



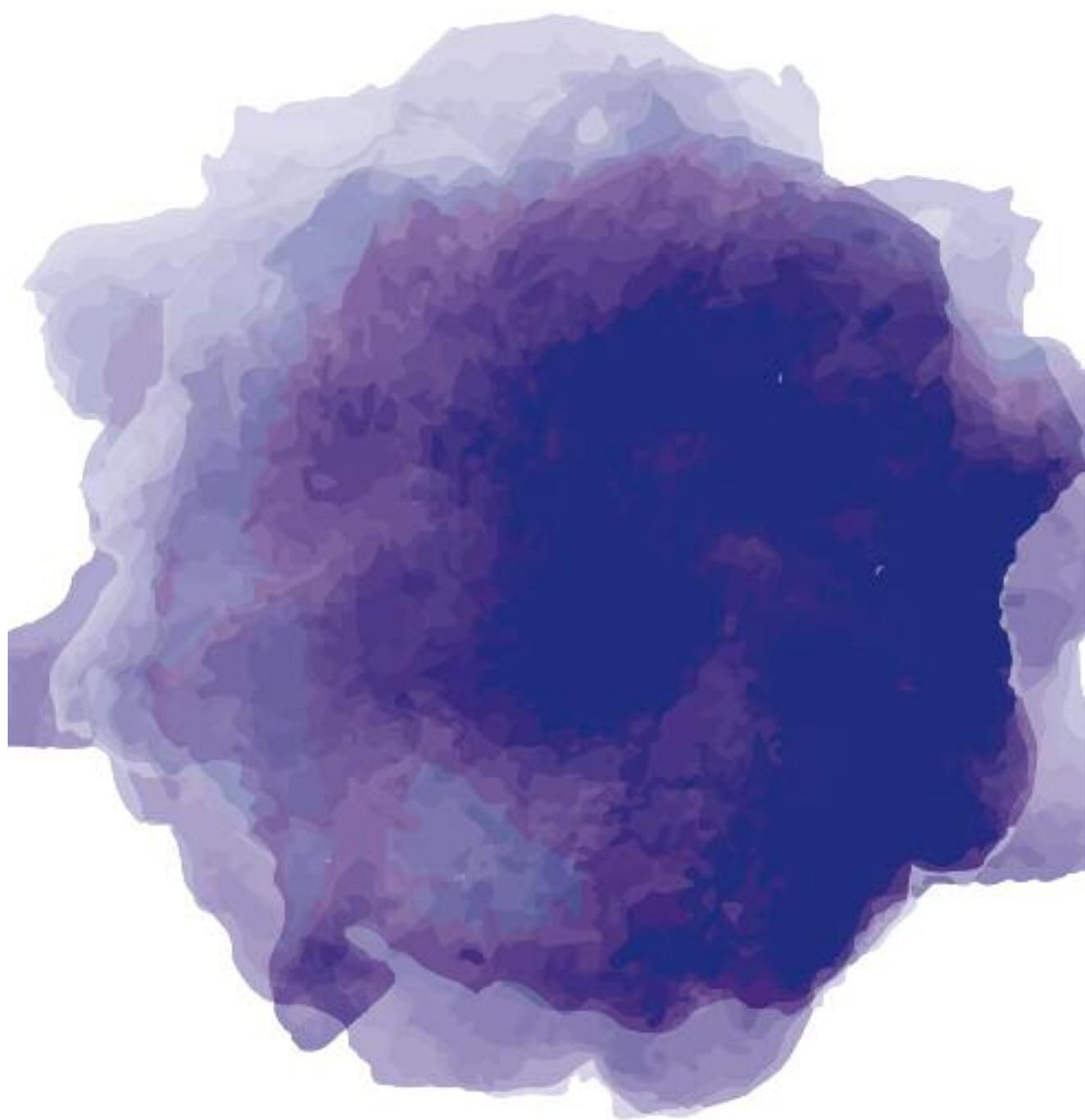
**PLAN DE ATENCIÓN
A LAS PERSONAS CON
ENFERMEDADES CRÓNICAS
2016-2021**
El reto del sistema sanitario





**PLAN DE ATENCIÓN
A LAS PERSONAS CON
ENFERMEDADES CRÓNICAS
2016-2021**

El reto del sistema sanitario



INTRODUCCIÓN AL PLAN DE CRONICIDAD

Cuando en julio de 2015, el equipo, que tengo el honor de presidir, llegó a la Consejería de Salud entendió enseguida que era muy necesario hacer un diagnóstico preciso de la situación del sistema sanitario y tomar medidas inmediatas para garantizar la continuidad de la atención universal, gratuita y excelente que han hecho que España sea objeto de envidia de muchos países avanzados de nuestro entorno.

Así, sabemos que la pirámide de población de las Islas Baleares ha cambiado en los últimos años y que, en parte, gracias a los avances científicos, las personas viven más tiempo y con enfermedades crónicas que no hace mucho causaban la muerte.

