

Estrategia para la atención a pacientes crónicos en la Comunitat Valenciana



GENERALITAT VALENCIANA
CONSELLERIA DE SANITAT

**Estrategia para la atención
a pacientes crónicos
en la
Comunitat Valenciana**



GENERALITAT VALENCIANA
CONSELLERIA DE SANITAT

En la elaboración de este documento han participado:

Coordinación: Dirección General de Asistencia Sanitaria

María José Aviles Martínez

Subdirección General de Planificación y Gestión Sanitaria

María Dolores Cuevas Cuerda

Servicio de Protocolización e Integración Asistencial

Eduardo Zafra Galán

Servicio de Atención al Paciente Crónico y Hospitales de Media y Larga Estancia (ed.lit.)

Comisión asesora

Marisa Correcher Palau

Dirección de Gestión Sanitaria-Sistemas

Juan Gallud Romero

Servicio de Protocolización e Integración Asistencial

Isabel de Miguel Montoya

Gabinete del Conseller de Sanitat en asuntos de enfermería

Jaume Morera Guitart

Director del Hospital de la Pedrera

Domingo Orozco Beltrán

Unidad de Investigación Departamento Alicante-San Juan

Manuel Pascual de la Torre

Oficina Abucasis

Salvador Peiró Moreno

Centro Superior de Investigación en Salud Pública (CSISP-FISABIO)

Joan Quiles Izquierdo

Unidad de Educación para la Salud. DG de Salud Pública

Pilar Román Sánchez

Servicio de Medicina Interna. Departamento de Requena

Ruth Uso Talamantes

Subdirección General Posicionamiento Terapéutico y Farmacoeconómico. DG Farmacia y Productos Sanitarios

Bernardo Valdivieso Martínez

Jefe de Servicio Área de Atención Domiciliaria y Telemedicina del Hospital La Fe

Edita: Generalitat. Conselleria de Sanitat

© de la presente edición: Generalitat, 2014

© de los textos: los autores

Depósito Legal: V-2792-2014

Impime: Empresa Editorial Gráficas Izquierdo, S.L.

Esta impresión ha sido patrocinada por Laboratorios Dr. Esteve S.A.

ÍNDICE

PRESENTACIÓN	7
PRÓLOGO.....	9
1. JUSTIFICACIÓN, OBJETIVOS Y LÍNEAS ESTRATÉGICAS	13
DE DÓNDE PARTIMOS.....	15
Análisis de situación y modelos desplegados	15
Modelos de referencia y antecedentes de la atención a crónicos.....	19
ANÁLISIS ESTRATÉGICO EN LA COMUNITAT VALENCIANA	23
Análisis externo.....	23
Análisis interno	23
Áreas de mejora	25
HACIA DÓNDE NOS PROPONEMOS IR.....	26
Misión	26
Visión.....	26
Objetivo general	26
Líneas estratégicas	27
1ª. Orientar el sistema sanitario hacia la atención a la cronicidad.....	28
2ª. Desplegar un modelo de atención centrado en el paciente y su entorno	34
3ª. Desplegar políticas para la promoción de la salud y prevención de la cronicidad	35
4ª. Potenciar la gestión del conocimiento sobre la cronicidad	36
5ª. Desarrollar los sistemas y tecnologías de la información y la comunicación para la cronicidad	37

2. GESTIÓN DE LA ESTRATEGIA PARA LA ATENCIÓN A PACIENTES CRÓNICOS EN LA COMUNITAT VALENCIANA	39
3. EVALUACIÓN.....	43
4. PROYECTOS RELEVANTES PARA EL DESARROLLO DE LOS OBJETIVOS Y LÍNEAS ESTRATÉGICAS	47
5. CUADRO RESUMEN DE LA ESTRATEGIA	51
BIBLIOGRAFÍA.....	59
ANEXOS.....	63
■ Anexo I. Instrumento de estratificación de la población en la Comunitat Valenciana para la atención a pacientes crónicos	65
■ Anexo II. Proceso de prevención y atención de la cronicidad	71
■ Anexo III. Atención a pacientes crónicos de alta complejidad y con necesidades paliativas : Gestión de casos	95

PRESENTACIÓN

La atención a los pacientes crónicos se ha convertido en el reto mayor de los sistemas sanitarios en todo el mundo. A la buena noticia que supone ser el tercer país del mundo por esperanza de vida, tras Japón e Islandia, se acompaña tener una población cada vez más envejecida, con un incremento de las enfermedades crónicas, comorbilidad y situaciones de dependencia que requieren una reorientación y coordinación de los sistemas sanitario y social para poder ofrecer una solución integral a las necesidades de los ciudadanos.

Estas necesidades emergentes en una sociedad que envejece, como la valenciana, requieren una respuesta de los servicios sanitarios orientados, debido al desarrollo científico y tecnológico del último siglo, hacia la curación más que a la prevención de la enfermedad, la promoción de la salud o el alivio del sufrimiento y el dolor, los otros fines de la medicina.

La responsabilidad de la Conselleria de Sanitat en este contexto es por una parte proponer y llevar adelante políticas que reduzcan el impacto negativo sobre la salud de los determinantes sociales, que faciliten la promoción de la salud, que favorezcan la asunción por parte de la ciudadanía de su responsabilidad en el desarrollo de la salud individual y colectiva y que incrementen la prevención de la enfermedad y por otra adaptar el sistema sanitario valenciano a las nuevas realidades, demográficas, epidemiológicas y de atención, que esta situación de incremento de la cronicidad requiere.

En esta tarea, la Conselleria de Sanitat, ha colaborado con el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad y el resto de comunidades autónomas (CCAA), en la elaboración de la Estrategia de Abordaje de la Cronicidad del Sistema Nacional de Salud (SNS), que es la base sobre la que los gobiernos están impulsando los cambios necesarios en los servicios de salud autonómicos.

Este documento “ESTRATEGIA PARA LA ATENCIÓN A PACIENTES CRÓNICOS EN LA COMUNITAT VALENCIANA” es la propuesta que la Conselleria de Sanitat ofrece a la sociedad valenciana, como hoja de ruta para afrontar los retos que se presentan en la atención sanitaria. Es un documento elaborado desde una visión integral de los problemas de salud, con propuestas de coordinación institucional para mejorar la eficiencia, en el que los pacientes y sus cuidadores son los

protagonistas, en el que se propone un modelo de trabajo colaborativo entre los profesionales basado en la evidencia científica y en las mejores prácticas asistenciales, con unos sistemas de información integrados y de fácil acceso para los profesionales y pacientes.

En definitiva, un documento para el cambio de paradigma cultural en la asistencia sanitaria que requiere la sociedad actual: de lo agudo a lo crónico, de la atención puntual a la atención continuada, de la intensidad tecnológica a la intensidad de cuidados, de la visión biomédica a la visión holística. Esta nueva cultura que ayude a introducir los cambios necesarios en los sistemas sanitarios, que los ponga al servicio de los pacientes y la ciudadanía en general y los haga eficaces y eficientes, científicos, humanitarios, valorados socialmente y por supuesto sostenibles.

Esperamos que esta propuesta sea útil para todos: ciudadanos, profesionales y administración y que sirva de herramienta para conformar alianzas de futuro para la mejora del sistema valenciano de salud.

Manuel Llombart Fuertes

Conseller de Sanitat

PRÓLOGO

En la introducción de este documento se constata la importancia del envejecimiento de la población y el cambio de patrón epidemiológico que ha sufrido la sociedad valenciana en las últimas décadas. Esta realidad, junto con un incremento ostensible de la comorbilidad, requiere la respuesta del sistema valenciano de salud, que progresivamente debe adaptar su estructura y funciones.

Este documento, elaborado por un grupo de profesionales de todos los ámbitos, gestión y asistencia sanitaria, farmacia, salud pública, sistemas de información, investigación, etc. constituye el marco para la reorientación del sistema sanitario valenciano hacia la atención a los pacientes crónicos.

Tras un análisis cuantitativo y cualitativo, se han propuesto y discutido las líneas que deben hacer de la sanidad valenciana una herramienta eficaz, sostenible y de calidad para la atención de las personas con enfermedades crónicas. El eje sobre el que se despliega la atención a la cronicidad es la toma en consideración del paciente, no solo por su papel en las decisiones terapéuticas, donde es un elemento imprescindible y del que hay que tener en cuenta sus valores, deseos y convicciones, sino además como persona con un papel activo en su propia enfermedad y que puede transmitir a otros sus experiencias, afrontamientos de situaciones de crisis, hábitos saludables para gestionar mejor su enfermedad, etc... Este papel protagonista fundamental del paciente y, en fases más avanzadas, sus cuidadores, define en buena medida el modelo de atención al paciente crónico.

Junto a la relevancia otorgada al paciente y su entorno, en el documento se proponen otros componentes del modelo de atención. Por una parte, el concepto de multimorbilidad o carga de morbilidad, ya que en la mayoría de los pacientes la condición crónica no se da de manera aislada, suelen tener distintas enfermedades que se potencian incrementando sus necesidades y la utilización de los recursos sanitarios. Esto lleva consigo la valoración integral, como elemento metodológico clave en la identificación de necesidades, y el trabajo en equipo, de todos los profesionales implicados en el proceso asistencial, que enriquece la visión integral de la atención al paciente crónico. En suma, la continuidad asistencial, que permite tener visible de manera continua al paciente

respondiendo a sus necesidades, problemas o requerimientos y que en los estadios más avanzados incluye la metodología de gestión de casos.

Un aspecto importante desarrollado en el documento lo constituyen las propuestas para la integración de los sistemas de información y la utilización de herramientas de estratificación de la población en función del grado de complejidad del paciente crónico. Los Clinical Risk Groups (CRG), que ya se venían manejando para categorizar la prestación farmacéutica, pueden ayudar a clasificar a la población en función de la complejidad y gravedad de sus enfermedades crónicas y de la utilización de servicios que produce cada situación (visitas a urgencias, ingresos urgentes, estancias prolongadas, etc.).

La atención al paciente crónico supone un cambio de paradigma asistencial y por tanto la Estrategia de atención al paciente crónico en la Comunitat Valenciana requiere la implicación de todos los que componemos la organización sanitaria. Una atención primaria que sea el eje de la atención por sus características de atención longitudinal y cercanía poblacional, con profesionales formados, con la máxima capacidad de resolución, coordinando por parte del médico de familia la intervención de los especialistas u otros recursos necesarios, incentivando la atención domiciliaria, reforzando el papel de enfermería y poniendo en valor a las trabajadoras sociales como componente clave del equipo multidisciplinar. Sin olvidar el papel que debe jugar el hospital, para proporcionar una atención de calidad en las crisis y coordinar sus actuaciones con el resto de dispositivos asistenciales, lo que supone una apertura del hospital hacia la comunidad. Para ello necesitamos avanzar en una reorganización de la atención hospitalaria, confirmando un papel clave a unidades como las de hospital a domicilio, corta estancia, urgencias, equipos de soporte de cuidados paliativos, enfermeras gestoras de casos, servicios de medicina interna... Con una visión integral y transversal de la atención sanitaria, se han de articular circuitos integrados de atención a los pacientes crónicos en cada departamento de salud en conjunto, basados en la atención primaria, conjuntamente con el hospital y la atención sociosanitaria, de forma que todos los profesionales del sistema trabajen de manera efectiva para los pacientes y sus familias, evitando ingresos y estancias innecesarias, manteniendo a los pacientes en su entorno, desplazando al domicilio y a la comunidad todo el conocimiento y la tecnología necesarias para una atención integral, con la atención primaria como verdadero eje del sistema.

En este reto también juegan un importante papel los Hospitales de Atención a Crónicos y Larga Estancia (HACLE) como recurso supra departamental, para un grupo reducido de pacientes pluripatológicos que pueden ver muy mejorada su calidad de vida, con rehabilitación o

cuidados de alta intensidad sanitaria, ofrecidos desde una visión integral e interdisciplinar de alto nivel profesional.

Por último agradecer al grupo de profesionales que han elaborado esta estrategia su esfuerzo y su empeño en consensuar un camino para atender con calidad a los pacientes y enfermedades crónicas, primer problema de salud en la Comunitat Valenciana en los años venideros.

Sofía Clar Gimeno

Directora General de Asistencia Sanitaria

1

Justificación, objetivos
y líneas estratégicas

La atención a las enfermedades crónicas supone uno de los grandes retos del siglo XXI en los países occidentales.

Los sistemas de salud actuales han de hacer frente a continuos cambios de una sociedad más envejecida, con un número cada vez mayor de personas que viven con una o múltiples enfermedades crónicas.

La cronicidad y, en especial, la pluripatología suponen con frecuencia altos niveles de dependencia. Muchos de estos pacientes presentan dificultades de desplazamiento al centro de atención y han de ser atendidos en sus propios domicilios. Sus cuidadores necesitan, a su vez, atención y apoyo. Además, a menudo se añaden problemas sociales y económicos que van a requerir intervenciones diferentes a las estrictamente clínicas. En paralelo, emerge también la necesidad de atención paliativa en las fases de final de vida.

Estos factores, entre otros, conforman nuevas necesidades, diferentes a las que originaron el diseño de los sistemas sanitarios actuales y sus tradicionales procesos de trabajo. El modelo actual está orientado en gran medida al abordaje de lo agudo y lo urgente, proporcionando una atención episódica, no planificada y fragmentada a los pacientes crónicos, valorando poco los aspectos preventivos, el enfoque de cuidados y la responsabilidad de las personas sobre su propia salud.

Por lo tanto, nuestro sistema sanitario requiere una reorientación para adaptarse al nuevo reto de responder a las necesidades de los pacientes crónicos, y particularmente de aquellos más complejos -en su mayoría susceptibles de atención domiciliaria- de una forma integral e integrada, asegurando la continuidad asistencial, priorizando las soluciones comunitarias e incorporando el domicilio como ámbito central de la provisión de servicios.

El abordaje de la cronicidad es amplio y exige estrategias multidimensionales y adaptadas a cada nivel de riesgo y a las necesidades detectadas en los pacientes, tras una valoración multidisciplinar y desplegando una buena coordinación sociosanitaria. Esta Estrategia asume un enfoque poblacional, proponiendo intervenciones dirigidas a diferentes grupos de población en función de sus necesidades.

DE DÓNDE PARTIMOS

■ **Análisis de situación y modelos desplegados**

Según los datos de la Encuesta de Salud de la Comunitat Valenciana de 2010 (ESCV. 2010)¹ la proporción de personas mayores de 65 años que hace una valoración negativa de su estado de salud es del 58,71% (50,02% en hombres y 65,41% en mujeres) y el 78,6% de la población

entre 65 y 74 años padece algún tipo de enfermedad crónica, porcentaje que aumenta al 85,7% entre los mayores de 84 años. Además, los resultados sobre hábitos saludables de la encuesta de salud indican que el 47% de la población valenciana de 65 a 74 años y el 44% de 75 a 84 años tiene sobrepeso, el 22% y 18% de las personas de estos grupos de edad tiene obesidad y el 78% y 84% no hace ejercicio físico o sólo realiza algún ejercicio suave de forma ocasional.

Los problemas de salud crónicos más prevalentes (ESCV. 2010) son la diabetes, la hipercolesterolemia, la hipertensión arterial, los problemas degenerativos como la artrosis, los dolores de espalda, el insomnio y ciertos trastornos psiquiátricos como la depresión. Estas enfermedades afectan especialmente a las personas con niveles de ingresos y de estudios más bajos. Además las limitaciones funcionales, físicas y sensoriales, para realizar las actividades de la vida diaria comienzan a tener gran importancia a partir de los 65 años: casi el 10% de la población de 65 a 74 años tiene limitaciones severas y el 28,16% tiene limitaciones leves, en el grupo de edad de 75 a 84 años el 57,5% de la población tiene algún tipo de limitación funcional y en el grupo de mayores de 84 años el 77,1% de las personas.

También las limitaciones de la movilidad afectan progresivamente a las personas mayores: el 17,3% de los encuestados de 65 a 74 años declaró tener mucha o alguna dificultad para caminar 500 metros sin ayuda, el 31,3% entre los 75 y 84 años y el 42,6% entre los encuestados de 85 o más años de edad.

Del mismo modo con la edad va aumentando la dependencia de las personas mayores y la necesidad de ayuda para las actividades de la vida diaria, como hacer la compra, alimentarse, vestirse o el aseo personal: el 37% de los encuestados de 65 a 74 años, el 23,1% de los de 75 a 84 años y tan sólo el 9,4 % de los mayores de 84 años puede realizar sin ayuda las actividades de la vida diaria en el hogar.

El envejecimiento de la población ha ocasionado un gran incremento del gasto destinado por los estados a las pensiones y a la asistencia sanitaria de la población mayor, gasto que continuará creciendo durante los próximos años si aumenta el índice de dependencia y con él la demanda de cuidados.

En España, según la Encuesta sobre discapacidad, autonomía personal y situaciones de dependencia (EDAD) sobre personas mayores que residían en hogares familiares en 2008, el 30,3% (2.227.086 personas) presentaba alguna discapacidad y de éstas el 62,9% eran dependientes, es decir, que el 19,0% de las personas mayores requería asistencia personal para realizar actividades de la vida diaria^{II}. Se estima que para 2045 habrá 1.592.798 beneficiarios (cerca de 600.000 hombres y casi un

millón de mujeres) del sistema para la autonomía y la atención a la dependencia, multiplicándose el coste de la atención a los beneficiarios hombres por 2,64 y el de las mujeres por 2,89, por lo que alcanzaría en 2045 la cifra de 41.926 millones de euros^{III}.

Según el Informe de las personas mayores en España^{IV} del IMSERSO 2010 (con datos de 2008) había un total de 462.303 personas con discapacidad en la Comunitat Valenciana, de las cuales 254.608 (el 55,07%) tenían 65 o más años de edad y sólo recibían algún tipo de ayuda 166.615 (el 65,44%).

Las familias, y especialmente las mujeres, soportan una gran parte de la carga de la discapacidad y la dependencia. Se estima que el coste monetario de las horas que dedicaron los cuidadores informales a la atención de los mayores dependientes en España durante 2008 estaba entre 25.000 y 40.000 millones de euros, es decir, entre el 2,3% y el 3,8% del PIB. Además la Comunitat Valenciana es la tercera, tras Andalucía y Cataluña, que más horas de cuidados aporta en el territorio nacional, lo que representa entre 3.135 y 5.196 millones de euros (del 2,97 al 4,92% del PIB)^V.

Una gran parte de la discapacidad y la dependencia de las personas mayores es secundaria a la elevada prevalencia de demencias, sobre todo del tipo Alzheimer, que afectan entre un 5% y un 7% de las personas mayores de 65 años. Además, la proporción de afectados aumenta de forma exponencial con la edad, siendo del 4,2 % entre los 65 y los 74 años, del 12,5 % entre los 75 y los 84 años y del 27,7 % para la población de más de 85 años. Cada año aparecen unos 100.000 casos nuevos y se estima que la prevalencia aumentará hasta duplicarse en 2020 y triplicarse en 2050.

Pero el envejecimiento en sí mismo no es la causa del aumento del gasto sanitario sino los problemas de salud crónicos y la discapacidad y la dependencia que se producen en edades avanzadas. El origen de las discapacidades es en el 71% de los casos las enfermedades comunes y entre las principales causas de años de vida ajustados por discapacidad (AVAD) perdidos en personas de 60 y más años de edad se encuentran los tumores malignos y las enfermedades neuropsiquiátricas y cardiovasculares, siendo las principales causas específicas demencias, cardiopatía isquémica, enfermedad vascular cerebral, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, cáncer de pulmón, pérdidas de audición y artrosis^{VI}. Afortunadamente estas enfermedades son, en su mayoría, prevenibles y susceptibles de intervenciones que pueden retrasar su inicio y reducir las discapacidades que originan. Por otro lado se estima que el 60% de todos los AVAD atribuidos a las enfermedades crónicas lo fueron en personas menores de 60 años, existiendo suficiente evidencia

del incremento de condiciones crónicas en niños, niñas y adolescentes desde 1960.

En España, según la Encuesta Europea de Salud (EES)^{vii} 2009, el 45,6% de la población mayor de 16 años padece al menos un proceso crónico (el 46,5% de los hombres y el 55,8% de las mujeres) y el 22% de la población dos procesos o más, incrementándose estos porcentajes con la edad. La ENS 2006 constató que las personas entre 65 a 74 años tenían una media de 2,8 problemas o enfermedades crónicas, alcanzando un promedio de 3,23 en personas mayores de 75 años. En atención primaria hasta el 40 % de los pacientes pluripatológicos presentan tres o más enfermedades crónicas, el 94% está polimedicado, el 34% presenta un Índice de Barthel menor de 60, y el 37% tiene deterioro cognitivo. La prevalencia de pluripatología se puede estimar en un 1,38 % de la población general o un 5% en mayores de 65 años de edad.

Se calcula que las enfermedades crónicas son la causa del 80% de las consultas de atención primaria. Las mujeres realizan consultas médicas con más frecuencia que los hombres (40,9% frente al 28,6%). El 2,1% de la población de 16 y más años recibió atención domiciliaria prestada por un profesional de enfermería o matrona en el último año. Esta proporción alcanza el 11,7% en personas de 75 y más años, siendo mayor la proporción de mujeres en este grupo de edad.

Respecto a las cifras de la hospitalización en la red de centros del SNS en el año 2010, se constata que la edad media de los pacientes, de 53,9 años, se ha incrementado en casi cuatro años respecto al año 2000, reflejando un claro envejecimiento de la población hospitalizada. El 42% de las altas correspondieron a personas de 65 y más años. Excluyendo las altas relacionadas con la atención al parto, el grupo de edad de 75 y más años es el más numeroso para el total de altas y el más numeroso en varones (27,6%).

Atendiendo a la distribución del número y porcentaje de altas por capítulos de enfermedades de la Clasificación Internacional de Enfermedades Modificación Clínica (CIE9MC), las enfermedades del sistema circulatorio suponen el 14,1% del total, las enfermedades del aparato digestivo el 12,1% y las enfermedades del aparato respiratorio el 11,5%. Las neoplasias agrupan casi el 10% del total de casos atendidos.

La hipertensión arterial, la diabetes, el uso de medicamentos durante largo tiempo y la hiperlipidemia, están presentes en el 25%, 12%, 10% y 9% de las altas producidas, respectivamente. La frecuencia media de ingresos por agudización de procesos crónicos es superior a la media europea en el caso de insuficiencia cardiaca congestiva, y está por debajo en el caso de enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), asma y complicaciones agudas de diabetes.

En relación con la distribución de costes por grandes causas de hospitalización, clasificadas y agrupadas por capítulos de la CIE9MC, tanto en volumen de altas (14%) como en costes globales (18%), ocupa el primer lugar el capítulo de enfermedades del sistema circulatorio. El segundo le corresponde a las enfermedades neoplásicas que, aunque sólo reúnen un 10% de los casos, suponen casi el 15% de los costes de hospitalización merced a su alto coste medio (el más elevado). El uso de recursos hospitalarios es mayor en la población de más edad, como muestran los indicadores de estancia media y duración media del último ingreso. Los mayores de 65 años no parecen utilizar el servicio de urgencias en mayor medida que el conjunto de la población general. En cambio se les practican más pruebas no urgentes y en mayor proporción que al conjunto de la población, especialmente en el caso de pruebas sencillas (análisis) o de seguimiento y control de enfermedades.

