación y capacitación del paciente para el cuidado de salud y la gestión de su enfermedad.

Por último, la Comunidad de Madrid cuenta con Planes estratégicos para abordar otros aspectos relacionados con la cronicidad (Plan estratégico en EPOC; la Estrategia de atención al dolor; Plan estratégico de Salud mental; el Plan estratégico de Cuidados Paliativos).

Indicadores evaluación- PAIPCC: pacientes crónicos de alto riesgo con nivel de intervención asignado; pacientes crónicos con nivel de intervención alto (NIA) con valoración global multidimensional; pacientes con NIA y especialista de referencia asignado; pacientes con NIA y con plan asistencial, a la asignación y revisión trimestral (con revisión de tratamiento, uso de medicamentos y la adherencia); pacientes con NIA y con plan cuidados enfermeros, a la asignación y revisión trimestral; pacientes NIA con cuidador identificado y con actividades de educación y apoyo; pacientes con NIA y seguimiento proactivo y estructurado; pacientes con NIA y valoración multidimensional trimestral; hospitales con especialistas de referencia y con enfermera de continuidad identificados; Hospitales con procedimientos de comunicación bidireccional con CS; Pacientes con NIA con visitas a urgencias e ingresos no programados en H. de agudos; Pacientes con NIA con seguimiento proactivo al alta y reingreso; Ingresos de pacientes NIA en H. de día; Ingresos de pacientes NIA en H. de agudos;

3. Desarrollo de la oferta de servicios específica (CSE) en Atención Primaria para los distintos niveles de riesgo

Fecha inicio: Redacción del proyecto en 2014, cierre de última revisión de la CSE en diciembre 2018.

Fecha evaluación: 2019

Líneas principales: Es la línea 3 de ejecución de la Estrategia de atención a pacientes con enfermedades crónicas en la Comunidad de Madrid. Sus líneas principales son:

- 1.- Elaboración de un documento que contemple la adaptación de la Cartera de Servicios Estandarizados (CSE) de Atención Primaria a los niveles de riesgo.
- 2.- Actualización de protocolos en historia clínica de acuerdo con ello.
- 3.- Evaluación de la CSE considerando la estratificación.

La actualización de 2018 de la Cartera de Servicios Estandarizados de Atención Primaria incluye la adaptación de 11 servicios en total de atención a patologías crónicas, a los tres niveles de intervención en los que ha sido estratificada la población según su complejidad y riesgo (bajo, medio o alto): Atención a niños con asma; a niños con obesidad; a pacientes adultos con HA; a pacientes adultos con DM; a pacientes adultos con HCL; a pacientes adultos con obesidad; a pacientes adultos con CI; a pacientes adultos con IC; a pacientes adultos con Asma; a pacientes adultos con EPOC; y Atención a pacientes con trastorno Neurocognitivo Mayor.

Estos servicios incluyen criterios de buena atención con intervenciones y periodicidad de atención, distintas según el nivel asignado, dirigiendo el mayor esfuerzo asistencial hacia las personas con más riesgo y con menor capacidad de afrontamiento de su enfermedad y de autocuidado.

Fruto de esta adaptación es el nuevo servicio de "Atención a la persona mayor, con fragilidad o con deterioro funcional" (fusiona tres de los anteriores), que pone el foco en la detección precoz de la fragilidad en personas de 70 años o más y en

su reversión, así como en la detención del progreso del deterioro funcional. La atención domiciliar ha pasado de ser un servicio independiente a ser una intervención transversal que aplica a las personas que presentan un deterioro funcional grave y a los servicios donde se han contemplado Criterios de Buena Atención para el nivel de intervención alto.

Indicadores evaluación: Documento de CSE con servicios ajustados a Niveles de intervención; Protocolos implantados actualizados con la CSE ajustada a la estratificación del riesgo; evaluación del conjunto de la CSE adaptada a la estratificación por grupos.

Murcia

1. Estrategia para la Atención a la Cronicidad

Fecha inicio: 2012-10-01

Fecha evaluación: No

Líneas principales:

http://www.murciasalud.es/recursos/ficheros/305538-estrategia_cronicidad.pdf

Indicadores evaluación:

2. Programa de Atención a Pacientes Crónicos Complejos Multingreso de un Area de Salud

Fecha inicio: 2015-02-01

Fecha evaluación: 2017-12-31

Líneas principales:

Indicadores evaluación: Total de 28 indicadores, tanto de Atención primaria como de Atención hospitalaria, hospitalización. Muchos comunes a los Indicadores de la Estrategia Nacional.