Para nosotros, parecía claro que ni los tipos de recursos de que disponíamos –sobre todo dirigidos a tratar enfermedades en fase aguda-, ni los procedimientos que usábamos –en ocasiones, demasiado agresivos- eran los más apropiados para atender a estas personas de la manera adecuada.

Pero los gestores necesitamos mucho más que sensaciones e impresiones para trabajar. Necesitamos evidencia. Por ello, los redactores de este Plan de Atención a las Personas con Enfermedades Crónicas (2016-2021) han llevado a cabo un trabajo ingente de análisis de la situación demográfica, de los modelos de referencia de otros países y de las necesidades reales de la población balear.

Fruto de esta labor encomiable, esencialmente participativa, ha sido el diseño de un plan ambicioso que recoge todo un conjunto de objetivos y de acciones dirigidos a mejorar la atención a personas con enfermedades crónicas en el horizonte 2021; un documento con voluntad de ofrecer soluciones efectivas y duraderas y que, sobre todo, tengan presente a la persona desde un punto de vista holístico, es decir, que permitan atender sus necesidades físicas, pero también las psicológicas y espirituales.

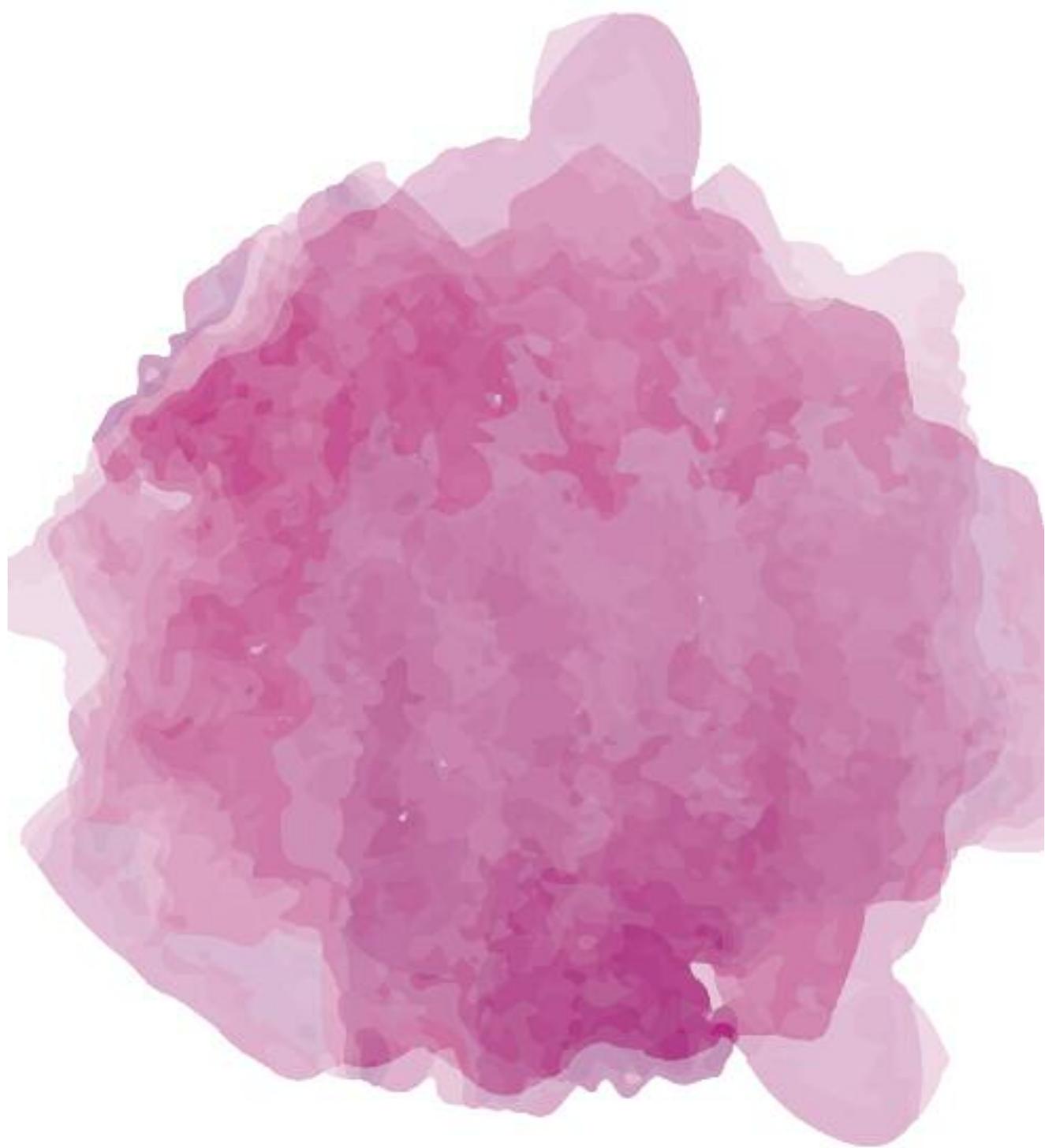
Pensamos que más que de enfermedades se debería hablar siempre de personas con enfermedades, ya que, como dijo el desgraciadamente desaparecido neurólogo y escritor Oliver Sacks: “Al examinar la enfermedad, ganamos sabiduría sobre la anatomía, la fisiología y la biología; pero al examinar a la persona con enfermedad, ganamos sabiduría sobre la vida”.