■ Modelos de referencia y antecedentes de la atención a crónicos

► Internacional

La atención a la cronicidad se ha convertido por necesidades demográficas, epidemiológicas y económicas en un reto para los sistemas sanitarios. En 2005^{VIII} la Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda a los países el diseño y desarrollo de estrategias para el abordaje de la atención a las enfermedades crónicas. El desarrollo de los modelos de atención a la cronicidad, como The Chronic Care Model (CCM) propuesto por Ed Wagner^{IX} y modificado y mejorado por la OMS en el “Modelo de Atención Innovadora a Condiciones Crónicas” The Innovative Care for Chronic Conditions Framework (ICCC)^X, plantea la reorganización de los sistemas sanitarios, la alianza con la comunidad, el papel activo de los pacientes y sus familias en la atención y los cuidados y el desarrollo de prácticas asistenciales ligadas a la evidencia científica.

Además de estos modelos, se ha desarrollado el modelo poblacional de Kaiser Permanente, con la pirámide que estratifica a la población en cuatro niveles básicos con respecto al abordaje de las enfermedades y/o condiciones crónicas:

1. **Población sana** o sin ninguna condición crónica, personas que van a requerir **promoción de salud y prevención de la enfermedad**.
2. **Pacientes con baja complejidad**, recién diagnosticados sin afectación de órgano, que van a requerir **autocuidados**.
3. **Pacientes con complejidad moderada**, con afectación de órgano, que van a requerir **gestión de la enfermedad**.

4. **Pacientes de alta complejidad**, con pluripatología y afectación multiorgano, que van a requerir **gestión de casos**.

Este modelo, mejorado por la King's Fund del Reino Unido, es el que finalmente ha sido adaptado por la estrategia para el abordaje de la cronicidad del SNS^{XI}.

► **Estatal**

En el año 2012 el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad publicó la Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad en el Sistema Nacional de Salud, documento elaborado con la participación de profesionales sanitarios, sociedades científicas y CC.AA que establece objetivos y recomendaciones para la orientación de la organización sanitaria hacia la mejora de la salud de la población y sus determinantes, la prevención de las condiciones de salud y limitaciones en la actividad de carácter crónico y su atención integral. La estrategia supone un cambio de enfoque en el SNS que pasará de estar centrado en la enfermedad a orientarse hacia las personas, hacia la atención de las necesidades de la población en su conjunto y de cada individuo en particular, de manera que la asistencia sanitaria resulte adecuada y eficiente, se garantice la continuidad en los cuidados teniendo en cuenta sus condicionantes sociales y las de su entorno, se adapte a la evolución de la enfermedad en el paciente y se favorezca su autonomía personal.

La Estrategia propone intervenciones organizativas prioritarias en la mejora del abordaje de la cronicidad entre las que destacamos:

1. El fortalecimiento de los equipos de atención primaria.
2. La reorientación de los servicios sanitarios.
3. La segmentación de la población en función de sus necesidades.
4. La implicación de los pacientes en el cuidado de su propia salud.
5. La visión integral sobre el individuo y multidisciplinar sobre el equipo.
6. La incorporación de la gestión de casos en el desempeño profesional de los sanitarios.
7. La continuidad asistencial.
8. La racionalización de la polimedicación.
9. La equidad en salud e igualdad de trato.
10. El despliegue de la promoción y la educación para la salud, como herramienta para el retraso de la pérdida de funcionalidad y de la aparición de la enfermedad.

► **Comunitat Valenciana**

El abordaje de la atención a pacientes crónicos, pacientes ancianos y pacientes terminales, se hace en la Comunitat Valenciana (CV) en 1995

con la elaboración del Programa de atención al paciente anciano, crónico y terminal (programa PALET), reconocido por el informe^{xii} de la Oficina del defensor del Pueblo del año 2000. En el programa PALET ya se plantea la necesidad de identificar pacientes crónicos, ancianos y terminales, la definición de circuitos asistenciales propios y la reorganización de recursos para garantizar una atención integral y una continuidad asistencial que el sistema sanitario no era capaz de abordar. El desarrollo en la CV del Hospital a Domicilio, puesto en marcha en 1990, es uno de los pilares fundamentales de la atención a este perfil de pacientes. El impulso y puesta en marcha de las Unidades Médicas de Corta Estancia (UCE) y de los Hospitales de Media y Larga Estancia (HACLE), constituyen parte del abordaje de la reorientación de los servicios sanitarios, desplegados en la década de los 90 para ofrecer una atención integral a los pacientes complejos y con más necesidades de salud de la población valenciana.

Posteriormente el Plan de Mejora de la Atención Domiciliaria (PMAD)^{xiii} de 2004-2007 supone una mayor implicación de atención primaria en la asistencia de estos pacientes, desarrollando mecanismos de continuidad asistencial y atención integral.

Otros planes sanitarios como el Plan de Atención a las Personas Mayores y Enfermos Crónicos en 2007^{xiv} y el Plan de Cuidados Paliativos en 2010^{xv} refuerzan la necesidad de una mejor identificación de pacientes complejos con importantes necesidades de salud y una mejor coordinación y reorientación de los servicios sanitarios para proporcionar un abordaje integral de sus necesidades, que aumente su salud y calidad de vida y evite la utilización innecesaria de recursos.

Bajo la cobertura del PMAD y para mejorar la asistencia de los “casos complejos”, denominación del colectivo constituido por pacientes crónicos complejos y paliativos (en su mayoría domiciliarios) y de sus cuidadores, se pilotó entre 2007 y 2010 en dos departamentos de salud un circuito de atención integrada domiciliaria que añadía a los agentes sanitarios que habitualmente intervienen (atención primaria EAP-programa de atención domiciliaria, unidades de hospital a domicilio UHD, junto con servicios de emergencias sanitarias SES, unidades de salud mental USM y unidades básicas de rehabilitación) nuevas prestaciones enfermeras (enfermeras gestoras de casos hospitalarias EGCH y comunitarias EGCC) y el desarrollo de las TIC. Tras una evaluación positiva, se inició su despliegue a partir de 2011. En diciembre de 2013, la población cubierta alcanzaba a 773.345 personas (15% de la CV) en 14 departamentos, con implicación de 32 EGCC, 16 EGCH, 14 UHD y 34 EAP. Según las previsiones para final de 2014 la población cubierta alcanzará a 1.305.599 personas (25% de la CV) en 15 departamentos, con implicación de 56 EGCC, 19 EGCH, 15 UHD y 57 EAP.

Con esta misma filosofía de innovar y mejorar la atención de la condición crónica en la CV, también hay que destacar desde 2009 otras iniciativas que se han desarrollado en varios departamentos de salud, basadas en el despliegue de TIC (tabletas y smartphones) en el domicilio del paciente, previamente seleccionado, con el objetivo de controlar a distancia determinadas variables relevantes para sus procesos crónicos, combinando ese control a distancia con visitas y actividades programadas para evitar rupturas asistenciales y proporcionar continuidad asistencial. Estas experiencias son:

- VALCRONIC. Desplegada en varios centros de salud de los Departamentos de Elx y Sagunt, basada en atención primaria que selecciona a los pacientes según nivel de riesgo con una herramienta denominada CARS (The Community Assessment Risk Screen).

- GECHRONIC. Desplegado en el Departamento de Valencia- La Fe. Se trata de un modelo predictivo que identifica y asigna riesgo a aquellos pacientes con alta probabilidad de episodios de descompensación en el corto/medio plazo y por tanto es capaz de identificar a la mayoría de los pacientes con gran afectación y con gran consumo de recursos sanitarios no planificados.

Cabe mencionar también otras experiencias, puestas en marcha en su momento para el control de la prestación farmacéutica que han consistido básicamente en:

- la segmentación de la población en función de sus necesidades mediante la utilización del agrupador Clinical Risk Groups (CRG), que clasifica a la población en categorías mutuamente excluyentes en función de la morbilidad y el riesgo clínico. El resultado de esta clasificación ha sido puesto a disposición de los profesionales sanitarios a través de la herramienta Sistema de Clasificación de Pacientes de la Comunitat Valenciana (SCP-cv) y actualmente utilizada en esta Estrategia como herramienta de estratificación de la población.

- la racionalización de la polimedición que se ha abordado a través del programa de revisión y seguimiento de la farmacoterapia (REFAR) realizándolo mediante dos subprogramas: REFAR-AR, para el seguimiento de alertas de productos farmacéuticos y revisión de la farmacoterapia y REFAR-EA, para el seguimiento de la eficiencia y adherencia de los tratamientos farmacoterapéuticos.

En resumen, desde el año 2007, en la Comunitat Valenciana se han puesto en marcha distintas iniciativas de atención a crónicos que van desde el despliegue de nuevos roles profesionales, como la enfermera gestora de casos hasta el despliegue de nuevas tecnologías para la atención a distancia de pacientes crónicos, pasando por sistemas de clasificación de pacientes en función de su condición de cronicidad que

permitan mejorar y racionalizar la prescripción farmacéutica y por herramientas para el abordaje de la polimedición y los problemas relacionados con los medicamentos. También la mejor definición de papel del trabajo social en la atención a la cronicidad mediante la elaboración de una guía de actuación profesional^{XVI}. Todas las iniciativas están orientadas a mejorar la calidad de atención al paciente crónico.

En todos estos planes y programas el eje principal sobre el que giran sus propuestas y recomendaciones es el paciente y su familia (cuidadores) como un binomio indisoluble en el afrontamiento de la atención sanitaria.

ANÁLISIS ESTRATÉGICO EN LA COMUNITAT VALENCIANA

Hemos utilizado el análisis estratégico para identificar posteriormente áreas de mejora en el sistema que configurasen los objetivos y líneas estratégicas a desarrollar.

■ Análisis externo

Oportunidades:

- La expansión de la cultura del envejecimiento activo.
- La recomendaciones nacionales e internacionales sobre el desarrollo de modelo de atención a la cronicidad
- La necesidad de una mayor eficiencia en el gasto público
- La incorporación de las tecnologías de la información y comunicación (TIC)

Amenazas:

- El envejecimiento de la población
- La crisis económica
- La cultura curativa imperante en la sociedad
- Los costes de las innovaciones tecnológicas y terapéuticas
- Las dificultades de financiación
- La disminución de la relevancia de la familia como soporte social
- La escasez de recursos sociales

■ Análisis interno

Fortalezas:

- La voluntad de la alta dirección de reorientar el sistema

- El camino recorrido en la Comunitat Valenciana, con los planes y experiencias desarrolladas, en la atención a pacientes ancianos, crónicos y terminales
- La estructura de la atención primaria
- El despliegue y reorientación de recursos sanitarios: HAD, UCE, equipos de soporte, enfermeras gestoras de casos, HACLE.
- El desarrollo de los sistemas de información corporativos
- El desarrollo de los cuidados paliativos
- La percepción creciente entre los profesionales de la necesidad de cambio
- La prescripción electrónica
- La herramienta de gestión de los problemas relacionados con los medicamentos PRM
- El modelo de farmacia sociosanitaria valenciana (red de cinco servicios de farmacia hospitalarios, establecidos en residencias asistidas públicas, que trabajan en la atención del paciente institucionalizado)
- El desarrollo de una Guía Farmacoterapéutica consensuada para el ámbito de los pacientes institucionalizados en centros dependientes de Bienestar Social
- La herramienta SCP-cv, que pone a disposición de los profesionales la clasificación de los pacientes en base a morbilidad y riesgo clínico
- La implantación de la estrategia de envejecimiento activo
- El desarrollo de las plataformas de Salud 2.0 para potenciar la formación y participación de ciudadanos, pacientes y cuidadores

Debilidades:

- La resistencia al cambio organizativo que supone la atención a la cronicidad en cuanto a la desaparición de barreras entre niveles asistenciales, especialidades médicas, colectivos profesionales, etc...
- La dificultad de conciliar intereses profesionales y corporativos
- La escasa cultura de gestión y eficiencia entre los profesionales
- La cultura medicalizadora imperante en los servicios sanitarios
- La escasa cultura de la seguridad
- La cultura paternalista en la asistencia sanitaria
- La escasa cultura en promoción y prevención comunitaria
- La atención centrada en el episodio y en los recursos
- La variabilidad de la práctica clínica
- La dificultad de alinear los incentivos con los objetivos y la rigidez de las relaciones contractuales de los profesionales

- La falta de integración de los sistemas de información corporativos y una historia clínica electrónica única
- La falta de integración entre niveles asistenciales
- La insuficiente coordinación con Bienestar Social

■ Áreas de mejora

- La estratificación de la población e identificación de los grupos de atención basada en necesidades
- La definición de procesos de atención de personas con distintos perfiles de cronicidad, identificados con la estratificación
- La reorientación del sistema de salud:
 - La atención primaria como responsable del proceso asistencial
 - La reorientación de la actividad de unidades y servicios del hospital para la atención integrada a la cronicidad de la población del departamento, creando circuitos asistenciales específicos, con herramientas de identificación precoz de pacientes crónicos y con protocolos asistenciales definidos, basados en las mejores prácticas, que eviten consultas, exploraciones, visitas a los servicios de urgencias ingresos y estancias hospitalarios innecesarios.
 - El rediseño de la actividad de los HACLE
- La coordinación e integración con Bienestar Social: asistencia sanitaria, farmacia, formación, etc...
- El desarrollo e integración de los sistemas de información
- El fortalecimiento del papel del paciente y sus cuidadores en su propia salud y en la toma de decisiones
- El control de los factores de riesgo para evitar la adquisición de enfermedades crónicas.
- La orientación de las actividades de promoción de salud, estilos de vida y prevención poblacional hacia los grupos de bajo riesgo
- La prevención de las exacerbaciones de las enfermedades crónicas y de la adquisición de otras comorbilidades
- La necesidad de basar los cuidados en la evidencia para disminuir la variabilidad asistencial
- Basar los objetivos en resultados
- El despliegue de herramientas de ayuda a la decisión
- La alineación de incentivos hacia la atención a la cronicidad
- La implementación, previa evaluación, de nuevas tecnologías para mejorar, la atención, comunicación y adherencia del paciente

- La definición de competencias y formación de los profesionales en la atención a la cronicidad
- La evaluación continua de estrategia y resultados

HACIA DÓNDE NOS PROPONEMOS IR

La Estrategia para la Atención a Pacientes Crónicos en la Comunitat Valenciana (EAPC-CV), partiendo de la situación actual y de las enseñanzas derivadas de los modelos teóricos y las experiencias implantadas en nuestro territorio, quiere ser la hoja de ruta para el desarrollo de un modelo de atención a la cronicidad propio que esté en sintonía con las propuestas internacionales y la Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad en el Sistema Nacional de Salud, que recoja las experiencias y las buenas prácticas desplegadas en el sistemas sanitario valenciano, que sea efectivo, de calidad, que tenga en el centro de su tarea a los pacientes y sus familias, que pivote sobre la atención primaria y que contribuya a la sostenibilidad de la sanidad valenciana.

■ MISIÓN

La EAPC-CV tiene como misión sentar las bases de una alianza entre ciudadanos, profesionales sanitarios y administración para el despliegue de unas políticas y de un sistema de salud que proporcionen una respuesta de calidad, equitativa, eficiente y sostenible al reto que supone el incremento del envejecimiento y la cronicidad en nuestra sociedad.

■ VISIÓN

La EAPC-CV se plantea transformar el sistema sanitario valenciano en una herramienta útil de atención integral e integrada a los pacientes crónicos, que fomente la autonomía y la implicación de estos y sus familiares, mediante el despliegue de las mejores prácticas profesionales y garantizando la continuidad y la calidad asistenciales con el mayor grado de eficiencia.

■ OBJETIVO GENERAL DE LA ESTRATEGIA PARA LA ATENCIÓN A PACIENTES CRÓNICOS EN LA CV

Desarrollar un modelo de atención al paciente crónico en la Comunitat Valenciana que sea capaz de proporcionar a las personas con enfermedades crónicas una atención adaptada a sus necesidades de salud, con la máxima calidad y eficiencia.

Características del modelo:

- Centrado en el paciente/cuidadores y no en los recursos sanitarios
- Planificado. Que despliegue herramientas de identificación y segmentación de la población en función de sus necesidades de salud
- Personalizado. Con planificación asistencial integral e individualizada en función de su nivel de complejidad
- Comunitario. Que pivote sobre la atención primaria
- Proactivo. Orientado a la búsqueda activa de casos
- Basado en la evidencia científica. Que permita la estandarización y planificación de las actividades asistenciales de los profesionales sanitarios
- Equitativo. Que garantice la equidad entre individuos y entre territorios.
- Adaptado. Que los profesionales adapten y desarrollen sus perfiles para trabajar de manera coordinada en las transiciones asistenciales
- Integrado. Que garantice la continuidad asistencial entre los ámbitos comunitario, hospitalario y residencial
- Colaborativo. Que los equipos trabajen en red compartiendo metas y resultados
- Flexible. Adaptando las estructuras y procedimientos en cada departamento
- Evaluativo. Que utilice indicadores de evaluación con contenido clínico para el seguimiento y mejora de la calidad de la atención prestada.

■ OBJETIVOS Y LÍNEAS ESTRATÉGICAS

La orientación de los sistemas sanitarios hacia la cronicidad requiere el despliegue de líneas estratégicas que actúen como palancas del cambio en distintas direcciones. Unas tienen que ver con la organización y estructura de los servicios, ya que necesitamos pasar de un sistema sanitario para pacientes agudos, de actuación a demanda, a un sistema proactivo que conozca a los pacientes y que sitúe a aquellos con necesidades más complejas en el radar permanente del sistema asistencial. También se requieren estrategias que pongan al paciente en el eje de la atención y que proporcionen los elementos y conocimientos necesarios para aumentar el compromiso de los ciudadanos con su salud. Los profesionales tienen que jugar un papel fundamental para lo que hay que aumentar conocimientos y cambiar actitudes y cultura; y para todo es preciso alinear los sistemas de información con el fin de que sean una herramienta eficaz en la atención sanitaria. Con ello la Conselleria de

Sanitat pretende conseguir una atención integral e integrada, basada en las mejores evidencias científicas, con la participación activa de pacientes y ciudadanos y con el mayor nivel de eficiencia que garantice la equidad y la sostenibilidad del sistema. Estos son los objetivos y líneas que se proponen.

1. ORIENTAR EL SISTEMA SANITARIO HACIA LA ATENCIÓN A LA CRONICIDAD

a. Liderazgo y compromiso institucional.

La tarea que supone reorientar un sistema sanitario basado en la atención de procesos agudos hacia la atención a crónicos, supone un compromiso esencial de la organización y sus líderes. El cambio cultural que precisa la organización, al margen de la reordenación de recursos, exige un liderazgo firme que despliegue políticas sobre los servicios sanitarios, que busque alianzas con otros sectores y ámbitos de la administración y que involucre a la sociedad civil en el reto, ya que es fundamental que la sociedad civil participe para el éxito de una atención integral a la cronicidad. Ese liderazgo también se ha de extender al ámbito de gestión de los departamentos, consolidando estructuras que se impliquen específicamente en el despliegue de la atención a la cronicidad promoviendo su implementación y eliminando barreras; y por supuesto al ámbito clínico, con profesionales de prestigio que participen en la puesta en práctica de los cambios, en el fomento de las iniciativas que partan de abajo hacia arriba y en la integración de estas iniciativas en el marco general. También puede suponer en muchos casos impulsar la colaboración público-privada en la búsqueda de nuevas soluciones y modelos de relación que faciliten la transformación de nuestro actual sistema de salud hacia la cronicidad en línea con la estrategia definida.

b. Enfoque poblacional

- Segmentación de la población por niveles de complejidad, teniendo en cuenta la gravedad, la urgencia y los beneficios esperados. Identificación de necesidades y agrupación en perfiles de pacientes, mediante el despliegue de un instrumento de estratificación que seleccione los grupos de población diana según el tipo de necesidades.
- Definición de estrategias en función de los perfiles de la población.
 - Nivel 0. Población general. Estrategias poblacionales de promoción desde el ámbito de la salud pública:
 - Políticas que favorezcan el envejecimiento activo y saludable
 - Actuaciones a nivel autonómico y local que permitan la práctica del ejercicio físico de personas mayores

- Políticas de alimentación que incentiven la alimentación saludable
- Políticas que disminuyan las desigualdades sociales y favorezcan entornos sociales integradores
- Nivel 1. Pacientes crónicos de baja complejidad, recién diagnosticados sin afectación de órgano o con factores de riesgo conocidos para desarrollar enfermedades crónicas:
 - Atención preferente
 - Información y formación a pacientes sobre prevención y educación sanitaria sobre factores de riesgo
 - Fomento de los autocuidados
- Nivel 2. Pacientes crónicos de complejidad moderada con afectación de órgano:
 - Gestión de la enfermedad
 - Atención integral de necesidades y problemas
 - Asegurar la continuidad asistencial
 - Ralentizar la progresión de la enfermedad
 - Retrasar la aparición de discapacidad y dependencia.
 - Información y formación a cuidadores
- Nivel 3. Pacientes crónicos de alta complejidad, con pluripatología y afectación multiórgano, y pacientes paliativos:
 - Gestión de casos
 - Atención integral de necesidades y problemas
 - Evitar descompensaciones
 - Movilizar e integrar recursos
 - Favorecer permanencia en su entorno
 - Atención y apoyo a cuidadores
 - Preparación para el desenlace
- Búsqueda activa de casos. Identificación de casos vulnerables para gestionar de manera adecuada sus necesidades tanto comunitarias como de hospitalización, evitando la progresión de la enfermedad, descompensaciones, ingresos y/o estancias innecesarios.
- Con visión longitudinal. De la prevención a la atención al final de la vida. El despliegue de la EAPC-CV supone el alineamiento de la organización, para una intervención programada a lo largo del proceso que retrase o evite situación de cronicidad compleja, o que la atienda de manera integral una vez que se produzca.

c. Reorganizar el sistema sanitario para garantizar la máxima resolución de problemas en la comunidad y la continuidad asistencial.

La integración/coordinación de dispositivos asistenciales en la atención al paciente crónico, es clave para garantizar la calidad y la continuidad asistencial. La complejidad de su atención requiere la intervención de distintos proveedores y la prestación de distintos servicios. Por tanto hay que garantizar la integración de cuidados entre la atención primaria, el hospital de agudos y crónicos y las residencias asistidas.

Esto supone:

- Articular en cada departamento una organización asistencial integrada funcionando en red para la atención a la cronicidad, con los diferentes agentes que participan o pueden participar en la atención del paciente crónico desde los distintos dispositivos asistenciales: equipos de atención primaria, unidades de rehabilitación (RHB), salud mental (USM), conductas adictivas (UCA), servicios de emergencias sanitarias (SES), hospital a domicilio (HAD), hospitales de agudos, hospital de atención a crónicos y larga estancia (HACLE), y coordinados con las residencias asistidas y otros recursos sociosanitarios.

- La adaptación del trabajo de los profesionales al cambio asistencial que se propone, mediante la adquisición de nuevos roles y funciones profesionales: la gestión de casos, la visión integral (biopsicosocial), el trabajo en equipo, el trabajo cooperativo en las transiciones entre ubicaciones asistenciales.

- El diseño de circuitos asistenciales y administrativos, para la atención urgente, en especial para los pacientes complejos de nivel 3, que garanticen continuidad asistencial las 24 horas con participación de los EAP, las UHD, las UCE/Urgencias hospitalarias y los SES, que incluya, el despliegue de un soporte telefónico médico para los profesionales de los circuitos, que tenga su base en los servicios de guardia médicas existentes de las UCE, UHD, medicina interna de los hospitales de agudos o en los HACLE.

- Un plan de calidad de la atención, que aumente el tiempo y la dedicación proactiva de los profesionales a las tareas asistenciales, disminuya las cargas burocráticas y aumente la resolución en el ámbito comunitario versus institucional, de las necesidades detectadas o sobrevenidas de los pacientes. La toma en consideración, incorporación o coordinación con otros agentes y recursos comunitarios en el proceso de identificación/atención del paciente crónico, como pueden ser:

- La farmacia comunitaria
- Los servicios sociales municipales
- Las asociaciones de vecinos, pacientes, voluntariado.