Navarra (Comunidad Foral)

1. Estrategia Navarra de atención integrada a pacientes crónicos y pluripatológicos

Fecha inicio: 2013-07-01

Fecha evaluación: 2017-11-09

Líneas principales: La Estrategia de Crónicos se concibe como un instrumento estratégico de transformación del Modelo de Atención para el logro de resultados en salud

- Estratificar la población identificando perfiles de pacientes con necesidades homogéneas
- Garantizar la continuidad e integralidad de la atención a todos los crónicos y en particular a los severos
- Desarrollar planes operativos con patrones de atención integrada específicos para los perfiles de pacientes priorizados (Pacientes pluripatológicos, Demencia, Insuficiencia Cardíaca, EPOC, Diabetes *, Cardiopatía Isquémica, Esquizofrenia, Paciente cardíaco pulmonar, Accidente Cerebro Vascular, Insuficiencia Renal, Parkinson, Asma *, Trastornos depresivos recurrentes)
- Adaptar el modelo organizativo a los requerimientos de calidad de atención a crónicos,
- Promover el autocuidado y garantizar la atención al cuidador
- Desarrollar tecnologías y sistemas compartidos de información y comunicación
- Garantizar la formación y promover la investigación e innovación en el ámbito de la cronicidad
- Desarrollar un modelo colaborativo para el gobierno y gestión del cambio

El modelo de atención está orientado al logro de resultados y centrado en el paciente. Se definirá un Patrón de Atención específico para cada perfil de paciente prioritario (con objetivos y aspectos críticos específicos) y con modalidades distintas según nivel de severidad: Mediante la Segmentación de la población (GMA, en pluripatológicos, pero se requieren otros factores en otros perfiles de pacientes), se identifican a pacientes y tras una valoración global desde AP (incluyendo necesidades clínicas y sociales) se asignan a un perfil de paciente y con una severidad específica, y por lo tanto a un patrón de atención definido que se personaliza en función del paciente. Según el nivel de severidad, la atención puede contemplar desde la elaboración de un plan terapéutico individualizado (en pacientes severos y pluripatológicos, que aborde la capacidad funcional y con enfoque sociosanitario), la creación de alarmas para el seguimiento, la asignación a un especialista de referencia, enfermera de casos y activación de circuitos específicos en caso de descompensación, así como nuevas modalidades de hospitalización (con Unidades de Pluripatológicos) que evitan el paso por Urgencias, planifican el

<p>alta, concilian la medicación y garantizan cuidados posthospitalización y consulta con AP. El modelo incluye acciones para la corresponsabilidad y los autocuidados, para la conciliación de la medicación (revisión con o sin ingresos), cuidados paliativos y para la atención sociosanitaria. También se aborda específicamente la comorbilidad mental.</p> <p>Se han generado recursos de apoyo a AP (profesional de referencia, H. de día, enfermera de consejo, farmacéuticos de AP de gerencia, equipos virtuales de gestión de casos...)</p> <p>Se están desarrollando sistemas de información integrada (AP y AE) por módulos (perfiles de paciente priorizados), a los que tienen acceso también profesionales sanitarios de algunos centros residenciales mediante convenios, y el sector social de AP con trazabilidad del acceso. Los pacientes severos se identifican inequívocamente. Además los profesionales pueden acceder a indicadores (cuadro de mando de crónicos) con información desagregada por paciente con posibilidad de modificación por el clínico. Por último, están definiendo escalas sanitarias que puedan ver ambos sectores, y disponen de la escala de valoración sociosanitaria RAICA en una aplicación a la que acceden profesionales sanitarios y sociales.</p> <p>https://www.navarra.es/home_es/Temas/Portal+de+la+Salud/Ciudadania/Nuevo+Modelo+asistencial/Estrategia+navarra+de+atencion+integrada+a+pacientes+cronicos+y+pluripatologicos/</p>	
<p>Indicadores evaluación: IEMAC, Actividad, Efectividad (ingresos urgentes, urgencias hospitalarias, reingresos a 30 días), Experiencia de Paciente (IEXPAC), Calidad de Vida (EQ-5D-5L), Satisfacción de Profesionales (D'Amour y Evaluación Cualitativa), Costes</p>	
<p>2. Implantación estrategia en el 11% población navarra en perfiles pluripatológico complejo (PPC), demencia e insuficiencia cardíaca.</p>	
<p>Fecha inicio: 2014-10-01</p>	<p>Fecha evaluación: 2016-04-01</p>
<p>Líneas principales: Implantación estrategia en perfiles pluripatológico complejo (PPC), demencia e insuficiencia cardíaca.</p>	
<p>Indicadores evaluación: Actividad, Efectividad, Experiencia de Paciente (IEXPAC), Satisfacción de Pacientes, Cuidadores y Profesionales, Costes</p>	
<p>3. Programas de implantación operativa del modelo por perfiles de pacientes</p>	
<p>Fecha inicio: 2016-04-01</p>	<p>Fecha evaluación: 2018-01-01</p>
<p>Líneas principales: Implantación estrategia en nuevos perfiles de pacientes</p>	
<p>Indicadores evaluación: Evaluación semanal de indicadores de calidad (valoración global, autocuidados, plan terapéutico individualizado), Seguridad (cribado nutricional, revisiones sistematizadas de medicación en polimedicados, conciliación medicación al ingreso y al alta), nuevos modelos (continuidad asistencial, planificación precoz, informe continuidad de cuidados, informe trabajo social), actividad y efectividad (ingresos, urgencias, hospitalización domiciliaria, reingresos, hospitalización potencialmente evitables).</p> <p>Son accesibles a los profesionales desde HCE</p>	