Finalmente, quiero expresar mi agradecimiento profundo a todos los profesionales que se han implicado en la elaboración de este Plan, con el que estoy convencida de que mejoraremos la atención que ofrecemos a los usuarios del sistema de salud de las Islas Baleares.



Patricia Gómez Picard

Consellera de Salut del Govern de les Illes Balears



INTRODUCCIÓN

Nuestro sistema sanitario está pensado para dar respuesta a las necesidades de salud de la población sobre todo en las fases agudas de la enfermedad. No obstante, el incremento de la esperanza de vida y con ello la posibilidad de desarrollar enfermedades crónicas nos introducen nuevas necesidades a las que debemos dar respuesta. Con esta idea, la Conselleria de Salut se planteó entre sus objetivos estratégicos, impulsar un plan de actuación basado en la necesidad de mejorar la atención de las personas que padecen enfermedades crónicas. Para ello, encargó al Servei de Salut desarrollar este plan que trata de recoger las actuaciones más importantes a desarrollar en los próximos años.



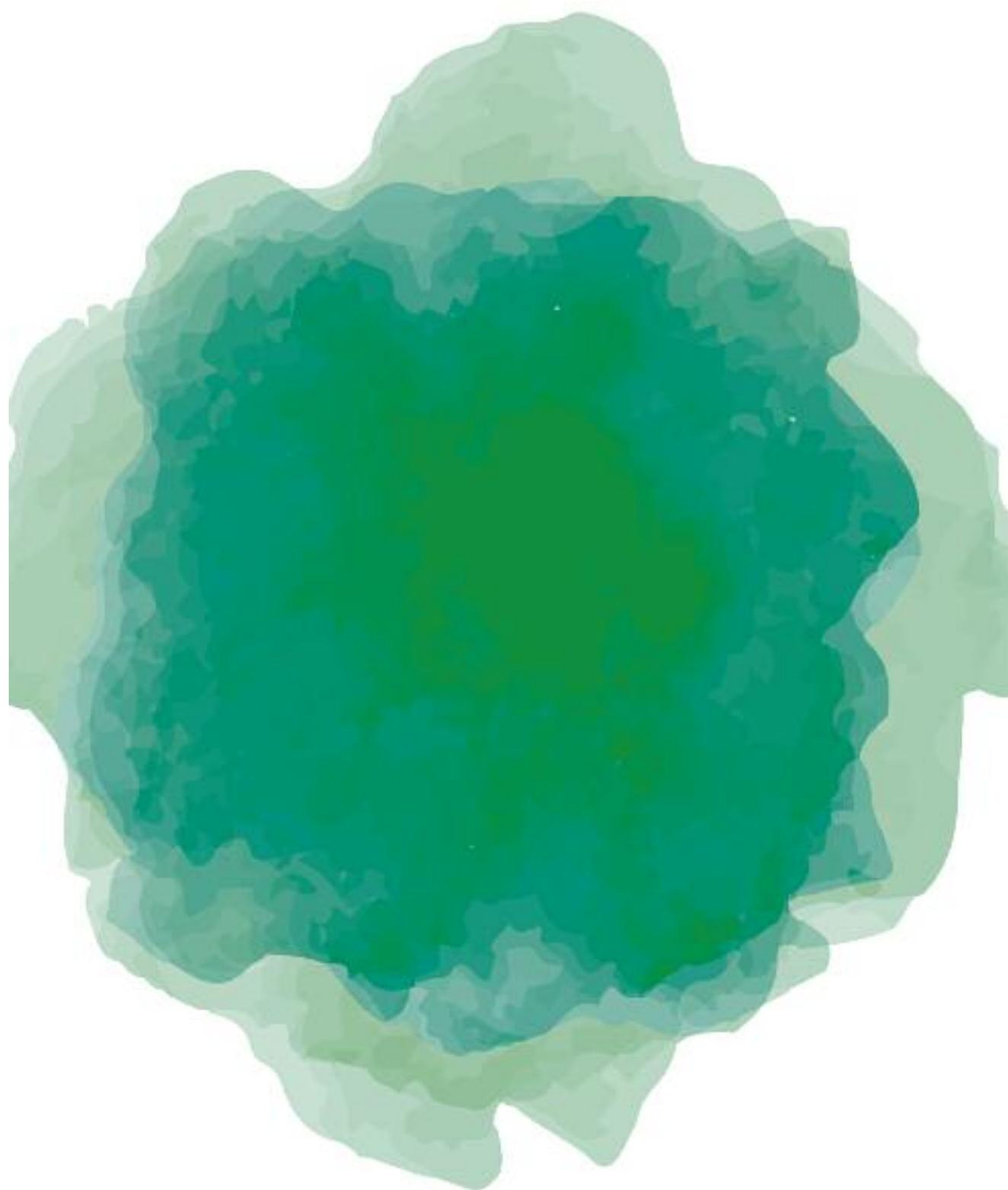
El desafío es importante dado que afecta a todos los niveles asistenciales y alguna de las acciones que deben llevarse a cabo implica una manera diferente de actuar sobre lo que conocemos actualmente, un auténtico cambio de modelo, en el que cobra especial relevancia la necesidad de dejar de atender enfermedades para pasar a atender enfermos, teniendo muy en cuenta además de la enfermedad, las diferentes necesidades: de empatía, afectivas, sociales... Y todo ello con un enfoque preventivo indispensable y un necesario empoderamiento de la población para conseguir un acto de responsabilidad en la gestión de sus enfermedades.