Esta reorganización del sistema sanitario valenciano debe tener sus intervenciones específicas en los distintos niveles asistenciales para lograr una atención continuada y de calidad con las siguientes premisas:

▪ **El papel principal de la atención primaria.** la atención primaria (AP) debe ser responsable del proceso asistencial y los EAP deben ser el núcleo principal de la organización funcional de departamento para la atención a la cronicidad. Su proximidad al paciente, su composición interdisciplinar, la formación de sus profesionales y el soporte de las unidades de apoyo y otros servicios, hacen de este recurso el más idóneo para la gestión de la cronicidad y de la comunidad el ámbito prioritario de resolución. Los profesionales del EAP deben funcionar como un equipo básico de atención a la cronicidad, asumiendo mayores responsabilidades, con mayor capacidad de resolución, por lo que se requiere formación específica y fomentar el trabajo en equipo. Las funciones de la AP incluyen:

1. La promoción de la salud y prevención de la cronicidad en el ámbito comunitario
2. La identificación precoz de pacientes crónicos
3. La valoración y la atención integral programadas
4. La formación y soporte del paciente y cuidador/a
5. El soporte para adherencia al tratamiento
6. La seguridad del paciente
7. La gestión de los casos
8. La movilización de recursos comunitarios e institucionales

Integrar y potenciar la actividad de las unidades y servicios de apoyo a la atención primaria, en la atención de pacientes crónicos, en especial las unidades de salud Mental que tienen un papel doble como apoyo diagnóstico y terapéutico a situaciones del paciente crónico complejo y su familia y en sí mismas con la atención continuada al paciente con trastorno mental grave. Otras unidades o servicios como RHB, UHD, SES, UCA, colaboran en la atención puntual o permanente de las situaciones de cronicidad.

▪ **Abrir el hospital a la comunidad.** Mediante la reorganización de recursos. Actualmente en los hospitales departamentales, existen una serie de dispositivos: urgencias, UCE, la especialidad de medicina Interna, la mayoría de especialidades médicas y las UHD que desde diferentes enfoques atienden al paciente crónico complejo en fase de descompensación.

La EAPC-CV requiere una transformación en profundidad del hospital, que debe pasar de tener un papel preponderante en la atención prolongada a la descompensación de los pacientes crónicos y pluripa-

tológicos, a desarrollar un papel de estabilizador de la fase aguda y de soporte asistencial para los recursos comunitarios, con el objetivo de mantener al paciente en su entorno y en buenas condiciones el mayor tiempo posible. Lejos de limitar su papel a la atención a demanda, cuando el enfermo acude, el papel del hospital en la cronicidad debe ser la búsqueda activa mediante identificación precoz, la atención integral y la coordinación con atención primaria, para facilitar que esta sea la protagonista de la atención y el seguimiento de los pacientes en el ámbito comunitario.

Para llevar adelante esta nueva definición del papel del hospital, se necesita establecer en este un circuito asistencial funcional y coordinado con participación básicamente de urgencias, UCE, medicina interna, (MI) y UHD, que se organice como la parte de atención hospitalaria/soporte comunitario de la organización funcional de departamento para la atención a la cronicidad, con los siguientes objetivos:

1. Identificación precoz del paciente crónico en su ingreso hospitalario programado y urgente.
2. Búsqueda activa de pacientes en el ámbito hospitalario
3. Valoración y atención integral
4. Planificación del alta hospitalaria para garantizar continuidad asistencial
5. Apoyo al desarrollo e implantación de la gestión de casos de los pacientes crónicos con alta complejidad junto con la atención primaria
 - **Potenciar el hospital a domicilio (HAD)** en su papel clave como soporte de atención primaria y en la continuidad asistencial que requiere la condición crónica. Por una parte, el HAD continúa en el domicilio la atención de los pacientes crónicos complejos y paliativos que previamente han ingresado en las unidades y servicios hospitalarios, ejerciendo esa labor intensiva y de puente con AP. Por otra parte, la atención a pacientes crónicos complejos y paliativos en el domicilio, en función de sus necesidades a lo largo del proceso asistencial, con el objetivo de garantizar la máxima resolución de problemas en el ámbito comunitario, mediante asesoramiento puntual o la gestión compartida, permite evitar en muchas ocasiones ingresos hospitalarios innecesarios al sustituirlos por ingresos en HAD.
 - **Redefinir los hospitales de atención a crónicos y larga estancia (HACLE).** Los HACLES serán el recurso de hospitalización preferente para los pacientes identificados como crónicos complejos con necesidades específicas de recuperación funcional, convalecencia en los procesos de agudización de sus patologías crónicas, cuidados paliativos,

cuidados post-agudos (daño cerebral, politraumatismo por accidente, fractura de cadera en ancianos...) y todas aquellas situaciones en que una estancia hospitalaria prolongada y con programas especializados puede aportar ganancia en salud y/o calidad de vida a los pacientes crónicos. Una característica especial es la potenciación de la rehabilitación como un pilar clave de la atención a la cronicidad. Esto requiere una reorientación de los HACLE hacia:

- La remodelación de la cartera de servicios para dar más opciones a las consecuencias de la cronicidad: sub-agudos, post-agudos, convalecencia, recuperación funcional, etc.
- La incorporación de nuevos servicios de hospital de día de rehabilitación: daño cerebral, neuro-rehabilitación, cardiaca, respiratoria
- La definición de criterios de ingreso/derivación desde el hospital de agudos, AP y residencias
- Un nuevo papel como referente del HACLE en: cuidados paliativos, residencias, AP de su entorno.
- La conexión de los sistemas de información de los HACLE (sin descartar incluir SIA-ABUCASIS) con el resto de los dispositivos asistenciales incluidas las residencias.

d. Integrar políticas sanitarias y sociales

Muchas personas con problemas de salud crónicos y en estadios avanzados, requieren ayuda de una tercera persona para afrontar las actividades de la vida diaria, esta situación es la base de la asistencia sociosanitaria (problemas de salud y dependencia). Muchas de estas personas viven en residencias asistidas con un componente de cuidados sanitarios muy elevado y que deben quedar incluidas dentro de la gestión de casos en la atención a la cronicidad. Con el fin de integrar la atención a las personas con dependencia, se plantea:

- Establecer con Bienestar Social un marco general de coordinación
- Implantar protocolos de ingreso/derivación entre recursos sanitarios y sociales para las personas con condiciones crónicas y dependencia
- Instaurar circuitos asistenciales entre las residencias y los servicios sanitarios
- Hacer compatibles los sistemas de información sanitarios y sociales, incluyendo la implantación de SIA-ABUCASIS, en el ámbito residencial

2. DESPLEGAR UN MODELO DE ATENCIÓN CENTRADO EN EL PACIENTE Y SU ENTORNO

a. La atención a la cronicidad desde la visión integral.

Atención integral al paciente, sus cuidadores y entorno. Con respeto a sus valores, necesidades y preferencias.

- La valoración integral (VI) de las necesidades de salud. El abordaje de los pacientes debe ser integral, para ello la valoración bio-ético-psico-social es imprescindible y requiere para su abordaje la multivisión que proporciona un equipo multidisciplinar.
- El plan de atención integral (PAI). Una vez valorado el paciente, se impone la elaboración de un plan de atención que incluya.
 - Los problemas detectados,
 - Los objetivos terapéuticos
 - El plazo de revisión
 - El/la responsable de la actividad
- El trabajo en equipo, liderazgo profesional e incentivación. El trabajo en equipo es básico, como metodología para tener una visión integral, en la atención de la cronicidad. Para la implementación de la EAPC-CV es conveniente conformar los equipos con un liderazgo profesional consensuado entre todos sus miembros y alinear los incentivos de la organización a la consecución de estos objetivos.
 - Liderazgo profesional
 - Establecer ámbitos espacio/temporales de encuentro de los profesionales del departamento: sesiones clínicas, discusión de casos, sesiones de coordinación, etc.
 - Alinear los incentivos de la organización hacia la cronicidad
 - Integrar la información en la clínica electrónica

b. El paciente como eje.

- Protocolizar y desplegar la formación en autocuidados para pacientes en aquellas patologías crónicas en las que haya suficiente evidencia en cuanto a su efectividad.
 - Fomentar el paciente activo/experto.
 - Favorecer las decisiones compartidas. Registrar en la historia clínica el proceso de toma de decisiones llevadas a cabo con el paciente. Registrar sus deseos y preferencias e incrementar la utilización del documento de últimas voluntades.
 - Potenciar la difusión del documento de últimas voluntades entre profesionales y población general.

- Desplegar instrumentos para aumentar la adherencia a los tratamientos.

c. Apoyo a los cuidadores

- Plan de atención y apoyo (incluido formación) para cuidadores de pacientes crónicos complejos y paliativos.
- Definir recursos de respiro con Bienestar Social y definir protocolo para su utilización.
- Establecer mecanismos de comunicación ágiles para la resolución de dudas y problemas en el manejo domiciliario del paciente crónico: teléfono de referencia, internet.

d. Potenciar la utilización del portal CUIDATE CV

- Ecuación sanitaria: vídeos, consejos, talleres y cursos a distancia.
- Foro de pacientes.
- Foro comunicación pacientes/profesionales.

e. Impulsar la seguridad del paciente mediante la racionalización de la polimedicación

- Gestión de los problemas relacionados con los medicamentos y el gasto asociado a la polimedicación, ajustando por morbilidad medida a través de los CRG.
- Establecimiento de algoritmos de decisión terapéutica corporativos.
- Desarrollo continuo del sistema de guía farmacoterapéutica para la población institucionalizada.
- Establecimiento de objetivos terapéuticos adaptados a la situación del paciente, teniendo en cuenta su pronóstico y calidad de vida.

3. DESPLEGAR POLÍTICAS PARA LA PROMOCIÓN DE SALUD Y LA PREVENCIÓN DE LA CRONICIDAD.

Muchas enfermedades crónicas son evitables desplegando políticas transversales que mejoren las condiciones de vida y salud de las personas, que mejoren el medio ambiente, que disminuyan las desigualdades y proporcionen entornos sociales cohesionados y solidarios. Estas políticas se deben desplegar en los ámbitos autonómico y municipal y recorrer las líneas estratégicas de otros ámbitos de gestión distintos del sanitario como la vivienda, el laboral, la educación, la alimentación, los servicios sociales, etc.

Otras enfermedades crónicas son controlables una vez adquiridas, por tanto, es importante evitar o retrasar la aparición de la cronicidad, así como detectarla de forma temprana para desplegar una estrategia de estabilización. Una vez detectada la enfermedad, es necesario hacer

una programación asistencial que contribuya a establecer un vínculo asistencial con el paciente. Este objetivo se consigue mediante el despliegue de medidas sanitarias, que implican al sistema sanitario y no sanitario y a la sociedad en general.

Este objetivo estratégico se concreta en:

a. Desarrollar la Estrategia de envejecimiento activo

b. Hacer visible la atención a la cronicidad en el Plan de Salud de la CV y en los planes o programas de salud específicos

c. Desplegar iniciativas saludables en todas las políticas

d. Fomentar el desarrollo de programas, basados en la evidencia.

De promoción de salud sobre estilos de vida, alimentación, y ejercicio físico y la prevención sobre factores de riesgo como tabaquismo, alcohol, sedentarismo, con especial incidencia en grupos especialmente vulnerables y en coordinación con el resto de la administración autonómica.

e. Involucrar a la sociedad en la atención a la cronicidad:

Asociaciones de pacientes, organizaciones no gubernamentales (ONG), voluntariado, instituciones (educación, bienestar social, justicia, agricultura, municipios)

4. POTENCIAR LA GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO SOBRE LA CRONICIDAD

a. La estandarización de los procesos asistenciales:

¿Quién o quiénes? hacen ¿qué? En función de la complejidad del caso se establecen distintas pautas de actuación que requieren la normalización de las actividades asistenciales, con el fin de:

- Conseguir los objetivos terapéuticos: garantizar estabilidad y retrasar el avance de las enfermedades crónicas
- Mejorar la calidad de vida
- Reducir las descompensaciones, los ingresos hospitalarios urgentes y las visitas a urgencias

b. La formación y la comunicación entre profesionales

- Definir competencias profesionales para la atención a la cronicidad
- Plan de formación para el desarrollo de la EAPC-CV
- Implantación y normalización de guías clínicas basadas en la evidencia científica
- Plataforma de participación de profesionales, en la web, para el intercambio de buenas prácticas y benchmarking

c. Investigación

- Fomentar y priorizar la investigación en enfermedades crónicas tanto desde punto de vista clínico como organizativo

5. DESARROLLAR LOS SISTEMAS Y TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LA COMUNICACIÓN PARA LA CRONICIDAD

a. Integración/coordinación de los sistemas corporativos de información

b. Herramientas informáticas de ayuda a la decisión clínica:

- Definir un instrumento de estratificación de la población y marcas para la identificación de los pacientes, en base a la evolución tecnológica (desarrollo) del instrumento de estratificación de la población (herramienta SCP-cv). Incorporación de una marca en la historia clínica que clasifique y defina el riesgo y la complejidad del paciente. Identificar cuando el paciente entre en el programa de crónicos, por decisión clínica.
- Prescripción farmacéutica: algoritmos corporativos de decisión terapéutica en relación a las patologías más prevalentes en el ámbito ambulatorio.
- Continuar la evolución tecnológica de la herramienta PRM sobre problemas relacionados con los medicamentos.
- Implementar herramientas informáticas flexibles e inteligentes que permitan reducir la variabilidad en el proceso y la práctica clínica, basadas en los procesos asistenciales integrados definidos, la evidencia científica y la información clínica disponible, ayudando a los profesionales en su práctica rutinaria a tomar decisiones precisas.

c. Desarrollo de e-salud y m-salud.

Herramientas de comunicación e información entre pacientes y profesionales

- Educación para la salud 2.0 para la formación y capacitación del ciudadano, de los pacientes y de los cuidadores.
- Despliegue, previa evaluación coste/efectividad, de TIC's en el domicilio que permitan la incorporación de paciente y sus cuidadores al proceso asistencial con el objetivo de contribuir en su atención, facilitándoles su autocuidado y control de su enfermedad.
- La cronicidad en las redes sociales.

2

Gestión de la Estrategia
para la atención a pacien-
tes crónicos en la CV

Para llevar a cabo el despliegue e implantación de la Estrategia para la atención a pacientes crónicos en la CV se precisan estructuras de implementación y seguimiento, así como el desarrollo de iniciativas que avancen en el terreno del compromiso de los profesionales y en la aceptación de la población.

1. Comisión de Seguimiento de la EAPC-CV encargada de:

- a. Definir los proyectos relevantes y priorizar su abordaje
- b. Coordinar y supervisar el trabajo de los grupos de trabajo que lleven adelante los proyectos
- c. Establecer un calendario de implantación que a ser posible coincida con otros planes estratégicos de la Conselleria de Sanitat
- d. Informar al consejo de dirección de la Conselleria de la evolución de la EAPC-CV, con la periodicidad que se acuerde
- e. Evaluar su implantación

2. Comisión de departamento de atención a la cronicidad.

Para el desarrollo de la atención a la cronicidad en los departamentos es indispensable el compromiso de los equipos directivos y la puesta en marcha de una comisión departamental de implantación y seguimiento de la EAPC-CV, que estará liderada por un miembro del equipo directivo del departamento y en la que participarán los responsables o referentes profesionales de los servicios, unidades o centros que de manera más intensa estén implicados en la atención integral a la cronicidad.

3. Plan de formación.

Se diseñará junto a las sociedades científicas y con la EVES, un conjunto de actividades formativas sobre atención a la cronicidad para los profesionales.

4. Promoción de la Investigación.

La Conselleria de Sanitat a través de la Dirección General competente en materia de investigación, fomentará y priorizará las líneas de investigación sobre la cronicidad.

5. Plan de Comunicación y difusión.

La Conselleria de Sanitat elaborará un plan de difusión de la EAPC-CV para involucrar a la sociedad valenciana en la consecución de sus fines.

3

Evaluación

A partir de la estrategia de la cronicidad del SNS, se han definido y consensado una serie de indicadores de evaluación para medir su implantación e impacto recogidos en el siguiente listado, al que se han añadido otros indicadores de la Comunitat Valenciana.

- Pacientes identificados como nivel 2 y 3 de la pirámide de estratificación incluidos en un programa, del total de pacientes esperados.

- Visitas a urgencias hospitalarias por niveles de estratificación y según procedencia.

- Pacientes de los niveles 2 y 3 de la pirámide de estratificación con ingreso hospitalario urgente o no programado.

- Tasa de reingresos hospitalarios a los 30 días: totales y de los niveles 2 y 3 de la pirámide de estratificación.

- Pacientes contactados por atención primaria 48 horas post alta hospitalaria. Se puede calcular por niveles 2 y 3 de estratificación.

- Días de hospitalización acumulados por año, debidos a las mismas causas.

- Estancias hospitalarias consumidas “no planificadas o urgentes” por la misma causa (diagnóstico principal) o todas.

- Tiempo entre descompensaciones que requieren ingreso. Media o mediana de tiempo entre última alta y el próximo ingreso urgente.

- Pacientes polimedcados (por tramos: 5-9 fármacos; de 10-14 fármacos; 15 o más fármacos). Para cada nivel de complejidad.

- Pacientes con fármacos de eficacia probada.

- Gasto farmacéutico por paciente en niveles 2 y 3 de complejidad.

- Calidad de vida (CVRS) de los pacientes incluidos en programa.

- Grado de satisfacción del paciente, cuidador y profesional.

- Ingresos y estancias UHD consumidas.

- Ingresos y estancias hospitalarios en HACLE.

- Hospitalizaciones potencialmente evitables. Puede ser expresado como porcentaje de altas de hospitalización convencional y cirugía mayor ambulatoria con diagnóstico principal definido como Ambulatory Care Sensitive Conditions (ACSC) u hospitalización potencialmente evitable.

- Ingresos hospitalarios provenientes de residencias.

- Altas de UHD procedentes de residencia asistida.

- Identificación de diagnósticos sociales en pacientes identificados en el nivel 2 y 3.

- Pacientes de nivel 2 y 3 con identificación de riesgo social.

- Exitus totales.
 - Exitus en domicilio
 - Exitus en hospital de agudos
 - Exitus en HACLE
 - Exitus en residencias
- Adhesión a las guías farmacoterapéuticas (geriatria, urgencias, algoritmos y otros).
 - Pacientes con problemas relacionados con los medicamentos, con desglose por tipo de problema: alergias, interacciones, contraindicaciones, posología tóxica, posología límite, coste por tratamiento día, correlación CIE-ATC, acontecimientos adversos y duplicidades.
 - Desviación en el importe farmacéutico ambulatorio por paciente según morbilidad (FarmaIndex).

4

Proyectos relevantes
para el desarrollo de
los objetivos y líneas
estratégicas

Los proyectos relevantes que se proponen a continuación agrupan y coordinan acciones relacionadas con las líneas estratégicas, definidas en el documento y que se han de llevar a cabo por distintos ámbitos competenciales de la Conselleria de Sanitat.

Pueden referirse a uno o varios de los estratos de la pirámide de Kaiser. Algunos son transversales o de soporte y están interconectados con otras Estrategias.

OBJETIVO ESTRATEGICO 1. Orientar el Sistema sanitario hacia la cronicidad

- Edición y difusión institucional del documento marco de atención a la cronicidad de la CV.
- Alineamiento de la EAPC-CV con el resto de las estrategias y planes de la Conselleria de Sanitat y del SNS.
- Desarrollo e implantación de herramientas de estratificación de la población y de identificación de riesgo.
- Reorganización asistencial de los departamentos para la atención a la cronicidad mediante la definición de los procesos asistenciales y el diseño de circuitos de atención integrada departamentales y supra departamentales (EAP, UHD, UCE, MI, servicios de urgencias y de emergencias sanitarias, HACLE...).
- a. Para la atención integrada de pacientes y sus cuidadores del nivel 3 (gestión de casos) con la definición e incorporación de nuevos perfiles profesionales.
- b. Para la atención integrada de nivel 2 (gestión de enfermedad).
- Reorientación de los incentivos hacia la EAPC-CV con incorporación de sus indicadores en los acuerdos de gestión de directivos y profesionales.
- Elaboración de un acuerdo marco entre las Consellerias de Sanitat y Bienestar Social que garantice una coordinación efectiva y una mejor eficiencia en la utilización de recursos en la atención a la cronicidad y el despliegue de protocolos asistenciales para las personas residentes con graves problemas de salud crónicos y dependientes (deterioro cognitivo, final de vida, etc.).

OBJETIVO ESTRATEGICO 2. Desplegar un modelo de atención centrado en el paciente y su entorno

- Documentación mediante consenso de herramientas de valoración y abordaje de la atención integral para disminuir la variabilidad asistencial.
- Desarrollo de intervenciones para potenciar la autonomía del paciente y los autocuidados, mediante el portal CUÍDATE-CV, la figura del paciente experto y otras intervenciones grupales.
- Desarrollo de intervenciones de apoyo a los cuidadores de pacientes crónicos complejos.
- Implementación de la seguridad del paciente, mediante el desarrollo de programas de prescripción y utilización efectiva de medicamentos en el paciente crónico.

OBJETIVO ESTRATEGICO 3. Desplegar políticas para la promoción de la salud y prevención de la cronicidad

- Implementación de la Estrategia de Envejecimiento activo.
- Implementación de programas de promoción de salud y prevención de la enfermedad interviniendo sobre los factores de riesgo más importantes relacionados con la situación de cronicidad.
- Acuerdo con las asociaciones de pacientes y ONG, con el objetivo de establecer con ellas una alianza para la difusión, la información y el apoyo de la EAPC-CV.

OBJETIVO ESTRATEGICO 4. Potenciar la gestión del conocimiento.

- Elaboración de un plan de formación para la atención a la cronicidad que integre las iniciativas actuales.
- Implantación de recomendaciones de práctica clínica efectivas seguras y costo/efectivas sobre patologías crónicas
- Desarrollo de un portal dedicado a la comunicación entre profesionales y la difusión de buenas prácticas y benchmarking
- Definición de criterios para la priorización de la financiación de proyectos de investigación sobre cronicidad.

OBJETIVO ESTRATEGICO 5: Desarrollar los sistemas y tecnologías de la información y la comunicación.

- Integración de la información sobre los pacientes crónicos en la historia clínica y potenciar esta como herramienta facilitadora del abordaje de la atención integral (VI y PAI). y de comunicación entre profesionales y de continuidad asistencial.
- Desarrollo de las TIC,s para la atención a distancia en el domicilio y como medio de comunicación entre profesionales.