País Vasco

<p>1. Plan de atención al mayor</p>	
<p>Fecha inicio: 2018</p>	<p>Fecha evaluación: solo del pilotaje en 2018, actualmente en fase de despliegue corporativo</p>
<p>Líneas principales: Disponer de un procedimiento de valoración multidimensional y de actuación en personas de 70 o más años, basado en las recomendaciones actuales, orientado a la promoción del envejecimiento saludable, la prevención de la enfermedad, el mantenimiento de la funcionalidad y adaptado a la realidad de la atención primaria.</p> <p>https://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/noticia/nosk_i_jornada_pam/es_def/adjuntos/pam_documento.pdf</p>	
<p>Indicadores evaluación:</p>	
<p>2. Ruta asistencial para el abordaje del paciente pluripatológico</p>	

Fecha inicio: 2016	Fecha evaluación: 2016 Proyecto Carewell
Líneas principales: Implementar la ruta del paciente pluripatológico en Osakidetza.	
Indicadores evaluación: http://carewellproject.eu/fileadmin/carewell/factsheets/basque_country_carewell_pilot_factsheet.pdf	
3. Estrategia para la atención primaria en Euskadi	
Fecha inicio: 2018	Fecha evaluación:
Líneas principales: Este documento se ha realizado a partir de las aportaciones recibidas en el Departamento de Salud que los diferentes agentes internos y externos a Osakidetza, desarrollando una fase de análisis y de síntesis de las mismas. Plan de acción que incluye 12 líneas estratégicas dirigidas en su conjunto a reforzar la Atención Primaria en el Sistema de salud: LÍNEA ESTRATÉGICA 1 Revalorizar la función y el papel de la Atención Primaria. LÍNEA ESTRATÉGICA 2 Adecuar la estructura de los equipos de Atención Primaria a los retos demográficos y epidemiológicos. LÍNEA ESTRATÉGICA 3 Optimizar la organización y gestión en el contexto de los equipos de Atención Primaria. El papel del Área administrativa (AAC). LÍNEA ESTRATÉGICA 4 Profundizar en el desarrollo profesional de enfermería en sus máximas competencias. LÍNEA ESTRATÉGICA 5 Evitar el gap asistencial en el relevo generacional en medicina de familia. LÍNEA ESTRATÉGICA 6 Consolidar el modelo de atención pediátrica en Atención Primaria. LÍNEA ESTRATÉGICA 7 Aplicación en Atención Primaria de los planes de normalización lingüística y de igualdad. http://www.euskadi.eus/contenidos/informacion/publicaciones_departamento/es_def/adjuntos/atencion-primaria-euskadi.pdf	
Indicadores evaluación:	
4. Otras actuaciones	
Plan de cuidados paliativos (2016): Uno de los elementos destacables del Plan es que se establece un modelo de atención homogéneo y equitativo para todos los pacientes que precisen Cuidados Paliativos en cualquier nivel asistencial. Se establece además la necesidad de un Plan Individualizado de Atención que debe tener en cuenta la complejidad de cada situación en los niveles físico, social y emocional. En este Plan, la coordinación entre los profesionales de los diferentes niveles asistenciales es la pieza clave para una continuidad asistencial efectiva. Evaluado anualmente en contratos programa. http://www.euskadi.eus/contenidos/plan_departamental/xleg_plandep_45/es_def/adjuntos/cuidados_paliativos_plan_es.pdf	
Plan oncológico de Euskadi (2018): define los ámbitos de actuación en atención oncológica y tiene el objetivo de mejorar la supervivencia al cáncer, uno de los principales problemas de salud de nuestra sociedad. El documento, que está alineado con los principios que inspiran el Plan de Salud 2013-2020, ha sido elaborado por el Departamento de Salud del Gobierno Vasco con el asesoramiento de grupos de expertos y profesionales sanitarios implicados en la atención de pacientes oncológicos y sus familiares. http://www.euskadi.eus/plan-oncologico-de-euskadi-2018-2023/web01-a2gaixo/es/	
Estrategia de Iniciativas para una alimentación saludable (2017): Se pretende profundizar de manera sustancial en el compromiso activo de los múltiples agentes que intervienen en este ámbito y, por supuesto, de la propia sociedad vasca, cada vez más implicada en todo aquello que concierne a su salud, bienestar y calidad de vida. Así, se ha querido identificar espacios de trabajo claros y asumibles en ámbitos como la producción, distribución, gestión, consumo y concienciación, áreas en las que proponemos objetivos y actuaciones que contribuyan a que todas y todos -cada cual en la medida de sus posibilidades y en función del grado de responsabilidad que le corresponda- siendo capaces de impulsar y enraizar unos hábitos alimenticios más sanos y saludables. http://www.euskadi.eus/informacion/iniciativas-para-una-alimentacion-saludable-en-euskadi/web01-a2osabiz/es/	
Abordaje de la obesidad infantil con apps.	
Abordaje de la salud comunitaria: Curso online para todos la/os profesionales; Prescripción de activos de salud desde la consulta de atención primaria	