Creemos que orientar el sistema a dar respuesta a estas necesidades nos va a permitir ser más eficientes en la gestión de nuestros recursos. No debemos olvidar que vivimos momentos en los que se cuestiona la sostenibilidad en el tiempo de nuestro Sistema Nacional de Salud, y que venimos de una época de recortes de la que desconocemos todavía cuales van a ser sus consecuencias a medio y largo plazo. Por ello, trabajar para conseguir unos sistemas sanitarios de mayor calidad, garantizando al mismo tiempo su solvencia, es una obligación de todos los que trabajamos en salud.

El plan que presentamos será un instrumento dinámico de largo recorrido que representará un cambio importante en la manera de actuar frente a las enfermedades crónicas.

Juli Fuster Culebres

Director General del Servei de Salut de les Illes Balears



AUTORES

Angélica Miguélez Chamorro

Subdirectora de Atención a la Cronicidad, Coordinación Sociosanitaria, Salud Mental y Enfermedades poco Frecuentes. Servicio de Salud

Juli Fuster Culebras

Director General del Servicio de Salud

Patricia Gómez Picard

Consejera de Salud

Francisco Miguel Albertí Homar

Coordinador de Atención a la Cronicidad y Atención Sociosanitaria. Servicio de Salud

Atanasio García Pineda

Director de Asistencia Sanitaria del Servicio de Salud

Rosa Duro Robles

Subdirectora de Atención Primaria y Atención a las Urgencias Extrahospitalarias. Servicio de Salud

Eugenia Carandell Jäguer

Coordinadora del Gabinete Técnico. Servicio de Salud

Manuel Palomino Chacón

Secretario General del Servicio de Salud

Gabriel Moragues Sbert

Médico de Familia. Centro Coordinador de Atención a la Cronicidad del Servicio de Salud

Estefania Serratusell Sabater

Enfermera. Centro Coordinador de Atención a la Cronicidad del Servicio de Salud

Pilar Fuster Obrador

Trabajadora Social. Centro Coordinador de Atención a la Cronicidad del Servicio de Salud

Óscar Ezinmo Barrera

Técnico de Sistemas de Información. Servicio de Salud

REVISORES

Josefina Olivares Alcolea

Médico Especialista en Endocrinología, Nutrición y Metabolismo. Hospital Son Llatzer.

Antònia Salvà Fiol

Subdirectora de Tecnología y Sistemas de Información. Servicio de Salud

Benito Prósper Gutiérrez

Director General de Planificación, Evaluación y Farmacia de la Consejería de Salud

Andreu Sierra Galbarro

Subdirector de Infraestructuras. Servicio de Salud

Carlos Villafáfila Gomila

Subdirector de Cuidados Asistenciales y Atención al Usuario. Servicio de Salud

Francisco Cárceles Guardia

Subdirector de Atención Hospitalaria. Servicio de Salud

María Lucía Moreno Sancho

Enfermera de Atención Primaria. Coordinadora del Programa Paciente Activo. Servicio de Salud

Joan Figuerola Mulet

Jefe del Servicio de Pediatría del Hospital Universitario Son Espases. Servicio de Salud

Eusebio Castaño Riera

Jefe del Servicio de Planificación Sanitaria. Dirección General de Planificación y Farmacia. Consejería de Salud

Yolanda Muñoz Alonso

Enfermera, Servicio de Planificación Sanitaria. Dirección General de Planificación y Farmacia. Consejería de Salud

María Jesús Martín Sánchez

Pediatra, Servicio de Planificación Sanitaria. Dirección General de Planificación y Farmacia. Consejería de Salud