5

Cuadro resumen de la Estrategia

OBJETIVO GENERAL		
Desarrollar un modelo de atención al paciente crónico en la CV que sea capaz de proporcionar a las personas con enfermedades crónicas una atención adaptada a sus necesidades de salud, con la máxima calidad y eficiencia.		
OBJETIVOS ESTRATÉGICOS	LÍNEAS	PROYECTOS
1. Orientar el sistema sanitario hacia la cronicidad	<p>a. Liderazgo y compromiso Institucional</p> <p>b. Enfoque poblacional</p> <p>c. Reorganización de servicios para la continuidad asistencial</p> <ol style="list-style-type: none"> Potenciar atención primaria como eje vertebrador de la atención a la cronicidad Reordenar los recursos hospitalarios que atienden de manera prioritaria a la cronicidad Reorientar el papel de los HACLE a la atención a la cronicidad <p>d. Integrar políticas sanitarias y sociales</p>	<ol style="list-style-type: none"> Edición y difusión institucional del documento marco de atención a la cronicidad de la CV Alineamiento de la estrategia de atención a pacientes de la CV con el resto de estrategias y planes de la Conselleria de Sanitat y del SNS Desarrollo e implantación de herramientas de estratificación de la población y de identificación de riesgo Reorganización asistencial de los departamentos para la atención a la cronicidad mediante la definición de los procesos asistenciales y el diseño de circuitos de atención integrada departamentales y supradepartamentales (EAP, UHD, UCE, SES, HACLE...) y la incorporación de nuevos perfiles profesionales (enfermeras gestoras de casos). Reorientación de los incentivos hacia la estrategia de cronicidad con incorporación de sus indicadores en los acuerdos de gestión de directivos y profesionales Elaboración de un acuerdo -marco entre las Conselleria de Sanitat y Bienestar Social que garantice una coordinación efectiva y una mejor eficiencia en la utilización de recursos en la atención a la cronicidad y el despliegue de protocolos asistenciales para las personas residentes con graves problemas de salud crónicos y dependientes
2. Modelo de atención Integral centrado en el paciente y su entorno	<p>a. La atención a la cronicidad desde la visión Integral</p> <p>b. El paciente como eje. Fomentar los auto-cuidados</p> <p>c. Potenciar la utilización del portal CUIDATE CV</p> <p>d. Apoyo a los cuidadores</p> <p>e. Impulsar la seguridad del paciente mediante la racionalización de la polimedicación</p>	<ol style="list-style-type: none"> Documentación mediante consenso de herramientas de valoración y abordaje de la atención integral para disminuir la variabilidad asistencial Desarrollo de intervenciones para potenciar la autonomía del paciente y los autocuidados, mediante el portal cuidate CV, la figura del paciente experto y otras intervenciones grupales Desarrollo de intervenciones de apoyo a los cuidadores de pacientes crónicos complejos Implementación de la seguridad del paciente, mediante el desarrollo de programas de prescripción y utilización efectiva de medicamentos en el paciente crónico
3. Despliegue de políticas para la promoción de la salud y prevención de la cronicidad	<p>a. Desarrollar la Estrategia de sobre envejecimiento activo</p> <p>b. Hacer visible la atención de la Cronicidad en los Planes y programas de Salud</p> <p>c. Fomentar el desarrollo de programas, basados en la evidencia.</p> <p>d. Involucrar a la sociedad en la atención a la cronicidad:</p>	<ol style="list-style-type: none"> Implementación de la Estrategia de Envejecimiento activo Implementación de programas de Promoción de Salud y prevención del a enfermedad para la intervención sobre los factores de riesgo más importantes para la situación de cronicidad. Acuerdo con las asociaciones de pacientes y ONG, para establecer con ellas una alianza para la difusión, información y apoyo en el despliegue de la estrategia de atención a la cronicidad
4. Gestión del conocimiento	<p>a. Estandarización de los procesos y desarrollo de vías clínicas</p> <p>b. La formación y la comunicación entre profesionales</p> <p>c. Investigación</p>	<ol style="list-style-type: none"> Elaboración de un plan de formación para la atención a la cronicidad que integre las iniciativas actuales. Implantación de recomendaciones de práctica clínica efectivas, seguras y costo/efectivas sobre patologías crónicas Desarrollo de un portal para la comunicación entre profesionales y la exposición de buenas prácticas y benchmarking Definición de criterios para la priorización de la financiación de proyectos de investigación sobre cronicidad.
5. Sistemas y tecnologías de la información y la comunicación	<p>a. Integración/coordinación Sistema de Información corporativos</p> <p>b. Herramientas de ayuda a la decisión clínica</p> <p>c. Desarrollo de e-salud y m-salud</p>	<ol style="list-style-type: none"> Integración de la información sobre los pacientes crónicos en la historia clínica y potenciar esta como herramienta facilitadora del abordaje de la atención integral (VI y PAI), de comunicación entre profesionales y de continuidad asistencial Desarrollo de las TIC para la atención a distancia en el domicilio y como medio de comunicación entre profesionales
Evaluación		19. Definición de indicadores para la evaluación de la atención a la cronicidad

CUADRO RESUMEN DE LA ESTRATEGIA DE ATENCIÓN A CRONICOS DE LA C. VALENCIANA EN FUNCIÓN DE LA ESTRATIFICACIÓN DE LA POBLACIÓN POR NIVELES DE COMPLEJIDAD.

Nivel de Riesgo* (%)	Población o Grupos Diana	Objetivos	Acciones Principales	Agentes y Dispositivos implicados
0 (55,3 % de la población)	Población sana o con procesos agudos	Atención centrada en promoción de hábitos de vida saludable - Promoción de la salud - Prevención de enfermedades - Protección de la Salud	- Información y educación para la salud - Promoción de Salud: estilos de vida, ejercicio físico, alimentación saludable... - Prevención: cribados poblacionales, vacunación, riesgos laborales, enfermedades profesionales, seguridad vial	- Salud pública - Atención Primaria: Equipos de Atención Primaria y Unidades de Apoyo - Instituciones: Generalitat, Municipios, Sistema educativo - Asociaciones ciudadanas - Medios de Comunicación y Marketing - Los pacientes y su entorno socio-familiar - Atención Primaria: Equipos de Atención primaria, Atención Domiciliaria y Urgente - Atención especializada ambulatoria y hospitalaria (puntual) - Sociedad: Organizaciones pacientes y sociales
1 (32,4 %)	Personas con enfermedad crónica de baja complejidad	Atención centrada en los factores de riesgo, control progresión de la enfermedad y complicaciones. - Control de factores de riesgo - Participación del paciente en la gestión de su enfermedad	- Monitorización y control clínico - Atención descompensaciones - Adecuación de la prescripción farmacológica y no farmacológica y la adherencia del paciente al tratamiento. - Educación del paciente (paciente experto) para facilitar autocuidados y autocontrol.	- Atención Primaria: Centros de Salud, Atención Domiciliaria y Urgente - Pacientes y Cuidadores - Atención Especializada Ambulatoria (consultora): Consultas de especializada - Atención Hospitalaria - Urgencias hospitalarias - Hospitalización por servicios (cardiología, neumología, medicina interna,...) - UHD - Organizaciones pacientes y voluntariado
2 (10,4 %)	Personas con enfermedad/es crónica/s de complejidad moderada.	Atención centrada en la enfermedad: Gestión de la enfermedad - Atención y control de la/s enfermedad/es crónica/s - Despliegue de abordaje terapéutico experto con visión multidisciplinar - Implicación del paciente y cuidador - Continuidad asistencial	- Atención y cuidados de alta calidad basados en la evidencia: - Valoración Integral - Planificación Atención - Implementación y Coordinación - Educar al paciente y cuidador para que sean "co-terapeutas" - Eficaces: paciente y cuidador expertos. - Coordinación de los distintos agentes para alcanzar el objetivo de manera eficaz y eficiente. - Despliegue de vías asistenciales	- Atención Primaria: Equipos de Atención Primaria, Atención domiciliaria y urgente y Unidades de apoyo - Cuidadores y Pacientes - Atención Especializada Ambulatoria (consultora): Consultas de especializada - Atención Hospitalaria - Urgencias hospitalarias - Hospitalización por servicios (cardiología, neumología, medicina interna,...) - UHD - Organizaciones pacientes y voluntariado
3 (1,9%)	Personas con enfermedades crónicas con alta complejidad	Atención centrada en la persona: Gestión de casos - Atención activa, continuada e integral a los pacientes y sus cuidadores - Planificación de la asistencia por objetivos basados en necesidades del paciente y cuidadores - Desplegar medidas de prevención, la educación sanitaria y autocuidado, según las mejores prácticas disponibles. - Trabajo en Equipo Multidisciplinar - Garantizar una muerte digna	- Identificación y captación del Paciente - Valoración Integral - Planificación Atención Individualizada - Implementación y Coordinación del equipo asistencial para garantizar la continuidad - Autocuidado del paciente - Apoyo específico (formativo, asistencial, emocional) al cuidador principal: Cuidador Experto - Integración de la atención entre todos los agentes y niveles asistenciales (Circuitos Asistenciales y Vías Clínicas) - Integración de la atención Sanitaria y Social	- Atención Primaria: Equipos de Atención Primaria, Atención domiciliaria y urgente y Unidades de apoyo - Cuidadores y Pacientes - Atención Hospitalaria (servicios transversales) - Urgencias hospitalarias - Unidades Estancia Corta, M. Interna - UHD - Equipos de Cuidados Paliativos - HACLES - Organizaciones pacientes y voluntariado - Coordinación con Bienestar Social y Atención Comunitaria

* Nivel 0: Pacientes sanos o con problemas agudos: 55,3 % de la población; Niveles 1 a 3: Pacientes crónicos: 44,7 % de la población

Bibliografía

BIBLIOGRAFÍA

^I Encuesta de salud 2010 de la Comunitat Valenciana. Conselleria de Sanitat. 2012. [citado 24 diciembre 2012]. Disponible en: <http://www.san.gva.es/docs/encuesta/encuesta2010completo.pdf>

^{II} Abellán A, Esparza C, Castejón P, Pérez J. Epidemiología de la discapacidad y la dependencia de la vejez en España. *Gac Sanit.* 2011; 25(S):5-11.

^{III} Sosvilla S, Moral I. Estimación de los beneficiarios de prestaciones de dependencia en España y del gasto asociado a su atención para 2007-2045. *Gac Sanit.* 2011;25(S):66-77.

^{IV} Las personas mayores en España. Informe 2008. Tomo II. Datos por Comunidades Autónomas. [Citado 17 abril 2012]. Disponible en: <http://www.imersomayores.csic.es/estadisticas/informemayores/informe2008/index.html#T1>

^V Oliva J, Vilaplana C y Osuna R. El valor social de los cuidados informales provistos a personas mayores en situación de dependencia en España. *Gac Sanit.* 2011;25(S):108-14.

^{VI} Génova R, Álvarez E, Catalá F et al. Aproximación a la carga de enfermedad de las personas mayores en España. *Gac Sanit.* 2011;25 (Supl 2): 47-50.

^{VII} <http://www.ine.es/jaxi/menu.do;jsessionid=A9E43A488642FC7B60D3542966AFE9F7.jaxi03?type=pcaxis&path=/t15/p420&file=inebase&L=0>

^{VIII} http://www.who.int/chp/chronic_disease_report/overview_sp.pdf

^{IX} http://www.improvingchroniccare.org/index.php?p=The_Chronic_Care_Model&s=2

^X <http://www.who.int/chp/knowledge/publications/iccreport/en/>

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

^{XII} Oficina del Defensor del Pueblo: la atención sociosanitaria en España: perspectiva gerontológica y otros aspectos conexos. 2000.

^{XIII} <http://publicaciones.san.gva.es/publicaciones/documentos/V.3251-2004.pdf>

^{xiv}<http://publicaciones.san.gva.es/publicaciones/documentos/V.1275-2007.pdf>

^{xv}<http://publicaciones.san.gva.es/publicaciones/documentos/V.2686-2010.pdf>

^{xvi} <http://www.san.gva.es/web/dgas/atencion-sociosanitaria>

Anexos

ANEXO I

INSTRUMENTO DE ESTRATIFICACIÓN DE LA POBLACIÓN EN LA COMUNITAT VALENCIANA PARA LA ATENCIÓN A PACIENTES CRÓNICOS

Uno de los elementos claves en el desarrollo de las estrategias de atención a la cronicidad, lo constituye la estratificación de la población en función de su condición o condiciones crónicas y su riesgo de descompensación, con el fin de activar intervenciones que minimicen el impacto de dichas descompensaciones en la salud de los individuos.

Se han probado distintas herramientas de estratificación de la población, que ya estaban en el mercado y diseñadas para clasificar pacientes en función de distintas variables, en diferentes CCAA. Cataluña ha elaborado un instrumento de estratificación en función de la carga de morbilidad y el consumo de recursos, que mediante convenio con el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, va a estar disponible para todas las CCAA, aunque todavía no se ha completado su implementación.

Mientras tanto en la CV en los distintos proyectos de atención al paciente crónico que se han llevado a cabo se han utilizado tres instrumentos de estratificación de la población: 1) una adaptación del **Community Assessment Risk Screen** (CARS) cuyos resultados se implementaron en SIA-ABUCASIS para toda la población de la CV, se actualizaron por última vez hace dos años y se emplean fundamentalmente en el proyecto ValCRONIC; 2) el **modelo predictivo GECHRONIC** desarrollado en el Departamento de Valencia - Hospital La Fe en colaboración con el Centro Superior de Investigación en Salud Pública (CSISP) en el marco del Proyecto GECHRONIC con el que se ha estratificado la población de ese Departamento y que se actualiza quincenalmente; y 3) los **Clinical Risk Groups** (CRG), un sistema de clasificación de pacientes desarrollado y mantenido por 3M, que ha sido implementado desde la

Dirección General de Farmacia y Productos Sanitarios, y que incluye una aplicación informática (Sistema de Clasificación de Pacientes de la Comunitat Valenciana, SCP-cv) que permite visualizar el grupo CRG (incluso los más desagregados) en que está clasificado cada paciente, así como su gasto "esperado" y observado; se actualiza mensualmente.

Los sistemas de estratificación poblacional pueden tener diferentes finalidades y algunos sistemas se adaptan mejor que otros a cada finalidad en función de la medida de resultados (variable dependiente) que se ha utilizado para su construcción, las variables predictoras empleadas, el tipo de modelización, los grupos o subgrupos de pacientes empleados en su desarrollo y validación y otras características. Desde el punto de vista de la identificación de pacientes con mayor o menor riesgo de descompensación por enfermedades crónicas para la potencial aplicación de intervenciones de gestión de casos, gestión de enfermedad o similares, interesa especialmente:

- Que el sistema prediga las descompensaciones de enfermedades crónicas (o alguna variable proxy: hospitalizaciones urgentes de tipo médico, visitas a urgencias hospitalarias por descompensación...) más bien que las hospitalizaciones por todas las causas, el consumo global de recursos u otras que, aunque puedan correlacionar en mayor o menor medida, con las descompensaciones crónicas, pueden identificar un volumen importante de casos cuyo consumo se debe a causas menos relacionadas con la atención a la cronicidad.

- Que el sistema utilice ventanas temporales relativamente largas, típicamente un año, en lugar de los reingresos inmediatos (más relacionados con la estabilidad al alta que con el manejo extrahospitalario de la cronicidad).

- Que las propiedades clinimétricas del sistema (sensibilidad, especificidad, valores predictivos positivo y negativo, área bajo la curva ROC, r^2), esto es, su capacidad predictiva o explicativa, sean de moderadas a buenas.

- Que exista una validación y, en su caso, una recalibración del modelo adaptada a nuestro entorno. Por ejemplo, algunos modelos utilizan variables como la "visita a urgencias" que en los países en que se desarrollaron no tienen la frecuencia y características de gravedad de las visitas a urgencias en el contexto español, donde muchas se deben a motivos banales; en esta situación, los coeficientes de los modelos de desarrollo pueden sobrevalorar el riesgo de estas variables.

- Que el sistema sea comprensible, es decir, tenga cierta lógica clínica, validez aparente, para quienes tendrán que usarlo (el personal asistencial del sistema valenciano de salud).

- Que se pueda configurar a partir de variables disponibles en los sistemas de información corporativos de la Conselleria de Sanitat (básicamente SIP, CMBD, SIA-GAIA, URGENCIAS HOSPITALARIAS) y que mantengan sus propiedades en departamentos con diferentes características; por ejemplo, tanto los servidos por hospitales comarcales como los servidos por hospitales terciarios.

- Que el sistema pueda añadir otras variables de tipo social (pobreza, nivel educativo, vivir sólo, condiciones del entorno...) uno de los determinantes importantes en el manejo de la cronicidad o, al menos, de algunos tipos de pacientes crónicos.

- Que el sistema tenga garantías de mantenimiento en el tiempo (por ejemplo, los sistemas basados en la CIE9MC exigirán una compleja reconfiguración cuando se pase a CIE10MC), y que sus costes de implementación y de carga de trabajo sean reducidos.

Analizados los distintos instrumentos de estratificación de la población que se han usado en la CV para identificar pacientes crónicos y dado que la aplicación más extendida en nuestro territorio, que más tiempo lleva funcionando y que además nos permite comparaciones en el ámbito nacional e internacional son los CRG se decide adoptar este instrumento para la estratificación de la población.

Los CRG:

- 1) por construcción, identifican pacientes en todos los estratos de riesgo, aunque más por su coste que por ser candidatos a intervenciones de gestión de casos o gestión de enfermedad;

- 2) su potencial para identificar poblaciones de bajo riesgo es alto, y probablemente sí permite excluir los casos que no son candidatos a intervención, pudiendo excluir a porcentajes muy altos de población (50-55%);

- 3) los CRG identifican a los pacientes crónicos por estratos de gasto y, quizás, pueden definir la población global objeto de los programas de gestión de crónicos, aunque no es obvio que puedan diferenciar los candidatos a intervención;

- 4) los CRG tienen otras utilidades que por sí mismas justifican su implementación, con independencia del papel que puedan jugar en la atención a la cronicidad; de hecho los CRG son un instrumento muy relevante para la gestión en atención extra hospitalaria;

- 5) aunque los CRG tienen un coste más elevado que los otros instrumentos utilizados, dado que se plantea su implementación para otras utilidades, el coste adicional de su empleo en gestión de la cronicidad es mínimo (de hecho mejora la productividad de la inversión realizada);

6) los CRG son mantenidos y actualizados por una firma con gran experiencia en sistemas de información sanitaria, la lógica del sistema es abierta y existe una abundante literatura sobre los mismos, aunque muy centrada en la gestión del gasto farmacéutico y su potencial uso para ajustar los sistemas de financiación de base capitativa, no tanto para la gestión del riesgo de descompensación o exacerbación en las enfermedades crónicas;

7) los CRG van actualizando la información de tal manera que la proporción de pacientes en cada estrato puede variar, a medida que se enriquece la base de datos y por lo tanto actualiza la identificación de los pacientes en función del riesgo;

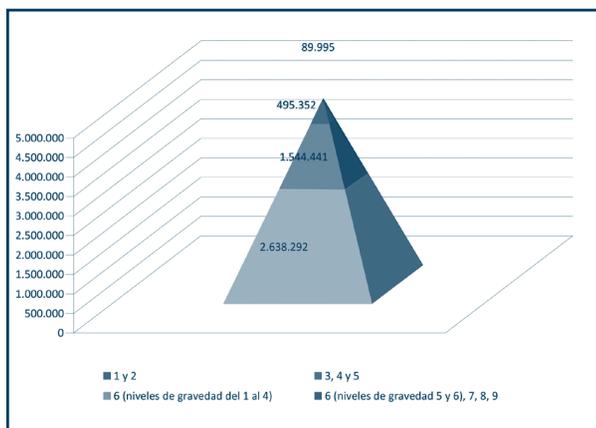
8) se ha optado por reducir los 54 grupos que se derivan de los 9 estados de salud y los 6 niveles de gravedad en que se agrupan los 1075 CRG a los cuatro niveles de complejidad de la pirámide de Kaiser.

La situación a diciembre de 2013 de la población de la Comunitat Valenciana, analizada y clasificada por los CRG y que va a ser la primera estratificación para el afrontamiento de la cronicidad es la siguiente:

Estado de Salud	Población
1. Estado de salud sano	2.409.533
2. Historia de enfermedad aguda significativa	228.759
3. Enfermedad crónica menor única	526.099
4. Enfermedad crónica menor en diferentes sistemas orgánicos	240.378
5. Enfermedad dominante o moderada crónica única	777.964
6. Enfermedad significativa crónica en dos o más sistemas orgánicos	513.022
7. Enfermedad dominante crónica en múltiples sistemas orgánicos	40.410
8. Neoplasias dominantes, metastásicas y complicadas	18.279
9. Necesidades sanitarias elevadas	13.636

Año 2013	Sin Gravedad	Gravedad						Total
		1	2	3	4	5	6	
1. Estado de salud sano	2.409.533							2.409.533
2. Historia de enfermedad aguda significativa	228.559							228.759
3. Enfermedad crónica menor única		494.936	31.163					526.099
4. Enfermedad crónica menor en múltiples sistemas orgánicos		141.815	56.325	37.876	4.362			240.378
5. Enfermedad dominante o crónica moderada única		573.517	148.862	40.792	4.487	9.888	418	777.964
6. Enfermedad significativa crónica en múltiples sistemas orgánicos		270.653	114.148	69.431	41.120	16.669	1.001	513.022
7. Enfermedad dominante crónica en tres o más sistemas orgánicos		10.068	8.696	16.206	3.735	1.354	351	40.410
8. Neoplasias dominantes, metastásicas y complicadas		2.380	6.733	6.421	2.352	393		18.279
9. Condiciones graves		2.492	5.777	2.323	2.210	621	213	13.636
Total	2.638.292	1.495.861	371.704	173.049	58.266	28.925	1.983	4.768.080

Nivel según Estrategia Cronicidad CV	Correspondencia con Estados Salud CRG	Población	Porcentaje
Nivel 0	1 y 2	2.638.292	55,33%
Nivel 1	3, 4 y 5	1.544.441	32,39%
Nivel 2	6 (niveles de gravedad del 1 al 4)	495.352	10,39%
Nivel 3	6 (niveles de gravedad 5 y 6), 7, 8, 9	89.995	1,89%
Total		4.768.080	100,00%



ANEXO II

PROCESO DE PREVENCIÓN Y ATENCIÓN DE LA CRONICIDAD

Contenido

Introducción	73
Atención a pacientes crónicos de alta complejidad y a paliativos	74
Atención a pacientes crónicos de complejidad moderada	79
Atención a pacientes crónicos de baja complejidad	83
Programas de promoción de salud y envejecimiento activo para la población general	88

INTRODUCCIÓN

El proceso de atención al paciente con patologías crónicas o con problemas crónicos de salud trata de proporcionar un cuidado integral e individualizado al paciente y a su cuidador, por parte de un equipo multidisciplinar que garantice que el tratamiento y seguimiento del paciente cumpla con los mejores criterios y estándares de calidad asistencial y que se coordinen todos los recursos socio-sanitarios y comunitarios, con la finalidad de conseguir reducir el impacto de la enfermedad, asegurar el mantenimiento o recuperación funcional y mejorar la calidad de vida. Tendrá como eje la atención primaria pero la gestión de los pacientes deberá ser compartida con la atención hospitalaria, especialmente para aquellos pacientes pluripatológicos o de mayor complejidad. Igualmente, la intervención coordinada de los sectores social y comunitario puede ser, también, necesaria en función de la situación del paciente.

Un elemento de especial importancia a lo largo de todo el proceso es la participación de pacientes y familiares en el mismo. Será necesario proporcionarles apoyo y formación para conseguir mejorar su autonomía en relación a los cuidados habituales que necesitan y contribuir así a la prevención de complicaciones.

Tal y como aporta Kaiser Permanente en su modelo de estratificación, el proceso de atención al paciente con patologías crónicas o problemas crónicos de salud, debe adecuar las intervenciones a la complejidad del paciente. Organizar la atención sanitaria basándose en el riesgo de los pacientes facilita el diseño de programas y la ordenación de recursos según la intensidad y complejidad de las intervenciones necesarias. Pueden distinguirse hasta cuatro niveles de riesgo:

Nivel 0. Población general

Nivel 1. Pacientes crónicos de baja complejidad, recién diagnosticados sin afectación de órgano, o con factores de riesgo conocidos para desarrollar enfermedades crónicas.

Nivel 2. Pacientes crónicos de complejidad moderada con afectación de órgano.

Nivel 3. Pacientes crónicos de alta complejidad, con pluripatología y afectación multiórgano, y pacientes paliativos.