Abordaje del dolor: Curso online básico para todos la/os profesionales
Abordaje de patologías crónicas mediante la edición de una guía para la elaboración, implementación y evaluación de rutas asistenciales en Osakidetza.

La Rioja

1. Estrategia de atención al paciente crónico de La Rioja	
Fecha inicio: 2016-10-31	Fecha evaluación: NO
<p>Líneas principales:</p> <p>I. Garantizar la continuidad e integridad de la atención a todos los crónicos y en particular a los con nivel de riesgo alto. II. Adaptar la organización a las necesidades del paciente crónico (cuenta con un sistema propio de estratificación de la población en base a la información de patología y uso de recursos recogida en la Historia clínica de AP y AE). III. Potenciar la autonomía, el autocuidado y garantizar la atención al cuidador IV. Tecnologías y sistemas compartidos como motores del cambio V. Gestionar el conocimiento: formación e investigación</p> <p>Disponen de una Unidad de pluripatológicos en el Hospital d San Pedro desde 2018, e informan como línea principal del “Programa de Pacientes crónicos y Proceso integrado del paciente Pluripatológico”.</p> <p>https://www.riojasalud.es/ciudadanos/estrategia-de-cronicos</p>	
<p>Indicadores evaluación:</p> <p>Reingresos de pacientes hospitalizados; Pacientes crónicos polimedicados; días de hospitalización acumulados al año por paciente; Frecuentación de urgencias no hospitalarias por pacientes crónicos; Frecuentación de urgencias hospitalarias por pacientes crónicos; Frecuentación de atención primaria por pacientes crónicos; Gasto público en medicamentos de pacientes crónicos; Mortalidad hospitalaria de pacientes crónicos; Mortalidad de pacientes incluidos en el programa de crónicos; Tiempo entre descompensaciones de un paciente que requieren ingreso; Prevalencia de pacientes crónicos con factores de riesgo; Prevalencia de pacientes en diferentes niveles de estratificación del riesgo.</p>	
2. Proceso integrado del paciente Pluripatológico	
Fecha inicio:	Fecha evaluación:
Líneas principales:	
Indicadores evaluación:	

Ceuta

5. Programa de atención y seguimiento de las personas con enfermedades crónicas	
Fecha inicio: 1991-01-01	Fecha evaluación: 2017-11-01
<p>Líneas principales: En el Área se realiza atención y seguimiento de las personas que tiene enfermedades crónicas, adaptado a cada paciente, por un equipo multidisciplinar de Médicos, Enfermeras y Trabajadoras Sociales.</p>	
<p>Indicadores evaluación: De cobertura e índice de cumplimiento de items clínicos.</p>	