Mercè Llagostera Pagès

Coordinadora del Centro Coordinador del Programa de Cuidados Paliativos

Carlos Serrano Jurado

Enfermero. Centro Coordinador del Programa de Cuidados Paliativos

Edita: Conselleria de Salut

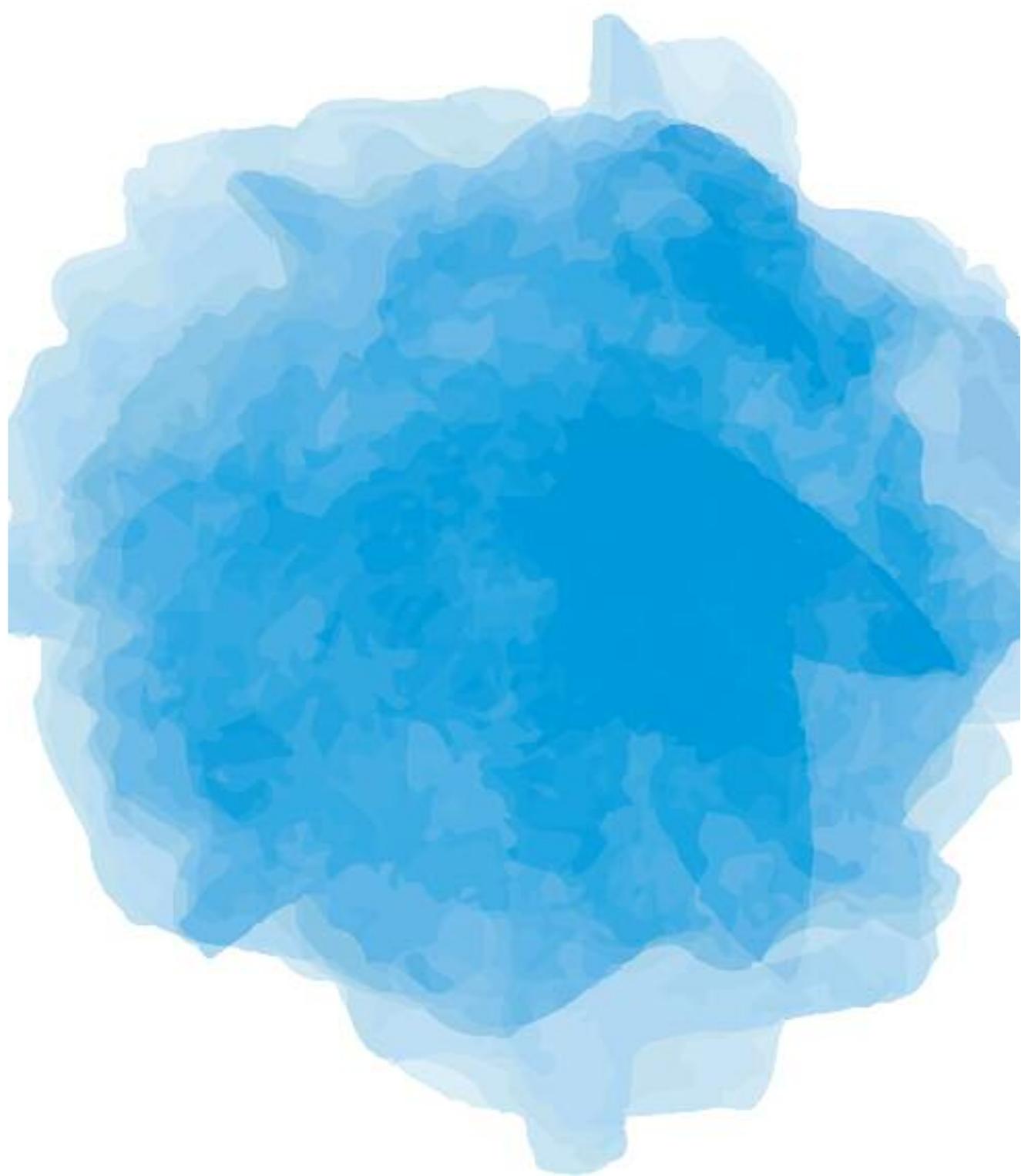
Revisión: Servei Lingüístic de l'Hospital Universitari Son Espases

Impresión: Gráficas Loyse

Maquetación: Jaume Bennàssar

DL: PM 1567-2017

ISBN: 978-84-697-5620-1



ÍNDICE

	PAG.
1. Presentación	13
2. Justificación	17
a. Demografía y envejecimiento.....	19
b. Necesidades de la población en términos de información y participación en el proceso de salud-enfermedad.....	19
c. Cronicidad en la Infancia y la Adolescencia.....	20
3. Modelos de referencia	21
4. Atención a las personas con problemas de salud crónicos en nuestro sistema de salud	25
Análisis de la situación y retos actuales.	27
a. Elementos transversales en todos los ámbitos asistenciales en relación a la cronicidad.....	27
- Empoderamiento y responsabilidad en salud.....	27
- La coordinación entre ámbitos asistenciales como garante de calidad en la atención y de seguridad clínica.....	27
- La polimedicación y sus repercusiones en la salud de los más frágiles.....	28
- Identificar a la población con mayor morbilidad, una prioridad.	28
- Aplicación de clasificación de la población por grupos de morbilidad ajustados (GMA)....	29
b. Atención a las personas con enfermedades crónicas en los hospitales de agudos.....	30
c. Atención a las personas con enfermedades crónicas en los hospitales de cuidados intermedios o de media estancia.....	31
d. Atención a las personas con enfermedades crónicas en Atención Primaria.....	32
5. La atención a las personas con enfermedades crónicas, objetivo estratégico de la Consejería de Salud	35
6. Misión, Visión, Valores	39
7. Objetivos y Acciones	43
8. Memoria económica del Plan de Atención a la Cronicidad	53
9. Evaluación	57
10. Bibliografía	61
11. Anexos	67