Para cada uno de estos niveles de riesgo se deben desarrollar programas adecuados y personalizados que, bajo los criterios de calidad y eficiencia, garanticen la estabilidad de los pacientes, el control de los síntomas, el retraso o la paralización del progreso de la enfermedad y la mejora de su calidad de vida y supervivencia.

ATENCIÓN A PACIENTES CRÓNICOS DE ALTA COMPLEJIDAD Y A PALIATIVOS

Los pacientes crónicos de alta complejidad, con pluripatología y afectación multiórgano y los que requieren cuidados paliativos (Nivel 3), necesitan una atención individualizada, con la participación integrada e intensiva de diferentes profesionales, ya que tienen necesidades muy complejas, difícil control sintomático, descompensaciones frecuentes y, consecuentemente, alto consumo de recursos.

Este soporte asistencial para mejorar la calidad de vida de estos pacientes, prevenir descompensaciones evitables y actuar rápidamente ante ellas, debe proporcionarse a través de la coordinación entre atención primaria y hospitalaria en el marco de cada departamento, teniendo en este caso, un papel relevante la gestión personalizada de los casos a través de las enfermeras gestoras de casos, que coordinarán el recurso más adecuado para el paciente. El proceso se debe integrar en los circuitos habilitados para la utilización de los recursos sanitarios, sociales y de la comunidad. De esta forma se favorecerá una atención más integral posibilitando la atención en el entorno más adecuado a las necesidades clínicas y sociales del paciente fuera del ámbito hospitalario, favoreciendo con ello la eficiencia del sistema.

Misión

El proceso de atención al paciente de alta complejidad, con pluripatología y afectación multiórgano, tiene como misión proporcionar atención integral, integrada, racional, proactiva e individualizada a pacientes afectados de enfermedades crónicas avanzadas y en situación paliativa. Estos pacientes precisan valoración integral, un plan de atención individualizado y un control intensivo por su complejidad terapéutica y/o psicosocial, continuado en el tiempo, dirigido a garantizar, tanto a ellos como a sus cuidadores, cualquier servicio sanitario y social que necesiten, de forma, coordinada, efectiva y eficiente.

Objetivos

General

Mejorar la calidad y la eficiencia en la atención a los pacientes crónicos de alta complejidad y a pacientes paliativos.

Específicos

En referencia al apoyo a las personas que necesitan cuidados de larga duración, los objetivos pueden ser de dos tipos:

a) Orientados hacia el paciente

- Asegurar que los servicios proporcionados son adecuados para las necesidades de cada paciente. Se conseguirá proporcionando atención activa, continuada e integral a los pacientes y sus cuidadores, potenciando las medidas de prevención, la educación sanitaria y el autocuidado, según las mejores evidencias y prácticas disponibles.
- Supervisar las condiciones del paciente para garantizar la adecuación de los servicios.
- Servir como único punto de contacto que coordina la provisión de servicios que provienen de sistemas distintos y fragmentados.
- Mejorar el acceso y la continuidad de, y entre, los servicios.
- Apoyar a los cuidadores y personas de apoyo del paciente.
- Servir de enlace entre el sistema institucional (basado en instituciones) y el sistema de atención basado en la comunidad.
- Mejorar la calidad de vida, el bienestar y el control de síntomas con la detección precoz de las descompensaciones.
- Garantizar una muerte digna, si ocurre.

b) Orientados hacia el sistema

- Identificar carencias y fallos de servicios en la comunidad.
- Facilitar el desarrollo de más servicios residenciales.
- Promover la calidad y la eficiencia en la provisión de servicios.
- Mejorar la coordinación entre los proveedores de servicios.
- Prevenir institucionalizaciones inadecuadas mediante la detección de situaciones susceptibles de la gestión de casos como alternativa de la institucionalización.
- Controlar los costes mediante el seguimiento del acceso a los servicios, especialmente a los más caros, examinando su adecuación y la ausencia de alternativas más eficientes.

Definición funcional

Conjunto de actividades llevadas a cabo por los profesionales de los departamentos de salud y de los recursos supradepartamentales implicados (HACLE y unidades de referencia) que incluyen: búsqueda activa, comprobar los criterios de inclusión, informar al paciente y familiares sobre el programa, realizar valoración integral, diseñar plan individualizado de intervención de cuidados y tratamiento, implementar el plan, realizar seguimiento proactivo del caso mediante atención en consulta, domicilio, telefónica y telemonitorización en los casos necesarios, evaluación periódica y atención de la demanda urgente cuan-

do sea preciso. Debe incluir la continuidad entre niveles asistenciales sanitarios y la coordinación con los sectores social y comunitario.

La gestión de casos debe garantizar la atención más apropiada para cada usuario mediante el uso eficiente de los recursos disponibles y debe adscribir a cada paciente un “gestor de caso” que coordine la atención de los distintos profesionales de referencia en los diferentes servicios o áreas asistenciales que necesite.

Límites

- Límite inicial: inclusión del paciente en su nivel de atención por cumplimiento de criterios tras su identificación.
- Límite intermedio: traslado del paciente a otro departamento.
- Límite final: éxitus del paciente o traslado del paciente fuera de la Comunitat Valenciana.

Funciones o elementos

A pesar de las diversas formas de implementación de los servicios de gestión de casos, existe consenso profesional sobre sus funciones fundamentales, que aparecen, de una u otra manera, en los programas de gestión de casos independientemente de su aplicación práctica específica. De hecho, esta gestión de casos consiste en el desarrollo secuencial de las siguientes tareas:

- **Identificación del paciente o caso:** se requiere una definición precisa de la población diana que asegure incluir a los pacientes más adecuados y evite el uso inadecuado de los recursos.
- **Captación activa e inclusión en programa:** filtrado y toma de contacto con los potenciales pacientes, con una valoración inicial de las circunstancias de estos, para determinar su eventual elegibilidad según la definición de población diana adoptada.
- **Valoración integral:** se considera una de las tareas fundamentales del proceso. Es un método para recoger información detallada sobre la situación social de una persona y su estado físico, mental y psicológico, ampliado a aspectos éticos y espirituales en pacientes en fase final de la vida, lo que permite identificar sus necesidades y el apoyo que precisan en las principales áreas funcionales. Suele implicar el uso de instrumentos estandarizados de valoración.
- **Planificación de la atención:** es el proceso mediante el cual la información recogida durante la valoración se toma como base para identificar los problemas de naturaleza biopsicosocial del paciente, definir objetivos a alcanzar, las intervenciones a realizar y, en consecuencia, se asignan recursos y prescriben determinados servicios que configurarán el plan asistencial individualizado.

- **Implementación del plan y coordinación:** es el proceso mediante el cual se establece contacto con los servicios, tanto formales como informales, incluidos en el plan asistencial, para la prestación efectiva de la atención. Normalmente, implica negociaciones con los proveedores de los distintos servicios. Una función que algunos autores añaden, complementaria a esta, es la defensa de los intereses del paciente frente a los proveedores de servicios para obtener los servicios adecuados y frente a la organización burocrática, para que ponga en marcha los servicios necesarios. En este nivel de riesgo, la complejidad de los pacientes requiere un plan asistencial intensivo, con alta frecuentación e implicación profesional. El plan debe incluir aspectos de:

- a. Prevención: por un lado actividades individuales de prevención secundaria y terciaria para el paciente y, por otro, actividades de capacitación a cuidadores.

- b. Asistenciales: intervención inicial (revisión y ajuste de los servicios y educación y entrenamiento en el manejo de la enfermedad y en el proceso asistencial), atención programada y urgente (ambulatoria o domiciliaria en los casos necesarios), seguimiento programado y a demanda del paciente a distancia (telefónico y/o telemático), coordinación de los recursos durante toda la atención, apoyo y atención a los cuidadores, rehabilitación física, atención ambulatoria especializada e ingreso en hospital de agudos o HACLE si se requiere.

- c. Sociales y comunitarios: activación y acceso a la red de organizaciones de apoyo comunitario y atención e intervención sobre problemas sociales cuando existan.

- **Seguimiento:** es una de las tareas fundamentales de la gestión de casos, que permite al gestor responder rápidamente a los cambios en la situación del paciente y aumentar, disminuir o suprimir la prestación de los servicios según sea necesario. La frecuencia de la supervisión es variable y depende de la intensidad de las necesidades del paciente, su previsible cronicidad y el tipo de servicio que se está dispensando.

- **Re-valoración:** puede estar prefijada o responder a variaciones detectadas durante el seguimiento. En ella se revisa la situación del paciente para identificar cambios producidos desde la anterior valoración. Las re-valoraciones prefijadas sirven también para verificar los avances de los pacientes hacia las metas establecidas en el plan.

- **Implicación del profesional referente:** significa el establecimiento de una relación de apoyo del gestor de caso con sus pacientes, en función de las necesidades y los deseos de dichos pacientes y cuidadores.

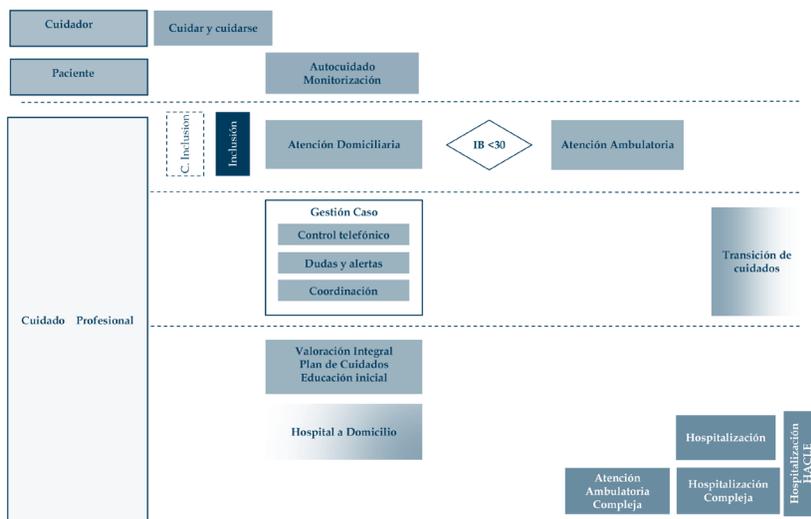
- **Autocuidado:** fundamental a lo largo del proceso, implica la participación “activa” del paciente y su cuidador en los cuidados, control de la sintomatología y detección de alertas, cumplimiento del programa de

visitas y contactos a distancia, cumplimiento de pautas preventivas y del régimen terapéutico. El efecto último será un mayor nivel de adherencia a los tratamientos y estilos de vida necesarios para controlar y prevenir la enfermedad, y un uso más eficiente de los recursos del sistema.

La introducción de tecnologías de la información “inteligentes” puede ser de gran ayuda para la reingeniería de este proceso de atención, facilitando funciones como la identificación y captación activa de pacientes y haciendo más eficientes funciones como el seguimiento y reevaluación de los casos o la participación activa en el autocuidado de pacientes cuidadores.

Mapa del Proceso

Atención a pacientes crónicos complejos y paliativos. Gestión de Casos



Indicadores de evaluación

- Porcentaje de cobertura de pacientes de Nivel 3 y cuidadores incluidos en programa
- Calidad de vida relacionada con la salud (CVRS)
- Escalas de control de síntomas
- Adherencia al Programa de Gestión de Casos
 - Valoraciones integrales de necesidades biopsicosociales, a la inclusión en el programa, por año
 - Visitas programadas en consulta y a domicilio de médico de AP por año

- Visitas programadas en consulta y a domicilio de enfermera de AP por año
- Llamadas telefónicas y visitas a domicilio programadas gestora de casos por mes
- Adherencia al tratamiento
- Grado conocimiento de enfermedad
- Asociadas de telemonitorización
- Grado de satisfacción del paciente, cuidador y profesional
- Consumo de recursos “no planificados o urgentes”
 - Visitas a urgencias en AP
 - Visitas a urgencias hospitalarias
 - Ingresos y estancias hospitalarios “no planificados o urgentes”
 - Ingresos, UHD y N° estancias y visitas de UHD
 - Ingresos hospitalarios y estancias “no planificadas” en HACLE
 - Visitas “no planificadas o urgentes” a médico y enfermera de AP
 - Contactos telefónicos “no planificados o urgentes” con gestora de casos
- Éxitos totales
 - Porcentaje de éxitos en domicilio
 - Porcentaje de éxitos en hospital de agudos
 - Porcentaje de éxitos en HACLE

ATENCIÓN A PACIENTES CRÓNICOS DE COMPLEJIDAD MODERADA

El seguimiento del paciente crónico de complejidad moderada con afectación de órgano (Nivel 2) pivotará sobre la atención primaria, pero precisará participación de los recursos de atención hospitalaria y de coordinación de los cuidados que se le prestan, definidos todos ellos en el proceso clínico asistencial y en el protocolo que lo sustente. El objetivo es mantener el mayor tiempo posible a la persona en su medio habitual con el mejor nivel de cuidados, evitar el progreso de su enfermedad y mantener su calidad de vida de manera eficiente.

En este nivel el papel de la familia y/o cuidador es muy importante como apoyo y soporte para la persona enferma y, en ocasiones, como referente y figura de enlace para los profesionales sanitarios. Por ello es importante la corresponsabilidad tanto el autocuidado del paciente como de la familia en la atención del enfermo.

Misión

La misión de este programa es gestionar la enfermedad de forma que un equipo multidisciplinar provee cuidados de alta calidad basados en la mejor evidencia científica disponibles. Implica la gestión proactiva de los cuidados, siguiendo protocolos acordados y algoritmos para la gestión de las enfermedades específicas. Se debe sustentar en buenos sistemas de información, planificación de los cuidados e historias clínicas digitales compartidas.

Objetivos

General

Mejorar la calidad y la eficiencia en la atención a los pacientes crónicos de riesgo moderado

Específicos

a) Orientados hacia el paciente

- Asegurar que los servicios proporcionados son adecuados para las necesidades específicas de cada paciente. Se conseguirá proporcionando atención activa, continuada e integral a los pacientes y sus cuidadores, potenciando las medidas de prevención, educación sanitaria y el autocuidado, según las mejores evidencias y prácticas disponibles.

- Supervisar las condiciones del paciente para garantizar la adecuación de los servicios.

- Apoyar a los cuidadores familiares o allegados del paciente.

- Mejorar la calidad de vida, bienestar y el control de síntomas con la detección precoz de las descompensaciones.

b) Orientados hacia el sistema

- Identificar carencias y fallos de servicios en la comunidad.

- Promover la calidad y la eficiencia en la provisión de servicios

- Mejorar la coordinación entre los proveedores de servicios.

- Controlar los costes mediante el control del acceso a los servicios, especialmente a los más caros, examinando su adecuación y la ausencia de alternativas más eficientes.

Definición funcional

Conjunto de actividades llevadas a cabo por los profesionales de un departamento de salud que incluyen: comprobar los criterios de inclusión, informar al paciente y familiares sobre el programa, realizar valoración integral, diseñar un plan individualizado de visitas, cuidados y tratamiento, implementar el plan, la evaluación periódica y la atención de la demanda urgente en los casos necesarios. Incluye la continuidad

entre niveles asistenciales sanitarios y la coordinación con los sectores sociales y comunitario, si se necesita.

Límites

- **Límite inicial:** Inclusión del paciente en su nivel de atención por cumplimiento de criterios tras su identificación.
- **Límite intermedio:** traslado del paciente a otro departamento
- **Límite final:** cambio de nivel de riesgo, éxitus del paciente o traslado del paciente fuera de la Comunitat Valenciana

Funciones o elementos

- **Definición del alcance:** es necesario definir claramente la esfera de acción del programa concreto, con el fin de identificar e incluir a los pacientes más adecuados. Ello requiere una identificación precisa de la población diana que asegure la adecuación de los perfiles de usuario y evite el uso inadecuado de los recursos.

- **Valoración integral:** se considera una de las tareas fundamentales del proceso de gestión de enfermedad. Es un método para recoger información detallada sobre la situación social de una persona y su estado físico, mental y psicológico, que permite identificar sus necesidades y el apoyo que precisa en las principales áreas funcionales. Suele implicar el uso de instrumentos estandarizados de valoración.

- **Planificación de la atención:** es el proceso mediante el cual la información recogida durante la valoración se toma como base para identificar los problemas de naturaleza biopsicosocial del paciente, definir objetivos a alcanzar, las intervenciones a realizar y en consecuencia se asignan recursos y prescriben determinados servicios.

- **Implementación del plan y coordinación de servicios:** es el proceso mediante el que se establece contacto con los servicios, tanto formales como informales, incluidos en el plan de atención, para la prestación efectiva de dichos servicios. El plan debe incluir los aspectos de:

- a. **Prevención:** por un lado intervenciones de prevención primaria, secundaria y terciaria individuales y/o grupales y, por otro lado, actividades de capacitación de pacientes expertos.

- b. **Asistenciales:** una intervención inicial -revisión y ajuste de los servicios y educación y entrenamiento en el manejo de la enfermedad y en el proceso asistencial-, atención programada y urgente ambulatoria, coordinación de los recursos durante toda la atención, apoyo y atención a los cuidadores, rehabilitación física y atención ambulatoria especializada en los casos necesarios.

- **Seguimiento:** es una de las tareas fundamentales de la gestión de enfermedad, que permite al profesional responder rápidamente a los

cambios en la situación del paciente y aumentar, disminuir o suprimir la prestación de los servicios según sea necesario. La frecuencia de la supervisión es variable y depende de la intensidad de las necesidades del paciente, en general como mínimo se recomienda una consulta cuatrimestral por parte del médico de AP y bimestral por parte de la enfermera de AP dada la cronicidad y el tipo de servicio que se necesita proporcionar.

- **Re-valoración:** puede estar prefijada o responder a cambios detectados durante el seguimiento. En ella se revisan la situación del paciente para identificar cambios producidos desde la anterior valoración. Las re-valoraciones prefijadas sirven también para verificar los avances de los pacientes hacia las metas establecidas en el plan.

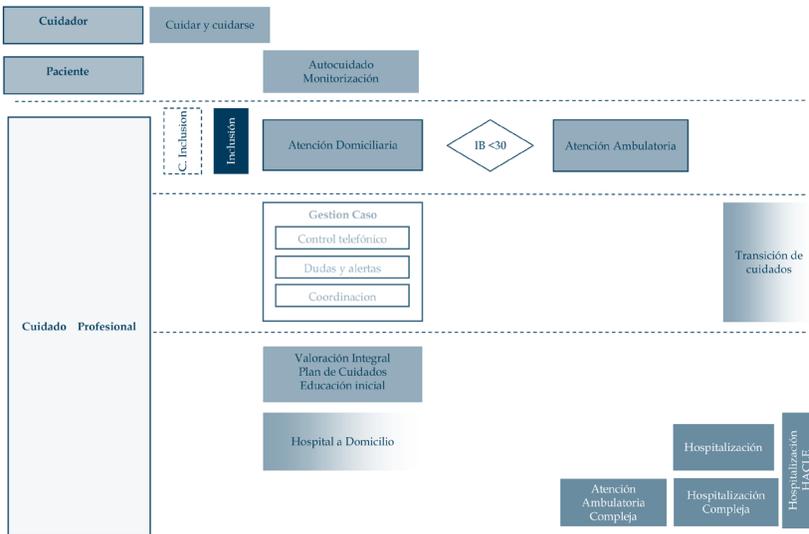
- **Implicación:** significa el establecimiento de una relación de apoyo de los profesionales sanitarios con los pacientes a los que atienden, en función de las necesidades y los deseos de dichos pacientes.

- **Autocuidado:** fundamental a lo largo del proceso, implica la participación “activa” del paciente en el control de la sintomatología y detección de alertas, cumplimiento del programa de visitas, cumplimiento de pautas preventivas y del régimen terapéutico. El efecto último será un mayor nivel de adherencia a los tratamientos y estilos de vida necesarios para controlar y prevenir la enfermedad, y un uso más eficiente de los recursos del sistema.

Las introducciones de tecnologías de la información “inteligentes” pueden ser de gran ayuda para la reingeniería de este proceso de atención, facilitando funciones como la identificación y captación activa de pacientes y haciendo más eficientes funciones como el seguimiento y reevaluación de los casos o la participación activa en el autocuidado de pacientes y cuidadores.

Mapa del proceso

Atención a pacientes crónicos de riesgo moderado. Gestión de enfermedad



Indicadores de evaluación

- Porcentaje de cobertura de pacientes de Nivel 2 incluidos en programa
- Enfermedades con proceso clínico integrado
- Calidad de vida relacionada con la salud (CVRS)
- Adherencia al Programa de gestión de enfermedad
 - Valoraciones integrales por año
 - Visitas programadas médico AP/año
 - Visitas programadas enfermera AP/año
 - Visitas programadas atención ambulatoria especializada/año
 - Adherencia al tratamiento
 - Grado de conocimiento de su enfermedad
 - Asociadas de telemonitorización*
- Grado de satisfacción del paciente y cuidador
- Frecuentación atención ambulatoria especializada
- Frecuentación atención primaria
- Consumo de recursos "no planificados o urgentes"
 - Visitas urgencias extrahospitalarias
 - Visitas urgencias hospitalarias

- Ingresos y estancias hospitalarios “no planificados o urgentes”
- Ingresos UHD estancias y visitas “no planificados”
- Visitas “no planificadas o urgentes” a médico y enfermera de AP
- Visitas “no planificadas” a enfermera AP
- Visitas “no planificadas” a atención ambulatoria especializada

ATENCIÓN A PACIENTES CRÓNICOS DE BAJA COMPLEJIDAD

Cuando se detecta un factor de riesgo conocido para desarrollar enfermedad crónica y/o se diagnostica una patología crónica en su estadio inicial (Nivel 1), el equipo de atención primaria es el responsable del seguimiento de la misma, estableciendo intervenciones para limitar su avance, prevenir su agudización o evitar la aparición de complicaciones. Los profesionales de atención primaria deben disponer de acceso a la información, a pruebas diagnósticas y a tecnologías que les permitan una alta capacidad resolutive y evitar derivaciones innecesarias al segundo nivel asistencial. Es importante la corresponsabilidad del paciente e impulsar el autocuidado como eje de este proceso.

El autocuidado es la práctica de actividades que los individuos realizan en favor de sí mismos para mantener la vida, la salud y el bienestar. Se trata de una conducta dirigida por las personas sobre sí mismas, hacia los demás o hacia el entorno, para regular los factores que afectan a su propio desarrollo y funcionamiento en beneficio de su vida, salud o bienestar. En el modelo formulado por Orem, el rol de la enfermería es “ayudar al individuo a llevar a cabo y mantener por sí mismo acciones de autocuidado para conservar la salud y la vida, recuperarse de la enfermedad y/o afrontar las consecuencias de dicha enfermedad”. Este enfoque procura la participación activa del paciente y orienta las estrategias hacia la corresponsabilidad y autogestión del cuidado, haciendo que los pacientes adquieran las competencias necesarias para liderar su autocuidado en función de su situación personal, necesidades y deseos. Asimismo promueve la figura del paciente experto.

Misión

La misión del programa de autocuidado es hacer del paciente el protagonista principal de su enfermedad, de forma que participe de manera responsable y activa en su tratamiento mediante la colaboración con profesionales sanitarios y familiares con el propósito de mejorar su conocimiento de la enfermedad crónica para que le ayude a sobrellevarla mejor, a adquirir hábitos de vida saludable y la toma las decisiones sobre su proceso desde el conocimiento. Para ello se ha de proporcionar cuidados y educación sanitaria de alta calidad basados en la mejor evidencia científica disponible de forma proactiva, siguiendo protocolos acordados

y algoritmos para la gestión de las enfermedades específicas. Se debe sustentar en buenos sistemas de información, planificación de los cuidados e historias clínicas digitales compartidas.