1. PRESENTACIÓN



1. PRESENTACIÓN

Es importante determinar y enmarcar los proyectos y las acciones que se deben impulsar para avanzar hacia un nuevo paradigma de atención sanitaria que dé respuestas eficientes y sostenibles a nuestra población actual. Para esto, se han tenido en consideración las recomendaciones de las diferentes estrategias internacionales y nacionales para el abordaje de la cronicidad, los documentos de la Organización Mundial de la Salud y los modelos de referencia del Chronic Care Model o el modelo Kaiser permanente.

El aumento de prevalencia de las enfermedades crónicas (EC) en todas las etapas de la vida, unida a una distribución desigual de las mismas en la población, hacen necesaria una visión poblacional para atender esta realidad en profundidad, ya que gran parte del impacto humano y social causado cada año por las muertes relacionadas con las EC podría evitarse mediante intervenciones bien entendidas, rentables y factibles¹.

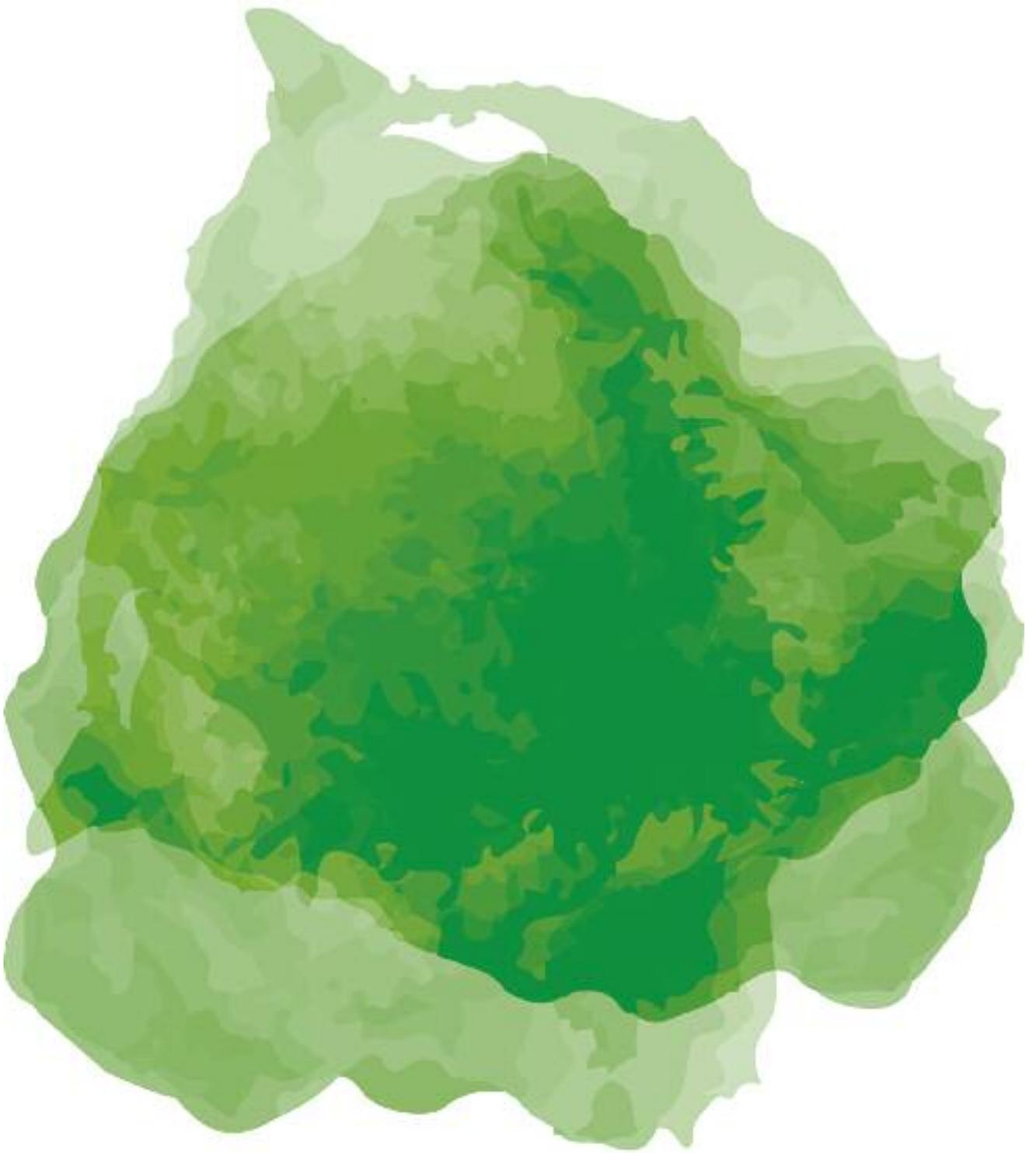
Los avances tecnológicos permiten prolongar la supervivencia de un mayor número de niños con patologías complejas que, hasta hace poco, los habrían conducido a un rápido deterioro y a la muerte², sin embargo ninguna estrategia de atención a la cronicidad en nuestro país profundiza en la atención de la cronicidad compleja en la infancia a pesar de ser un grave problema que impacta en el niño, en la familia y en todo el entorno del menor.

La población ha cambiado de manera radical en los últimos años y el sistema sanitario no ha sabido o no ha podido adaptarse a estos cambios dando respuestas ade-

cuadas y sostenibles³. El paciente, hoy, es diferente: es habitual un perfil de paciente crónico con 2-3 enfermedades crónicas; es más activo y espera participar en las decisiones sobre el tratamiento; espera cuidados y una buena gestión de su enfermedad; espera tener acceso a su historia personal electrónica; acude a la consulta con muchas preguntas y conocimientos sobre su enfermedad; usa internet y el teléfono activamente para complementar las consultas con los profesionales sanitarios y espera continuidad y seguridad en la atención en todo el sistema sociosanitario⁴.

Algunas de las estimaciones disponibles señalaban que, en términos de financiación, en un escenario de inacción, es decir, sin afrontar el reto de la cronicidad, el presupuesto sanitario debería crecer en torno a un 45% hasta 2020 (base 2011) para atender el incremento de la demanda^{5,6}. Por tanto, está clara la necesidad de diseñar un plan estratégico que impulse una atención de calidad y coste-efectiva.

La población y, por tanto, los pacientes han cambiado, la manera de enfermar es diferente y las tecnologías han evolucionado hasta marcar una nueva manera de vivir, por lo que se hace necesario rediseñar el modelo de atención sanitario donde el ciudadano sea protagonista y partícipe de su proceso de salud. Se requiere el desarrollo de las competencias profesionales autónomas en el marco de un equipo multiprofesional resolutivo capaz de acompañar y empoderar al paciente y al ciudadano, junto con el desarrollo de la tecnología y de los sistemas de información adecuados, para poder conseguir un modelo de atención universal y sostenible.





2. JUSTIFICACIÓN

- Demografía y envejecimiento



2. JUSTIFICACIÓN

-Demografía y envejecimiento

Según la OMS, las enfermedades crónicas (EC) son la principal causa de muerte a nivel mundial¹. Los sistemas social y sanitario de España afrontan una de las mayores tasas de envejecimiento y cronicidad de toda Europa con una tendencia claramente al alza. En nuestro país, el 91,3% de la mortalidad y el 86% de los años de vida perdidos son atribuibles a las enfermedades crónicas⁷

En España, el porcentaje de población de 65 años y más, que, actualmente, se sitúa en el 18,7%, alcanzaría el 25,6% en 2031 y el 34,6% en 2066⁸

En Baleares, según Ibestat, la población mayor de 65 años en 2016 supuso 168.457⁹ personas (tabla 1)

rio, las enfermedades crónicas suponen el 75% del mismo¹³. Podemos afirmar que la multimorbilidad en nuestro sistema sanitario es la norma y no la excepción, por lo que se hace necesario contar con una herramienta que, de manera proactiva y con un enfoque poblacional, clasifique a los pacientes en función de su carga de morbilidad o complejidad. De este modo, el sistema sanitario podrá tener clasificados a los pacientes en función de su complejidad, lo que permitirá definir adecuadamente el nivel de intervención que necesita cada persona.

- Necesidades de la población en términos de información y participación en el proceso de salud-enfermedad.

Población 2016	Balears	Mallorca	Menorca	Eivissa	Formentera
Personas > 65 años	168.457	135.124	14.931	16.878	1.524
% > 65 años	15,21	15,69	16,30	11,88	12,57

Tabla 1. Fuente: Institut d'Estadística de les Illes Balears

Según estimaciones del INE publicadas en el año 2014, la población de Baleares en 2029 será de 1.169.361 habitantes, con un 22% de personas mayores de 65 años y un 6,2% de mayores de 80 años¹⁰.

El envejecimiento, el aumento de la esperanza de vida junto con la presencia de enfermedades crónicas, sumado a los cambios estructurales familiares y sociales, son factores que repercuten en el empeoramiento de la salud y en el incremento constante de la necesidad de recursos sanitarios y sociales¹¹.