Objetivos

General

Potenciar la autonomía y la responsabilidad del paciente. Se trata de corresponsabilizar a los pacientes y sus familiares en el desarrollo de actuaciones que les permitan participar activamente en el mantenimiento y mejora de su salud y en el control de la enfermedad, asumiendo un mayor protagonismo en todas aquellas decisiones que conciernen a su salud y a su calidad de vida.

Específicos

a) Orientados hacia el paciente

- Asegurar que los servicios proporcionados son adecuados para las necesidades de ese paciente específico. Proporcionando atención activa, continuada e integral a los pacientes y sus cuidadores, potenciando las medidas de prevención, educación sanitaria y el autocuidado.
- Favorecer el autocuidado y la participación activa de la persona y /o cuidador en el control de su enfermedad a través de actividades educativas, actuando sobre los conocimientos, actitudes y habilidades para adecuar las conductas sobre su salud.
- Mejorar la adecuación de la prescripción farmacológica y no farmacológica y la adherencia del paciente al tratamiento.
- Conseguir la implicación de los pacientes.
- Capacitar a los pacientes para la autogestión de su enfermedad.
- Supervisar las condiciones del paciente para garantizar la adecuación de los servicios.
- Mejorar la calidad de vida, bienestar y el control de la enfermedad.

b) Orientados hacia el sistema

- Promover la calidad y la eficiencia en la provisión de servicios
- Mejorar la coordinación entre los proveedores de servicios.
- Desarrollar un sistema de atención integrado entre los distintos niveles asistenciales.
- Controlar los costes mediante el control del acceso a los servicios, especialmente a los más costosos, examinando su adecuación y la ausencia de alternativas más eficientes.

Definición funcional

Conjunto de actividades llevadas a cabo por los profesionales de un departamento de Salud que incluyen: comprobar los criterios de inclusión, informar al paciente y familiares sobre el programa, diseñar plan individualizado de visitas y educación sanitaria, implementar el plan, evaluación periódica.

Límites

- Límite inicial: inclusión del paciente en su nivel de atención por cumplimiento de criterios tras su identificación.
- Límite intermedio: traslado del paciente a otro departamento.
- Límite final: cambio de riesgo del paciente o su traslado fuera de la Comunitat Valenciana.

Funciones o elementos

- **Definición del alcance:** es necesario definir claramente la esfera de acción del programa concreto, con el fin de identificar e incluir a los pacientes más adecuados. Ello requiere una definición precisa de la población diana que asegure la adecuación de los perfiles de usuario y evite el uso inadecuado de los recursos.
- **Valoración integral:** se considera una de las actividades fundamentales. Es un proceso planificado, sistemático, continuo y deliberado de recogida e interpretación de información sobre la situación social de una persona y su estado físico, mental y psicológico. Permite determinar la situación de salud que están viviendo la persona y su respuesta a esta, facilita la identificación de sus necesidades y el apoyo que precisa en las principales áreas funcionales. Es frecuente aplicar instrumentos estandarizados de valoración. La valoración integral permite detectar los problemas reales y/o potenciales y proporciona las bases para la selección de las intervenciones para alcanzar resultados.
- **Planificación:** es el proceso mediante el cual la información recogida durante la valoración se toma como base para identificar los problemas asistenciales del paciente, definir objetivos a alcanzar, las intervenciones a realizar y en consecuencia se asignan recursos y prescriben determinados servicios. La planificación debe efectuarse contando con las características de la persona, su situación de vida y los problemas de salud. El resultado será una combinación de intervenciones y herramientas que permitan la autogestión y la responsabilización de los pacientes sobre su propio estado de salud
- **Implementación del plan y coordinación de servicios:** es el proceso por el que se establece contacto con los servicios, tanto formales

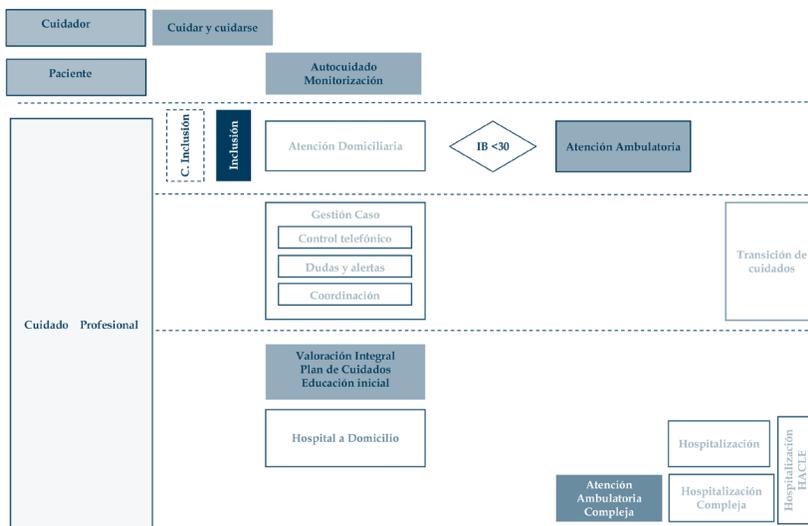
como informales, incluidos en el plan de atención, para la prestación efectiva de dichos servicios. El plan debe incluir aspectos de:

- a. **Prevención:** por un lado intervenciones de promoción de salud en la comunidad, de prevención primaria individual, prevención secundaria poblacional (cribado), prevención secundaria y terciaria grupal; y por otro actividades individuales y grupales de autocuidado, entre ellas las de capacitación de paciente experto.
 - b. **Asistenciales es:** intervención inicial de educación y entrenamiento en el manejo de la enfermedad y el proceso asistencial de atención programada y urgente ambulatoria.
- **Seguimiento:** es una de las tareas fundamentales del autocuidado, que permite al profesional detectar incumplimientos del plan trazado, cambios en la situación del paciente y en consecuencia aumentar, disminuir o suprimir la prestación de los servicios según sea necesario. La frecuencia de la supervisión es variable y depende de la intensidad de las necesidades del paciente; en general como mínimo se recomienda una visita anual por parte del médico y de la enfermera de AP en función de la cronicidad y el tipo de servicio que se necesita proporcionar.
 - **Re-valoración:** puede estar prefijada o responder a cambios detectados durante el seguimiento. En ella se revisan la situación del paciente para identificar cambios producidos desde la anterior valoración. Las re-valoraciones prefijadas sirven también para verificar los avances de los pacientes hacia las metas establecidas en el plan.
 - **Implicación:** significa el establecimiento de una relación de apoyo de los profesionales del equipo con sus pacientes, en función de las necesidades y los deseos de dichos pacientes.
 - **Autocuidado:** fundamental a lo largo del proceso implica la participación “activa” de paciente, control de la sintomatología y detección de alertas, cumplimiento del programado de visitas, cumplimiento de pautas preventivas y del régimen terapéutico. El efecto último será un mayor nivel de adherencia a los tratamientos y estilos de vida necesarios para controlar y prevenir la enfermedad, y un uso más eficiente de los recursos del sistema.

Las introducciones de tecnologías de la información “inteligentes” pueden ser de gran ayuda para la reingeniería de este proceso de atención, facilitando funciones como la identificación y captación activa de pacientes y haciendo más eficiente funciones como el seguimiento y reevaluación de los casos o la participación activa en el autocuidado de pacientes y cuidadores.

Mapa del proceso

Atención a pacientes crónicos de bajo riesgo. Autocuidado



Indicadores de evaluación

- Porcentaje de cobertura de pacientes de Nivel 1 incluidos en programa
- Enfermedades con proceso clínico integrado
- Calidad de vida relacionada con la salud (CVRS)
- Adherencia al Programa de autocuidado
 - Visitas programadas médico de AP
 - Visitas programadas enfermera de AP
 - Visitas programadas atención ambulatoria especializada
 - Adherencia al tratamiento
 - Grado de conocimiento de enfermedad
 - Asociadas de telemonitorización
- Grado de satisfacción del paciente
- Frecuentación atención especializada
- Frecuentación atención primaria
- Consumo de recursos "no planificados"
 - Visitas urgencias extrahospitalarias

- Visitas urgencias hospitalarias
- Visitas “no planificadas” medico AP
- Visitas “no planificadas” a atención ambulatoria especializada

PROGRAMAS DE PROMOCIÓN DE SALUD Y ENVEJECIMIENTO ACTIVO PARA LA POBLACIÓN GENERAL

Toda estrategia poblacional ha de contemplar no sólo las actuaciones de atención a la persona enferma sino también las orientadas a la promoción de la salud, su protección y la prevención de las enfermedades crónicas, esto es, conseguir que el tránsito hacia el envejecimiento sea lo más saludable posible, de tal forma que aúne el mayor periodo de supervivencia con la mejor calidad de vida en la población de la CV.

La promoción en la población sana del envejecimiento activo, la protección de la salud y la prevención de las enfermedades, mediante acciones dirigidas a aumentar los cuidados conducentes a proteger la salud de los ciudadanos, a controlar los determinantes de la salud y a prevenir las enfermedades crónicas, permitirán obtener el máximo grado de autonomía personal y de salud en la población.

Las actuaciones de protección, del diagnóstico precoz y control de las patologías crónicas más prevalentes, las vacunaciones y la información sobre los riesgos y efectos sobre la salud de estas acciones son fundamentales para conseguir que los ciudadanos y ciudadanas envejecan de forma saludable. Además, existe un amplio consenso acerca de la efectividad de las actividades de promoción basadas en la dieta, la actividad física, el abandono del hábito tabáquico y la mejora de las relaciones familiares y sociales para aumentar el grado de salud de las personas.

El diseño y la coordinación de estas actuaciones deben contar con la participación de atención primaria, salud pública y otras administraciones y agentes, ya que para ser efectivas deben dirigirse a todos los grupos de edad y llevarse a término en todos aquellos entornos y ámbitos favorables a la realización de intervenciones de educación para la salud (escolar, familiar, laboral, sanitario, etc...).

Las propuestas de intervenciones concretas de promoción, protección y prevención de enfermedades crónicas combinarán intervenciones tanto a nivel individual como colectivas y se enfocarán secuencialmente desde la población general, los grupos de riesgo o grupos de pacientes según sea el caso.

El resultado, un conjunto integrado de actuaciones de promoción, protección y prevención, tanto primaria como secundaria, queda en el

desarrollo de un marco de información-formación que dé cabida a los sistemas de difusión de cuidados, estilos de vida y autocuidados mediante un portal de salud (CuidateCV) y el desarrollo y dinamización de una escuela de salud a ciudadanos para la población general. Por otra parte tiene relevancia el marco que desarrolla la actual Estrategia de Envejecimiento Activo de la Comunitat Valenciana, dirigida al ámbito poblacional y a grupos diana de pacientes en función de los resultados de la estratificación. Estas actuaciones pretenden reducir de manera significativa la prevalencia de enfermedades crónicas y el deterioro de los pacientes que las padecen.

Misión

Crear un marco de referencia, dirigido a los ciudadanos, susceptibles de perder su salud o de actuar como cuidadores de sus semejantes y a los profesionales, tanto sanitarios como del ámbito social, del sector público o privado, donde facilitar la adquisición de conocimientos y habilidades para: conservar y promover el nivel individual y colectivo de salud, capacitar a cuidadores y familiares para dispensar los cuidados adecuados protegiendo su propia salud e intercambiar conocimientos y experiencias para conseguir que los ciudadanos de la CV envejezcan de la forma más saludable, segura y participativa posible y, a la vez, reducir la carga sanitaria que suponen las enfermedades crónicas.

Objetivos

a) Orientados a la población

- Incrementar los conocimientos y habilidades de la población para conservar y promover su salud, individual y colectiva.
- Aumentar la información y conocimientos de la población sobre el funcionamiento del sistema sanitario, para mejorar y facilitar la participación de la ciudadanía en el sistema de salud y mejorar la eficiencia del mismo.
- Capacitar a la población en su calidad de personas sanas o cuidadoras, para la aplicación de los cuidados adecuados con el fin de mejorar su grado de salud, evitar su enfermedad o la de las personas que cuidan y así mejorar las condiciones salud de la población.
- Disponer de fuentes de información actualizadas, efectivas y fiables, sobre cuidados para la población general, asociaciones generales o grupos de ayuda mutua.
- Y, en concreto, en el marco del envejecimiento activo:
 - Mejorar la visión social de las personas mayores.
 - Fomentar estilos de vida para envejecer de forma activa y saludable.

- Fomentar acciones en el ámbito psicosocial de las personas mayores.
- Preparar a la población laboral para el envejecimiento activo.
- Fomentar las actividades para mantener la salud de las personas mayores, reducir o frenar la discapacidad y la dependencia.
- Prevenir accidentes de tráfico en las personas mayores.
- Favorecer el uso racional del medicamento.
- Prevenir problemas de salud gerontológicos.
- Asegurar adecuadas coberturas vacunales de enfermedades transmisibles en personas mayores y cuidadores.

b) Orientados hacia el sistema

- Impulsar y reforzar los conocimientos y la capacitación de las personas y de la comunidad para promover su salud, incrementando su autonomía, los estilos de vida saludables y los autocuidados, mediante portales informativos, escuela de salud, etc.
- Impulsar iniciativas y experiencias de empoderamiento de la población para el fomento de los autocuidados y apoyo a los pacientes crónicos.
- Impulsar/apoyar programas de voluntariado que faciliten la participación de la comunidad en el proceso de apoyo a los grupos vulnerables para enfermedades crónicas.
- Incrementar la información, formación e investigación sobre el envejecimiento, su repercusión en la salud y las posibilidades de mejora.
- Mejorar los conocimientos sobre envejecimiento activo de los profesionales sanitarios y sociosanitarios.
- Posibilitar el acceso de las personas mayores a la información y formación sobre envejecimiento activo.
- Incorporar conocimientos, habilidades y actitudes sobre envejecimiento activo en personas mayores, cuidadores y voluntarios.
- Apoyar y dar soporte a la investigación sobre envejecimiento activo y los problemas de salud de la población mayor de la CV.

Definición funcional

Conjunto de actividades llevadas a cabo por los profesionales de un departamento de salud (equipos de atención primaria, técnicos de salud pública y otros) para implementar la estrategia, desarrollar las actividades de promoción de salud, informar y recomendar activamente las medidas de protección y realizar los procesos de prevención prima-

ria y secundaria pertinentes, así como realizar la evaluación periódica del plan.

Límites

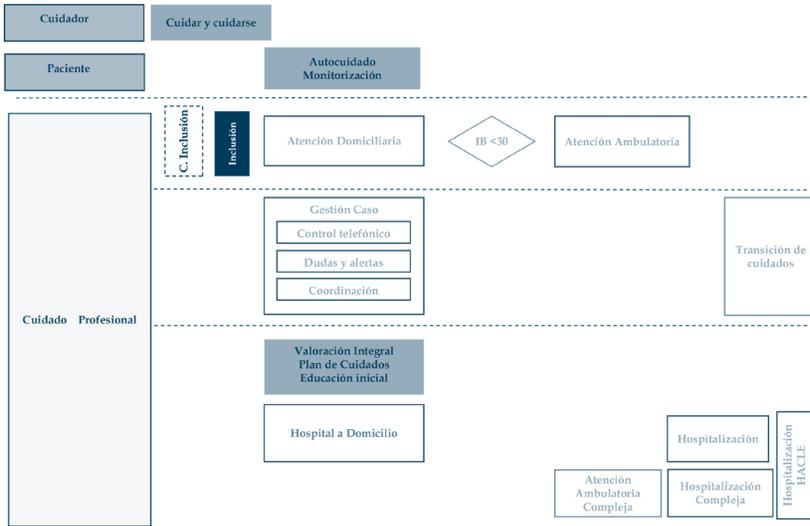
- Límite inicial: información (educación para la salud) a la población sana vulnerable.
- Límite final: diagnóstico y consideración de persona con enfermedad crónica (subproceso de autocuidado).

Funciones o elementos

- **Definición del alcance:** si bien las enfermedades crónicas afectan a todos los grupos de edad, suelen asociarse a los grupos de edad más avanzada. No obstante niños, adultos y ancianos son vulnerables a los factores de riesgo que favorecen las enfermedades no transmisibles, como las dietas desequilibradas, la inactividad física, la exposición al humo de tabaco o el abuso del alcohol.
- **Valoración integral:** determinar periódicamente en las personas adultas cribados rápidos y realizar consejo sobre determinantes basados en la evidencia, por ejemplo sobre malnutrición (DETERMINE, MNA); práctica de actividad física (GPAQ); tabaco (test Fagerstrom, test de Richmon); Alcohol (test de CAGE).
- **Planificación:** la información se revierte como identificador de determinantes sociales, físicos, psíquicos y de riesgo, se definen en su caso objetivos e intervenciones a realizar según predisposición al cambio de comportamiento (modelo Prochaska y Di Clemente)
- **Implementación del plan y coordinación de servicios:** recomendación, consejo sanitario, contacto con los servicios (escuela de pacientes o cuidadores)
- **Seguimiento:** establecimiento de protocolo de seguimiento.
- **Re-valoración:** adhesión al estilo de vida saludable, consecución de cambio.
- **Implicación:** refuerzo del consejo. Valoración de novo de la predisposición al cambio de comportamiento (modelo Prochaska y Di Clemente).

Mapa del proceso

Atención a población sana. Promoción de salud y envejecimiento activo



Indicadores de evaluación

Personas cribadas por factor de riesgo (estilos de vida).

Personas con consejo médico o sanitario.

Sesiones grupales de educación para la salud informativas-formativas.

ANEXO III

ATENCIÓN A PACIENTES CRÓNICOS DE ALTA COMPLEJIDAD Y CON NECESIDADES PALIATIVAS: GESTIÓN DE CASOS

Contenido:

I.- La gestión de casos	95
II.- Las enfermeras gestoras de casos en el marco de la estrategia para la atención a los pacientes crónicos en la CV	106
III.- Cómo implementar la gestión de casos en el SVS	114
IV.- Despliegue actual y resultados de la estrategia de gestión de casos de pacientes crónicos de alta complejidad	116

I.- LA GESTIÓN DE CASOS

CONCEPTO

La gestión de casos es la estrategia adoptada por el Sistema Valenciano de Salud (SVS) para la mejora de la atención del colectivo de pacientes crónicos de alta complejidad o que requieren cuidados paliativos, y que están situados según la estratificación en el vértice de la pirámide de la cronicidad, y sus cuidadores.

JUSTIFICACIÓN

Los pacientes crónicos de este colectivo presentan una gran fragilidad clínica y, por tanto, son los más vulnerables a la fragmentación y a la falta de coordinación de los servicios asistenciales. Buena parte de ellos son domiciliarios, puesto que tienen dificultades de acceso a los centros de atención. Paradójicamente, su atención actual es episódica, fragmentada, con un seguimiento poco organizado y frecuentemente “navegan sin control” por el sistema sanitario con graves consecuencias tanto en la calidad de la atención recibida como para la sostenibilidad del sistema, ya que son grandes consumidores de recursos y en especial de los más costosos, los hospitalarios. En nuestro medio, muchos de ellos están “ocultos”, es decir, son pacientes de alta complejidad cuya condición es desconocida por los EAP correspondientes que, por lo tanto, solo los atienden a demanda. Por otro lado, con frecuencia presentan problemas sociales asociados, que pueden requerir la intervención de los trabajadores sociales sanitarios y el acceso a recursos de los sectores social y comunitario.

Por lo tanto, se hace necesario diseñar y poner en marcha un modelo específico de atención, que dé una respuesta integral a las necesidades biopsicosociales de estos pacientes y sus cuidadores, derivadas de su complejidad, tanto clínica como de manejo en la comunidad.

POBLACIÓN DIANA

La población diana de la gestión de casos son los pacientes crónicos de alta complejidad o que requieren cuidados paliativos, y sus cuidadores. Pueden ser personas de cualquier edad, con enfermedades crónicas físicas o mentales y en fase curativa o paliativa.

Se considera “caso” al conjunto formado por **paciente, cuidador y entorno de vida**.

PERFIL TIPO DE LOS PACIENTES QUE REQUIEREN GESTIÓN DE CASOS

Una combinación de los siguientes elementos:

- **Edad**, cualquiera pero generalmente ≥ 65 años (frecuentemente ≥ 75 años)
- **Crónicos** avanzados o **Paliativos**
- **Pluripatológicos**
- **Polimedicados**
- Usuarios de **tecnología** para compensar funciones vitales
- Requieren la administración de **procedimientos complejos**
- **Dependencia** funcional, la mayoría domiciliarios
- Con frecuencia necesitan **ayudas técnicas**
- **Deterioro cognitivo**, demencia
- Fragilidad en estructura de **cuidadores**
- **Problemas sociales** añadidos
- Frecuentes **cambios de situación** clínica y/o del entorno
- Alto uso de **urgencias**
- Múltiples **ingresos** hospitalarios
- Seguimiento en **consultas externas de varias especialidades**

De acuerdo con los primeros resultados de estratificación en la CV, estas personas suponen el alrededor del 2% de la población cubierta (unas 90.000 en 2014). Un médico de familia de un EAP (promedio de 1.450 adultos en 2014) tendrá aproximadamente unos 32 de estos pacientes en su población asignada.

OBJETIVOS DE LA GESTIÓN DE CASOS

1. Mejorar la calidad de vida de estos pacientes, prevenir descompensaciones evitables y actuar rápidamente ante ellas.
2. Proporcionar una atención integral, integrada y de calidad: individualizada según sus necesidades específicas, proactiva, coordinada, permanente y a largo plazo, que incluya a sus cuidadores familiares.
3. Maximizar la resolución de sus problemas de salud en el ámbito comunitario.
4. Contribuir a la eficiencia y sostenibilidad del sistema favoreciendo en estos pacientes el uso adecuado de los recursos, especialmente los más costosos (hospitalarios).

AGENTES IMPLICADOS EN LA ATENCIÓN DE LOS PACIENTES QUE REQUIEREN GESTIÓN DE CASOS

En la atención de estos pacientes **participan recursos de los sectores sanitario, social y comunitario** (cuidadores y otros allegados, asociaciones de enfermos, voluntariado, grupos de ayuda mutua...).

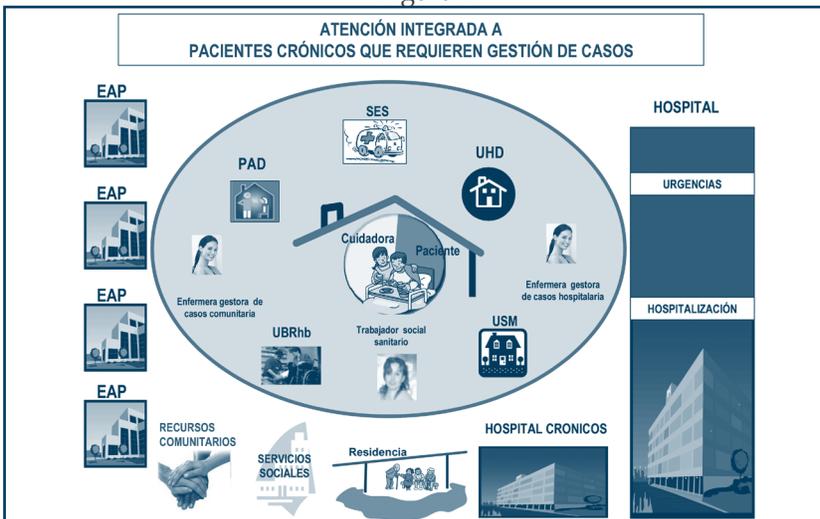
Dentro del sector sanitario, contribuyen tanto los recursos hospitalarios (de internamiento y ambulatorios) como los recursos ambulatorios (EAP, USM...). Sin embargo, dada la condición domiciliaria de estos pacientes, **los agentes domiciliarios son los más directa y profundamente implicados**.

Por lo tanto, el énfasis se centra en la **actuación integrada de los agentes domiciliarios**: EAP (médico, enfermera y trabajador social) a través del Programa de Atención Domiciliaria (PAD), UHD, EGCC, EGCH, cuidadores, SES, USM y unidades básicas de rehabilitación, y en los **flujos con el resto de recursos**.

Entre los agentes sanitarios merece destacarse a los EAP (241 equipos en 2014) y a las UHD (25 unidades en 2014) por su volumen de actividad domiciliaria y porque la potente red de HAD en nuestro entorno desempeña un papel relevante como equipo de soporte de los EAP y como garante de la resolución comunitaria de la complejidad clínica, sustituyendo al hospital (figura 1).

El modelo considera el “domicilio” como ámbito central de la provisión de servicios, tanto la vivienda habitual del paciente como la del familiar con quien convive o como una residencia asistida del sector social.

Figura 1



La figura 2 presenta la visión organizativa de la gestión de casos en el marco de la atención integrada de pacientes de alta complejidad y paliativos.

La figura 3 se presenta el modelo organizativo propuesto a nivel de microgestión para EAP, EGC y UHD.

Las figuras 4 y 5 muestran de forma esquemática el proceso de atención integrada con gestión de casos y algunas acciones destacables en este proceso.

Figura 2



Figura 3

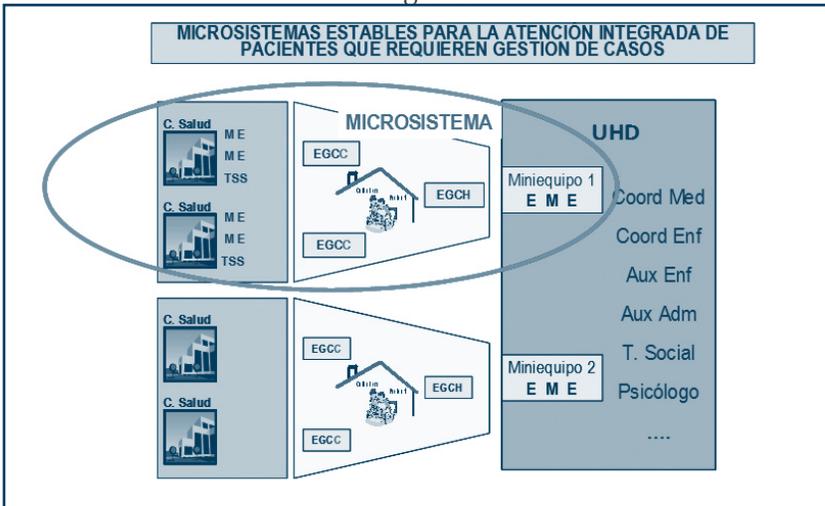


Figura 4

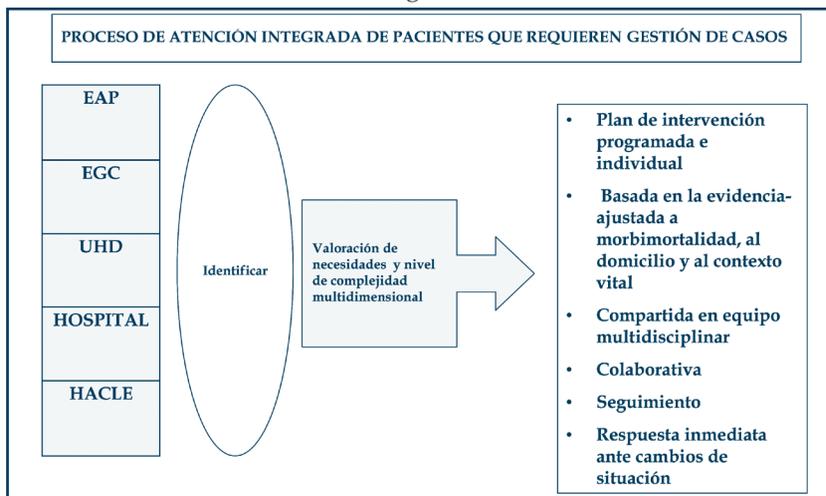


Figura 5

ACCIONES EN LA GESTIÓN DE CASOS

PACIENTE	Participar en su plan de atención
CUIDADOR	Cuidar y apoyar al paciente
EAP	Atención domiciliaria programada Apoyo y atención individual a cuidadores Prevenir y atender descompensaciones Evaluar ingreso en UHD u hospital
EGC	Búsqueda activa Valorar y resolver complejidad Atención grupal cuidadores Revisión farmacológica Enfermera referente en cuidados paliativos EAP Enlace entre ubicaciones asistenciales Coordinar recursos durante descompensación
UHD	Atención en domicilio de rango hospitalario Cuidados paliativos avanzados en domicilio
HOSPITAL	Atención hospitalaria médico quirúrgica Soporte a profesionales de UHD y Comunidad
HACLE	Rehabilitación física y funcional Hospitalización médica o paliativa

PRINCIPIOS PARA EL DESARROLLO DE LA GESTIÓN DE CASOS EN EL MARCO DE LA ESTRATEGIA PARA LA ATENCIÓN A LOS PACIENTES CRÓNICOS EN LA CV

Algunos de los principios en que se basa la Estrategia para la atención a los pacientes crónicos en la CV tienen especial relevancia en la atención de los pacientes que requieren gestión de casos.

A.-ENFOQUE POBLACIONAL

- La población a atender (comunidad autónoma, departamento, zona básica, población asignada a un médico o enfermera de atención primaria, pacientes atendidos en un hospital...), gracias al desarrollo actual de las TIC, puede ser estratificada para establecer niveles de intervención en función del riesgo. Una vez identificados electrónicamente y nominalmente los pacientes, con su nivel de complejidad o riesgo asignado y el conocimiento preciso de quiénes son sus profesionales referentes, se pueden iniciar aquellas intervenciones específicas avaladas por la literatura científica con contenidos e intensidad adaptados a sus necesidades individuales y, en especial, la atención personalizada de los pacientes que requieren gestión de casos.

- En la atención de los pacientes crónicos de alta complejidad y paliativos, el enfoque poblacional también:

- Implica superar los esquemas tradicionales de “curación” de “episodios” cuando “aparecen” los pacientes, y pasar a buscar pacientes para que no aparezcan episodios, o sean menos graves o menos frecuentes.

- Contiene una visión de sistema global: lograr buenos resultados en una población atañe a todos los recursos implicados en un departamento y no a uno solo.

B.- REORIENTACIÓN DE LA CULTURA ASISTENCIAL

- *Paciente crónico de alta complejidad o paliativo y su cuidador como centro de la atención*

- *Proactividad*

Dado el actual funcionamiento reactivo del sistema, se necesita un cambio en la cultura asistencial poniendo el énfasis en una actitud proactiva mediante:

- *La búsqueda activa* de los pacientes que requieren gestión de casos, por medios electrónicos o manuales.

- *La iniciativa de los profesionales* en el proceso de atención, especialmente en la programación de contactos y actividades, y realización efectiva del seguimiento.

- *La actitud preventiva*, en el sentido de anticipar y resolver problemas antes de que se produzca una descompensación o empeoramiento de la salud o del bienestar.
- Atención integral e integrada
 - *Integral*: abordaje biopsicosocial.
 - *Integrada*: actuación coordinada de los múltiples recursos sanitarios implicados y también de los sectores social y comunitario.
- *Máxima resolución de problemas en el ámbito comunitario*

Buena parte de los problemas de este colectivo pueden ser resueltos satisfactoriamente en el ámbito comunitario. Para ello es necesaria la contribución organizada de todos los agentes pero, en especial, es fundamental el aumento significativo de la **atención domiciliaria** a cargo de los **EAP**, el incremento de la **función de soporte de las UHD** y el desarrollo de la **atención compartida entre EAP y HAD**, estimulada y coordinada por las **enfermeras gestoras de casos comunitarias y hospitalarias**.

C.- REORIENTACIÓN DE LA PRÁCTICA ASISTENCIAL

- *Máxima personalización en la atención: valoración integral y plan de intervenciones individualizadas*

Dadas las necesidades biopsicosociales de difícil abordaje y cambiantes en el tiempo y la pluripatología que caracterizan a estos casos, las decisiones a adoptar y la atención requerida no se ajustan a los protocolos estándares de atención ni a los planes de cuidados para cada patología. Por lo tanto, será necesario individualizar al máximo la valoración integral y el plan de intervención para cada caso particular, ajustado a las preferencias del paciente y su familia.

- *Seguimiento permanente y a largo plazo*

Los casos complejos requieren un contacto regular y a largo plazo con el sistema de salud que garantice una **atención proactiva, programada, permanente y preventiva**. Una vez identificados y bajo control ya no pueden salir del “radar” de vigilancia del sistema. Este seguimiento debe caracterizarse por la **proximidad** al paciente, es decir, por un conocimiento profundo y directo del caso por parte de los profesionales implicados.

El objetivo es lograr el mayor control de los pacientes en sus domicilios, que les permita periodos de **estabilidad** más largos, reducir las descompensaciones, mejorar el control sintomático y la calidad de vida y, como consecuencia, disminuir la utilización de recursos derivada de los periodos de empeoramiento.

- *Respuesta rápida ante cambios de situación*

La condición y/o el entorno de estos pacientes sufre frecuentes cambios de estado por causas diversas: reagudizaciones o complicaciones de la patología crónica, cambios en el estado mental, aparición de nuevos síntomas de difícil control, deterioro funcional grave, caídas, hospitalizaciones, enfermedad del cuidador, muerte de cónyuge o pareja, claudicación familiar, cambios de domicilio... El modelo requiere **sistemas de detección sensibles y respuestas rápidas y coordinadas** ante cualquier cambio de situación.

- *Continuidad informativa y asistencial* en las *transiciones* entre ubicaciones asistenciales, es especialmente relevante para estos pacientes.

- *Desarrollo de nuevas formas de atención:*

- Atención a distancia: **telefónica y telemática**

- Atención **grupal**

D.- REDISEÑO DEL SISTEMA ASISTENCIAL PARA LA GESTIÓN DE CASOS

- *Oferta de un nuevo perfil de enfermería: las enfermeras gestoras de casos*

Incorporación de un nuevo perfil con funciones de enfermera gestora de casos. Según la evaluación realizada (pilotaje 2007-2010 y posterior seguimiento), las enfermeras gestoras de casos logran una alta captación de los pacientes de **alta complejidad** y paliativos, les realizan una **valoración integral, movilizan**, aglutinan y unifican la respuesta de los diferentes agentes implicados en la atención, garantizan el seguimiento, detectan **cambios de situación, controlan los flujos** entre niveles y se ocupan de los **cuidadores**.

E.- COLABORACIÓN CON LOS AGENTES COMUNITARIOS

- *Cuidador como nuevo "cliente" del sistema sanitario*

En ausencia de cuidadores capacitados y dispuestos habrá grandes dificultades para desarrollar la atención domiciliaria que requiere la mayoría de estos pacientes.

La atención integrada de pacientes que requieren gestión de casos considera al cuidador desde una doble óptica a contemplar por los profesionales:

- Como recurso colaborador en los cuidados del paciente, de la que se derivan intervenciones de información, formación y apoyo social y comunitario.

- Como paciente secundario, lo que implica intervenciones de carácter preventivo y/o asistencial sobre su salud.

- **Organizaciones comunitarias como “aliadas” del sistema sanitario**

Organizaciones del ámbito comunitario: asociaciones de enfermos y familiares (de cáncer, de Alzheimer, de salud mental...), ONG (Cruz Roja, Cáritas...), voluntariado (asociaciones de vecinos, amas de casa...), entre otras.

F.- APOYOS PARA LA TOMA DE DECISIONES CLÍNICAS

- **Normalización de la práctica clínica** sobre modelos basados en la evidencia científica y que puedan incorporarse posteriormente a la historia clínica electrónica.

- **Formación**

- **Investigación**

G.- DESARROLLO DE LOS SISTEMAS Y TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LA COMUNICACIÓN (TIC) PARA LA CRONICIDAD

La utilización de las TIC es un elemento crítico para varias funcionalidades requeridas por la gestión de casos:

- Estratificación poblacional e identificación electrónica y nominal de pacientes.

- Historia clínica electrónica que incorpore marcas automáticas de paciente crónico, su complejidad y su riesgo social, sistemas de ayuda a las decisiones clínicas, gestión por programas, programación de actividades de seguimiento según protocolos...

- Continuidad informativa entre aplicaciones corporativas (SIA-ABUCASIS, ORION, HIS...) que permitan compartir la información entre profesionales sobre un mismo paciente.

- Seguimiento a distancia de pacientes.

- Sistema de indicadores de base poblacional (cupos, zona básica...) con retroalimentación periódica a los profesionales sobre el desempeño de su práctica clínica.

II.- LAS ENFERMERAS GESTORAS DE CASOS EN EL MARCO DE LA ESTRATEGIA PARA LA ATENCIÓN A LOS PACIENTES CRÓNICOS EN LA CV

Como se ha mencionado, la enfermera gestora de casos constituye un nuevo perfil de enfermería ofertado en el marco de la estrategia para la atención a los pacientes crónicos en el SVS.

En el ámbito de la atención a la cronicidad y la dependencia existe cierta confusión en torno al concepto de “gestión de casos” y sobre quiénes pueden ser los “gestores de casos”; en un extremo, la calificación de “gestor de casos” se aplica a un equipo en lugar de a una persona, y en el otro, se considera como tal a cualquier profesional que actúa como referente de un paciente crónico o realiza únicamente una parte del seguimiento programado, por ejemplo, el telefónico.

Existen diferentes modelos y experiencias nacionales e internacionales en intervenciones de gestión de casos lideradas por enfermería cuyas respectivas evaluaciones aportan evidencia sobre sus resultados en salud, calidad de vida y sostenibilidad (ver bibliografía).

En el contexto español, el estudio quasi-experimental ENMAD (Morales-Asencio JM, 2008), sobre **la efectividad** de un modelo de **gestión de casos liderado por enfermería** en atención domiciliaria en el Servicio Andaluz de Salud (comparado con la intervención habitual), concluye que mejora significativamente la autonomía para la realización de las actividades de la vida diaria, la activación de proveedores de servicios (trabajo social, fisioterapia y rehabilitación), el manejo del régimen terapéutico, la carga de la persona cuidadora y la frecuentación del centro de salud por parte de las personas cuidadoras; por otra parte, no muestra efecto sobre la frecuencia de urgencias e ingresos hospitalarios entre los grupos de intervención y control.

En la CV, entre 2007 y 2010 se pilotó un modelo de enfermeras gestoras de casos adaptadas a la realidad del SVS, con resultados satisfactorios entre los que se observó una reducción del 77% de las urgencias y del 70% de los ingresos hospitalarios en los pacientes puestos bajo control de las EGC, en relación a los 12 meses anteriores. Estos resultados pueden atribuirse a la atención específica, personalizada y próxima, organizada y controlada por las EGC y a la fuerte presencia de las UHD en el SVS (a diferencia de otros modelos) que maximizan la resolución de problemas en domicilio evitando la utilización de los hospitales.

Sobre estas bases, en el **marco de la Estrategia de atención a pacientes crónicos en la CV**, recogiendo los aspectos positivos de los modelos analizados e incorporando nuevos para elaborar un modelo adaptado a la realidad del SVS, este nuevo perfil de servicios enfermeros se caracteriza por:

1.- Ser una intervención dirigida a **pacientes crónicos de alta complejidad y paliativos** (incluyendo a sus **cuidadores**), caracterizados por presentar necesidades múltiples y de difícil abordaje relacionadas con:

- Su complejidad clínica
 - Su complejidad de manejo en la comunidad (polimedicación, tecnología, dependencia funcional y cognitiva, barreras arquitectónicas, ausencia o limitaciones de los cuidadores, aislamiento, problemas sociales...)
 - Su elevado riesgo de urgencias e ingresos hospitalarios
- 2.- Llevada a cabo por **enfermeras expertas con formación específica**.
- 3.- Que asumen un **conjunto diferenciado de actividades**:
- **Búsqueda activa, cribado, valoración biopsicosocial** de necesidades y elaboración de un **plan de intervención personalizado**.
 - **Puesta en marcha** del plan de intervención, **obtener y coordinar** la provisión de todos los servicios y prestaciones requeridos en los sectores sanitario, comunitario y social.
 - Organizar su **seguimiento** así como realizar su **reevaluación** periódica.
 - Atender y apoyar a los **cuidadores**.
 - Coordinación de **respuestas rápidas** ante cambios de situación (descompensación clínica, sobrecarga de cuidadores...).
 - Coordinar las transiciones entre niveles u organizaciones asistenciales (**enlaces**).

5.- Con el objetivo de proporcionar una atención de calidad caracterizada por ser **integral, integrada, individualizada, proactiva, coordinada, permanente y a largo plazo**.

6.- Intervención desarrollada, no de forma aislada, sino **en el marco de un modelo de atención integrada**, y ejercida **en cualquier ámbito y recurso**: domiciliario, ambulatorio (EAP, USM...) y hospitalario (hospital de agudos, UHD, HACLE)

PERFIL PROFESIONAL DE LAS ENFERMERAS GESTORAS DE CASOS

A partir del análisis de modelos ya operativos tanto nacionales como internacionales y de la experiencia del pilotaje en nuestra Comunidad, se ha elaborado un perfil profesional adaptado a la realidad del SVS, y que presenta las siguientes características:

- Se reconoce a la **enfermera** como el perfil profesional más adecuado para ejercer como gestor de casos.

- Se considera que el conjunto de funciones, actividades y tareas que configuran la gestión de casos (Figura 6) tienen especificidad y volumen suficiente como para ser desarrolladas por enfermeras con una formación específica, que denominamos **enfermeras gestoras de casos**.

- El **perfil profesional es único**, con funciones similares aunque adaptadas a cada contexto, pero según su ámbito de actuación cambia su denominación:

- **Enfermera Gestora de Casos Comunitaria (EGCC)**, que desarrolla sus funciones en el ámbito comunitario.

- **Enfermera Gestora de Casos Hospitalaria (EGCH)**, que desarrolla sus funciones en el ámbito hospitalario (que en nuestro entorno incluye tanto el hospital convencional de agudos y de crónicos como el hospital a domicilio).

- **Incorporada a un modelo de atención integrada de pacientes crónicos de alta complejidad.**

- Las enfermeras gestoras **son un elemento más en el modelo de atención integrada** de pacientes crónicos de alta complejidad y paliativos. **EGCC y EGCH no son figuras aisladas** sino que, conceptual y operativamente, forman parte de un modelo integrado. Precisamente una de sus contribuciones esenciales es aglutinar, unificar la contribución de todos los agentes implicados garantizando una atención personalizada, integral, coordinada y permanente, agilizando las respuestas ante cambios de situación y organizando, en su caso, las transiciones de pacientes entre ubicaciones asistenciales.

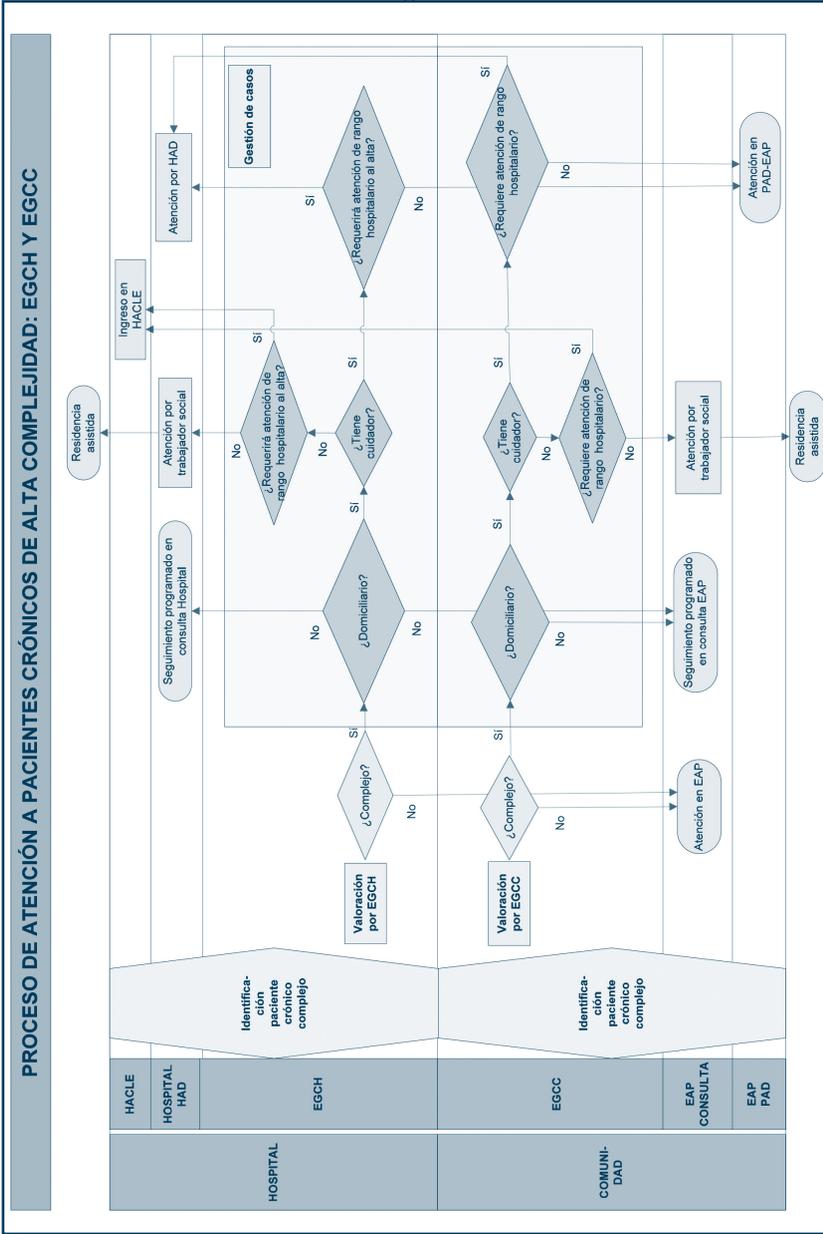
- Participan en los correspondientes procesos asistenciales integrados (Figura 7).

- **EGCC y EGCH funcionan como un equipo de soporte departamental para la gestión de casos** de pacientes crónicos complejos y paliativos. Dependen de la **dirección de enfermería** del departamento.

- **Las EGCC tienen un ámbito de actuación de uno o varios EAP** del departamento en función del volumen de casos a atender y la dispersión geográfica. Igualmente un EAP puede requerir 2 EGCC.

- **La EGCC, según el Plan integral de cuidados paliativos de la CV, es la enfermera referente en cuidados paliativos en el EAP.**

Figura 7



- Por sus sinergias profesionales, **las EGCH trabajan estrechamente asociadas a la UHD** del departamento, lo que implica cercanía física y funcional.

- En función de la disponibilidad de recursos humanos, enfermeras debidamente formadas podrán combinar funciones de atención directa y de gestión de casos.

- Para desempeñar funciones de gestión de casos, las enfermeras requieren una **formación específica**, consistente en 100 horas teóricas y un mes de rotatorio (Figura 8)

Figura 8

FORMACIÓN DE LAS ENFERMERAS GESTORAS DE CASOS	
<ul style="list-style-type: none"> - Curso formación inicial - 100 h - EVES - Rotatorio con el resto del equipo de atención integrada (1 mes de prácticas) - Formación continua - Sesiones casos clínicos (videoconferencia) 	<ul style="list-style-type: none"> Instrumentos - Búsqueda activa (electrónica o manual) - Valoración de complejidad (índice de complejidad y NECPAL, en validación) - Valoración multidimensional y Plan de atención individualizada - Seguimiento telefónico - Manual de funciones - Guía atención a cuidadores - Habilidades para la coordinación y el trabajo en equipo - Revisión farmacológica crónicos polimedicados (REFAR) - Cuidados de enfermería en complejidad clínica - Cuidados paliativos - Atención a cuidadores - Valoración de sobrecarga y necesidades de salud - Intervención individual y grupal

MODELO DE TRABAJO DESARROLLADO POR LAS ENFERMERAS CON PERFIL DE ENFERMERAS GESTORAS DE CASOS

1. Centrado en el “caso” de alta complejidad

- Se centra en el abordaje integral del “caso”, es decir, en el conjunto formado por paciente, cuidador y entorno de vida, añadiendo valor a las prácticas únicamente enfocadas a la resolución de la patología.

- Asume que la complejidad global del caso tiene dos componentes, clínico y comunitario, y que, para maximizar la capacidad de resolución de problemas en el entorno de vida del paciente, hay que abordar simultáneamente ambos componentes.

2. Modelo colaborativo, complementario y no sustitutivo

- Su modelo de trabajo es colaborativo, desarrollando **una intervención intensiva y temporal, en colaboración con los equipos referentes** (médico, enfermera, trabajadora social...) del paciente, los cuales son los responsables en todo momento de la atención para cubrir las necesidades asistenciales. Las enfermeras gestoras de casos colaboran con los profesionales referentes del paciente, con los que trabajan en equipo aportando el valor añadido de sus funciones y pueden realizar atención directa cuando lo requiera la propia colaboración, en particular en la fase intensiva de intervención.

- Los servicios prestados por las EGC y por las enfermeras referentes del paciente son **genuinamente complementarios**, ya que la gestión de casos requiere ser activada sólo en aquellos pacientes que presentan alta complejidad y necesitan un amplio abanico de servicios, coordinación entre profesionales sanitarios y colaboración con los sectores social y comunitario. Es importante señalar que, por lo tanto, las EGC **no sustituyen a otros profesionales**.

3. Modelo de intervención en la comunidad

- Dada la complejidad clínica y de carácter permanente de estos pacientes, una vez iniciada la intervención las EGCC ya no se desligan del caso, simplemente varían la intensidad de sus actividades en función de la situación.

- La intervención se organiza en **fases**:

- Fase intensiva

- Tras la captación inicial o tras un cambio de situación relevante, **la intervención de la EGCC es intensiva y temporal** hasta resolver o encauzar el abordaje de la complejidad del caso.

- Fase de soporte:

- Tras la fase anterior, los profesionales referentes asumen o recuperan la primera línea de atención y las EGCC pasan a ejercer una

función de soporte, según acuerdos internos, **aunque sin desvincularse del caso.**

- **Las EGCC volverán a intervenir** si se requieren revaloraciones periódicas, ante cambios de situación relevantes o a demanda de los profesionales referentes.

4. Modelo de intervención en el ámbito hospitalario

En el entorno hospitalario, la intervención de las EGCH tiene ciertas particularidades:

- Va enfocada a la **planificación del alta y al enlace** con el destino asistencial.
- Está **acotada en el tiempo** y ha de ejecutarse en cuestión de días.
- Se inician intervenciones que posteriormente serán continuadas en el entorno comunitario por las EGCC.
- No realizan la atención directa sobre pacientes.
- Hacen seguimiento intrahospitalario de pacientes a solicitud de las EGCC.
- El seguimiento tras el alta es exclusivamente **a distancia (teléfono u otros).**

III.- CÓMO IMPLEMENTAR LA GESTIÓN DE CASOS EN EL SVS

Algunos elementos a considerar para la implementación de la gestión de casos en el SVS:

A.- ABORDAJE MULTIFACTORIAL, SIMULTÁNEO Y SELECTIVO

- En la atención del colectivo de pacientes crónicos de alta complejidad *no existen soluciones unifactoriales*: en entornos asistenciales no integrados, la implementación aislada de intervenciones o agentes (ej. monitorización telemática a domicilio o incorporación de enfermeras gestoras de casos o potenciación de las UHD) no conseguirá cambios radicales y mantenidos.
- *Es necesario intervenir simultáneamente y de forma sistemática sobre múltiples elementos de cambio* para obtener mejoras significativas en la calidad de la atención y en su efectividad y eficiencia: *sistemas de información* (estratificación poblacional, adaptación de la historia clínica electrónica para el trabajo por programas, continuidad entre sistemas de información corporativos), crecimiento del programa de *atención domiciliaria de los EAP*, incorporación de *enfermeras gestoras de casos*, reforzar la intervención de *los trabajadores sociales sanitarios*, potenciación de la *función de soporte de las UHD*, incorporación de nuevas modalidades de servicio (*atención grupal* y *atención telefónica o a distancia*), elaboración de indicadores integradores, instrumentos de incentivación alineados...
- *Enfoque selectivo o de pilotaje en la implementación de cambios organizativos*: dada la relevancia de los cambios a introducir, conviene **seleccionar algunos puntos de la organización** más favorables o con mayores probabilidades de éxito para implantar en profundidad en ellos el máximo de cambios posibles, hacer un **seguimiento intensivo** que permita los **ajustes necesarios** hasta lograr un funcionamiento razonable y, solo posteriormente, proceder a un **despliegue progresivo** en la organización.

B.- ADAPTADA A CADA DEPARTAMENTO

- Las peculiaridades de cada departamento obligan a adaptar el modelo general a sus características y a asumir que, respetando el núcleo esencial de funciones, la organización será similar pero no idéntica: el desarrollo de agentes domiciliarios es heterogéneo (por ejemplo, hay un departamento sin UHD y otro con dos), los ratios de recursos humanos son diferentes entre departamentos...
- Lejos de consideración negativa, la diversidad enriquece el modelo y favorece una estrategia de abajo a arriba (bottom-up) lo que

permitirá a medio plazo una consolidación más robusta y enraizada en cada departamento y la emulación de buenas prácticas entre ellos. Por lo tanto, las soluciones o innovaciones locales son bien acogidas.

C.- EN CUANTO AL IMPACTO DE LA INCORPORACIÓN DE LAS EGC

- *El mayor o menor impacto de la incorporación de las EGC dependerá del nivel de desarrollo de los agentes domiciliarios.*

- Según el pilotaje, inicialmente, la presencia de enfermeras gestoras de casos en un departamento es por sí misma capaz de **dinamizar el PAD de los EAP y facilitar la atención compartida entre el EAP y la UHD.**

- Sin embargo, la potencialidad real del modelo dependerá del desarrollo suficiente y equilibrado de los agentes domiciliarios y del resto de recursos sanitarios, sociales y comunitarios necesarios: en última instancia, sin éstos, poco o nada tendrá para coordinar, integrar o enlazar una enfermera gestora. Por lo tanto, el despliegue de las enfermeras gestoras de casos debe ir acompañado del desarrollo en paralelo de agentes y recursos, tanto estructural como funcional, para que su impacto sea significativo.

- *El despliegue de las EGC ha de ser flexible*

- La gestión de casos es conceptualmente simple, pero difícil de implementar. Es un trabajo duro, difícil de hacerlo bien y se subestima a menudo su complejidad.

- Su despliegue es considerado como un proceso flexible ya que **hay muchas variables que van a condicionar los resultados de su implantación**, las cuales van a exigir a las enfermeras gestoras un ejercicio permanente de formación y de adaptación a las peculiaridades de los profesionales referentes, de los equipos, de cada departamento. **Todo ello requiere tiempo, apoyo directivo y supervisión intensiva y cuidadosa del proceso.**

- La extensión será forzosamente progresiva, apoyada en la formación previa de los profesionales y basada en la **disponibilidad adicional de recursos humanos en los departamentos o en la reorganización funcional interna de los profesionales ya existentes** dentro de los recursos implicados.

IV. DESPLIEGUE ACTUAL Y RESULTADOS DE LA GESTIÓN DE CASOS EN LA ATENCIÓN INTEGRADA DE PACIENTES CRÓNICOS DE ALTA COMPLEJIDAD

En diciembre de 2013, la población cubierta alcanzaba a 773.345 personas (15% de la CV) en 14 departamentos, con implicación de 32 EGCC, 16 EGCH, 14 UHD y 34 EAP.

Según las previsiones para 2014, la población cubierta alcanzará a 1.305.599 personas (25% de la CV) en 15 departamentos, con implicación de 56 EGCC, 19 EGCH, 15 UHD y 57 EAP.

Globalmente, en el pilotaje (2007-2010) se observó una reducción del 77% de urgencias y del 70% de ingresos hospitalarios en los pacientes puestos bajo control de las EGC, en relación a los 12 meses anteriores.

GESTIÓN DE CASOS EN EL AMBITO HOSPITALARIO en 2013

ENFERMERAS GESTORAS DE CASOS HOSPITALARIAS¹

ENLACE DE ENTRADA DE PACIENTES DESDE LA COMUNIDAD A HOSPITAL O UHD

- Se han gestionado un total de **4.330 ingresos programados** de pacientes, desde la comunidad a hospital o UHD. De ellos, 2.212 (51%) han tenido como destino una **UHD**, lo que ha supuesto el 13% de los ingresos totales en estas UHD.

- Entre los ingresos gestionados, **1.467** eran de pacientes que requerían **cuidados paliativos**. De ellos 1.114 (76%) han ingresado en **UHD**, representando el 16% de los ingresos paliativos atendidos en estas UHD.

ENLACE DE SALIDA DE PACIENTES DESDE EL HOSPITAL O UHD HACIA CUALQUIER DESTINO

Cobertura de gestión de casos sobre los pacientes hospitalizados crónicos de alta complejidad y paliativos

- De los pacientes ingresados en el hospital que requerirían gestión de casos, se estima² que con las 8.412 altas gestionadas se ha alcanzado un 22% de cobertura; 20% sobre los **pacientes crónicos de alta complejidad** (5.751 altas) y de 29% sobre los **paliativos** (2.761 altas).

¹ Datos correspondientes a 13 EGCH en 13 hospitales

² Para este indicador se ha estimado que, de las altas hospitalarias, el 5% corresponden a pacientes paliativos y el 15% a pacientes crónicos de alta complejidad

Enlaces totales [desde hospital + UHD] a la comunidad

- De los pacientes **ingresados** en hospital o HAD, las EGCH han gestionado un total de **8.412** altas. De ellos 3.170 (**38%**) han tenido como **origen** la **UHD**. 3.802 de los pacientes (**45%**) han tenido como destino un **centro de salud con EGCC**. Otros destinos han sido: **32%** un **centro de salud sin EGCC**; **18%** **UHD**; **3%** **U.S. Mental**; **2%** **HACLE** y **1%** **residencia asistida**.

- Se han gestionado, de los pacientes **paliativos ingresados** en el hospital o en HAD, **2.761** salidas, de las que 1.396 (**51%**) han tenido como **origen la UHD** y 1.145 (**41%**) han tenido como **destino un centro de salud con EGCC**.

Enlaces entre el hospital y la UHD

- **1.320** ingresos de pacientes **intrahospitalarios** (677 no paliativos + 643 paliativos) han sido identificados por las EGCH y **derivados a las UHD**. Estos han supuesto, entre los pacientes atendidos en estas UHD, el **9%** de los ingresos paliativos y el **8%** de los ingresos totales.

Enlaces entre la UHD y la comunidad

- De pacientes ingresados en HAD, se han gestionado **3.170** enlaces de **alta hacia la comunidad**. Entre ellos, 1.774 eran pacientes no paliativos (**56%**) y 1.396 **paliativos (44%)**. Estos han supuesto el **20%** de las altas paliativas y el **19%** de las altas totales de estas UHD.

PACIENTES EN SEGUIMIENTO TELEFÓNICO PROGRAMADO

- Se han incluido **1.290** pacientes, de ellos **645 paliativos (50%)**.

GESTIÓN DE CASOS EN EL AMBITO DE LA COMUNIDAD en 2013

ENFERMERAS GESTORAS DE CASOS COMUNITARIAS ³

CAPTACIÓN DE PACIENTES

- Captación: Se han identificado **5.721 nuevos** pacientes, de los que **4.912 eran nuevos pacientes domiciliarios**; entre estos, 1.073 eran paliativos.

- Origen: El **57%** de nuevos pacientes domiciliarios **procedía de EAP** y el **43%** de [UHD+Hospital+HACLE] De los 1.073 nuevos pacientes paliativos domiciliarios, **56%** tuvo su origen en los EAP.

- Pacientes ocultos: el % de pacientes ocultos⁴ entre los enlaces procedentes de [UHD+Hospital+HACLE] ha pasado de **50%** en 2012 al **54%** en 2013.

³ Datos correspondientes a 29 EGCC

⁴ Pacientes procedentes de [UHD+Hospital+HACLE] que eran “nuevos pacientes domiciliarios” ya que su condición era desconocida previamente por los EAP correspondientes, es decir, estaban “ocultos”.

PACIENTES EN PROGRAMA DE GESTIÓN DE CASOS (PGC)

- **PGC inclusión: 3.415 pacientes** (domiciliarios y ambulantes) han sido incluidos en gestión de casos a lo largo de 2013, es decir, **todos los paliativos identificados (1.150) y 2.265 no paliativos**.
- **Programa REFAR: 851** pacientes crónicos complejos domiciliarios polimedicados incluidos.
- **PGC no paliativos:** la cobertura alcanzada ha pasado del **47%** en 2012 al **61%** en 2013⁵.
- **PGC paliativos:** la **cobertura** alcanzada ha pasado del **41%** en 2012 al **47%** en 2013.
- PGC paliativos: **pacientes ocultos** ha pasado de **69%** en 2012 al **55%** en 2013.
- PGC paliativos: el **fallecimiento en domicilio** ha pasado del **70%** en 2012 al **67%** en 2013 (en el conjunto de la CV, **38%** en 2010).

CUIDADORES EN PROGRAMA DE INTERVENCIÓN

- Se han identificado **874** nuevos **cuidadores familiares** diana y **723** de ellos se han incluido en un **plan de intervención**.
- Se han iniciado **17 talleres** con la participación de **228 cuidadores**.

EQUIPOS DE ATENCIÓN PRIMARIA⁶

PACIENTES EN PROGRAMA DE ATENCIÓN DOMICILIARIA (PAD)

- **PAD (no paliativos): 2.306 “nuevos” pacientes** incluidos en PAD por las EGCC en 2013
- **PAD (no paliativos): la cobertura** de los EAP ha pasado del **42%** en 2012 al **49%** en 2013⁷.

UNIDADES DE HOSPITAL A DOMICILIO⁸

PACIENTES EN HAD

- **HAD Paliativos: 5.123** pacientes paliativos atendidos en HAD.
- **HAD No Paliativos: 5.304** pacientes no paliativos atendidos en HAD.

⁵ El número estimado de pacientes paliativos equivale al 2,1% de la población ≥ 65 años

⁶ Datos correspondientes a 29 EAP

⁷ El número estimado de pacientes domiciliarios (no paliativos) equivale al 12% de la población ≥ 65 años

⁸ Datos correspondientes a 13 UHD donde el modelo de gestión de casos estaba implantándose en 2013

Bibliografía de interés

Artiles J, Duarte G. Enfermería Comunitaria de Enlace en el Servicio Canario de Salud. Evaluación de una propuesta organizativa para la mejora de la Atención Domiciliaria. Universidad de Las Palmas de Gran Canaria; 2002.

Bengoa R. Curar y cuidar. En: Bengoa R, Nuño R editores. Curar y cuidar. Innovación en la gestión de enfermedades crónicas: una guía práctica para avanzar. Barcelona: Elsevier Masson; 2008.

Boyd CM, Boulton C, Shadmi E, Leff B, Brager R, Dunbar L, Wolff JL, Wegener S. Guided Care for Multimorbid Older Adults. *Gerontologist*. 2007;47(5):697-704.

Department of Health UK. Supporting people with long-term conditions: liberating the talents of nurses who care for people with long-term conditions. 2005 [citado 10 junio 2010]. Disponible en:

http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH_4102469.

Department of Health UK. Supporting people with long-term conditions. An NHS and Social Care Model to support local innovation and integration. 2005 [citado 2 julio 2010]. Disponible en:

http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH_4100252.

Department of Health UK. Caring for people with long term conditions: an education framework for community matrons and case managers. 2006.

Duarte G, Izquierdo MD, Pérez G, Artiles J, Aguirre A, Cueto M. La enfermera comunitaria de enlace: una propuesta de mejora de la atención domiciliaria. *Boletín Enfermería Comunitaria*. 2002;8(2):27-28.

Duarte G, Izquierdo MD. La Enfermera Comunitaria de Enlace: una propuesta para la mejora de la atención domiciliaria. Servicio Canario de Salud, 2000.

Gallud J, Soler J, Cuevas D. New nursing roles for the integrated management of complex chronic and palliative care patients in the region of Valencia. *Int J Integr Care*. 2012;12:1-6.

Kane R, Keckhafer G, Robst J. Evaluation of the Evercare Demonstration Program. Final Report. Division of Health Service Research and Policy. School of Public Health. University of Minnesota; 2002.

Low et al. A systematic review of different models of home and community care services for older persons. *BMC Health Serv Res*. 2011;11:93.

Morales-Asencio JM, Gonzalo-Jiménez E, Martín-Santos FJ, Morilla-Herrera JC, Celdrá n-Mañas M, Millán Carrasco A et al. Effectiveness of a nurse-led case management home care model in Primary Health Care. A quasiexperimental, controlled, multi-centre study. *BMC Health Serv Res.* 2008;8:193-198.

Pérez RM, López SR, Lacida M, Rodríguez S. La Enfermera Comunitaria de Enlace en el Servicio Andaluz de Salud. *Enfermería Comunitaria.* 2005;1(1):43-48.

Roland M, Boaden R, Dusheiko M, Gravelle H, Parker S, Pickard S, Sheaff R, Sargent P. Evercare evaluation interim report: implications for supporting people with long-term conditions. Manchester: National Primary Care Research and Development Centre; 2005.

SAS. Manual de procedimientos enfermeras comunitarias de enlace, 2003. [citado 27 julio 2006]. Disponible en http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/library/plantillas/externa.asp?pag=/servicioandaluzdesalud/contenidos/./contenidos/gestioncalidad/Manual_PECE.pdf].

SAS. Manual de la gestión de casos en Andalucía: enfermeras gestoras de casos en el hospital. Servicio Andaluz de Salud. Junta de Andalucía; 2006.

SAS. Manual de la gestión de casos en Andalucía: enfermeras gestoras de casos en atención primaria. Servicio Andaluz de Salud. Junta de Andalucía; 2007.

Singh D. Which staff improve care for people with long-term conditions? A rapid review of the literature. Birmingham: University of Birmingham HSMC Editor. NHS Modernisation Agency; 2005.

Singh D. Transforming chronic care. Evidence about improving care for people with long-term conditions. Birmingham: University of Birmingham HSMC Editor. NHS Institute for Innovation and Improvement; 2005.

Singh D, Ham C. Improving care for people with long-term conditions. A review of UK and international frameworks. 2006. Disponible en: <http://www.birmingham.ac.uk/Documents/college-social-sciences/social-policy/HSMC/research/long-term-conditions.pdf>.

Tomcavage J, Littlewood D, Salek D, Sciandra J. Advancing the Role of Nursing in the Medical Home Model. *Nursing Administration Quarterly.* 2012;36(3):194-202.

Abreviaturas

AP: Atención primaria
AVAD: Años de vida ajustados por discapacidad
CCAA: Comunidades autónomas
CV: Comunitat Valenciana
CVRS: Calidad de vida relacionada con la salud
CRG: Clinical Risks Groups
EAP: Equipo de atención primaria
EAPC-CV: Estrategia para la atención a pacientes crónicos en la Comunitat Valenciana
EES: Encuesta Europea de Salud
EGC: enfermera gestora de casos
EGCC: enfermera gestora de casos comunitaria
EGCH: enfermera gestora de casos hospitalaria
ENS: Encuesta Nacional de Salud
ESCV: Encuesta de Salud Comunitat Valenciana
EVES: Escuela Valenciana de Estudios de Salud
HAD: Hospital a domicilio
HACLE: Hospital de atención a crónicos y larga estancia
IMSERSO: Instituto de Mayores y Servicios Sociales
MI: Medicina interna
ONG: organizaciones no gubernamentales
PAI: Plan de atención integral
PALET: Programa de atención al paciente anciano, paciente con enfermedad crónica de larga evolución y paciente terminal
PMAD: Plan de Mejora de la Atención Domiciliaria
RHB: Rehabilitación

SIA-ABUCASIS: Sistema de información ambulatoria + módulo de prescripción farmacéutica+ gestión de agendas de consulta ambulatoria

SCP-cv: Sistema Clasificación de Pacientes Comunitat Valenciana

SES: Servicio de emergencias sanitarias

SNS: Sistema Nacional de Salud

SVS: Sistema Valenciano de Salud

TIC: Tecnologías de la información y la comunicación

UCA: Unidad de conductas adictivas

UCE: Unidad de corta estancia

UHD: Unidad de hospital a domicilio

USM: Unidad de salud mental

VI: Valoración Integral

REVISORES DE LA ESTRATEGIA PARA LA ATENCIÓN A PACIENTES CRÓNICOS DE LA COMUNITAT VALENCIANA 2014

SOCIEDADES CIENTIFICAS

Societat Valenciana de Medicina Familiar i Comunitaria. SVMFiC
Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria. SEMERGEN- C V
Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia. SEMG C Valenciana

Sociedad Valenciana de Medicina Paliativa. SVMP

Sociedad de Medicina Interna de la Comunidad Valenciana. SMICV

Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria. SES-PAS

Sociedad Valenciana de Geriátría y Gerontología. SVGG

Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias. SEMES-CV

Sociedad Española de Hospitalización a Domicilio. SEHAD-CV

Sociedad Española de Médicos de Residencias. SEMER-CV

Sociedad Valenciana de Farmacia Hospitalaria. SVFH

Sociedad Valenciana de Farmacéuticos de Atención Primaria. SVFAP

Sociedad Española de Farmacia Comunitaria. SEFAC-CV

Instituto Médico Valenciano. IMV

Asociación de Enfermería Comunitaria. AEC

Asociación Española de Trabajo Social y Salud. ATSS-CV

ASOCIACIONES DE PACIENTES

Comité Español de representantes de Personas con Discapacidad. CERMI-CV

INSTITUCIONES

Col.legi Oficial de Fisioterapeutes de la Comunitat Valenciana

Instituto de Investigación en Políticas de Bienestar Social Polibienestar. Universitat de València

CONSELLERIA DE SANITAT

Dirección General de Ordenación, Evaluación Investigación, calidad y Atención al Paciente

Dirección General de Farmacia y Productos Sanitarios

Dirección General de Salud Pública

Subdirección General de Actividad Asistencial. Servicio de Salud Mental

Subdirección General de Conciertos y Tecnología Sanitaria

PROFESIONALES

José Redón. Jefe de Servicio de Medicina Interna del Hospital Clínico Universitario de Valencia

Juan José Soler. Jefe de Servicio de Neumología del Hospital Arnau de Vilanova de Valencia

José Manuel Ruiz. Coordinador del Plan de diabetes de la CV

Pere Llorens. Jefe de Sección de Urgencias del Hospital General Universitario de Alicante

Vicente Gimeno. Coordinador de la UHD del Hospital Clínico Universitario de Valencia

Sèrie PE (Programes Especials)

nº 27



GENERALITAT VALENCIANA
CONSELLERIA DE SANITAT