El envejecimiento se traduce en una disminución de la capacidad funcional del individuo que, si bien no implica intrínsecamente enfermedad, implica una mayor vulnerabilidad a los cambios y a los entornos desfavorables. A medida que las personas se van haciendo mayores, el peso de los procesos agudos sobre la morbilidad y la mortalidad va disminuyendo, de manera que los procesos crónicos son cada vez más frecuentes¹².

El 88% de los mayores de 65 años tienen una o más patologías crónicas y un cuarto de los mismos tienen cuatro o más condiciones crónicas. En términos de gasto sanita-

Las expectativas de las personas con autonomía e independencia que sufren una enfermedad crónica son cada vez mayores y los profesionales sanitarios deben mejorar la escucha y adquirir nuevas competencias para adaptarse a estas necesidades. Las personas y la ciudadanía demandan cada vez más información y conocimiento sobre su salud-enfermedad. El sistema sanitario debe impulsar el empoderamiento definitivo en salud de ciudadanos y pacientes mediante el desarrollo de sus capacidades y habilidades, con el objetivo de conseguir una autogestión óptima de su proceso de salud que redundará en una mejor calidad de vida¹⁴.

La formación de pacientes, según el modelo de la Universidad de Stanford, reporta beneficios tan importantes como: empoderamiento, mejor control, mejor adherencia terapéutica, disminución de complicaciones, disminución del número de urgencias y de ingresos, mejores hábitos de vida, disminución de bajas laborales, reducción de depresiones¹⁵. Impulsar proyectos que involucren y empoderen a los ciudadanos es una responsabilidad moral y de eficiencia.

La Universidad de Stanford ha desarrollado y evaluado programas dirigidos a personas con una enfermedad crónica, con el objetivo de ayudar a las personas a ganar con-

fianza en sí mismos y en su capacidad, para controlar sus síntomas, administrar mejor sus problemas de salud y llevar una vida más plena¹⁶.

-Cronicidad en la infancia y la adolescencia

Los avances tecnológicos y científicos han contribuido al aumento de la supervivencia de muchas enfermedades que, hasta hace poco, estaban consideradas mortales o no se diagnosticaban, dando lugar a un incremento considerable de cronicidad y complejidad en los niños y adolescentes.

Las familias de los niños con enfermedades crónicas complejas, poco frecuentes o no, manifiestan en todos los foros (jornadas, congresos, entrevistas individuales y reclamaciones) las dificultades que tienen en ocasiones en el sistema sanitario por la falta de flexibilidad o de comunicación entre los diferentes ámbitos, e incluso dentro del mismo hospital. Reclaman una atención más centrada en el niño y en las familias, en la que la comunicación fluya y la coordinación sea una realidad para conseguir tener prácticas seguras y adecuadas a cada caso. Desde todas

las asociaciones e instituciones solicitan una gestión de casos que realice una coordinación eficaz y que evite la dispersión de citas, que provocan la falta de asistencia al colegio y al puesto laboral de los padres y madres.

La Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad (EAC) en el Sistema Nacional de Salud (SNS)¹², incluye como recomendación específica para la población infanto-juvenil, “desarrollar la colaboración de los sistemas sanitario y social con el sistema educativo, implicando a las familias y al profesorado en el diseño, la realización, el seguimiento y la evaluación de las intervenciones de promoción de la salud en la infancia y en la adolescencia”; pero no hace referencia a la necesidad de soporte, de supervisión y de atención del niño con enfermedad crónica en la escuela, especialmente ante la falta de autonomía del menor.

Es necesario el abordaje de la cronicidad en la infancia de manera interdisciplinaria y coordinada para que el niño y las familias reciban una atención segura y de calidad y para que el niño pueda tener una vida en la comunidad y en la escuela lo más normalizada posible.

A photograph of a male doctor with a beard, wearing a light blue button-down shirt, a striped tie, and a stethoscope. He is smiling and looking down at a small white box he is holding in his hands. He is standing in a clinical or office environment, with a computer monitor and a chair visible in the background. In the foreground, the back of an elderly man's head and shoulder is visible, looking towards the doctor. The text "3. MODELOS DE REFERENCIA" is overlaid on the right side of the image.

3. MODELOS DE REFERENCIA



3. MODELOS DE REFERENCIA

En diferentes países y comunidades autónomas, se han puesto en marcha experiencias dirigidas a atender a este perfil de paciente mayor y con enfermedades crónicas, que han demostrado efectividad. Aun así, estos años hemos seguido gestionando hospitales de agudos que tratan al paciente crónico de manera episódica y fragmentada, siendo de peor calidad, más inseguro y menos eficiente.

Uno de los modelos que ha conseguido una mayor aceptación y difusión en el ámbito internacional es el “Chronic Care Model”, conocido por sus siglas en inglés CCM, que ha sido desarrollado por Ed Wagner y sus colaboradores en el MacColl Institute for Health Care Innovation de Seattle, en EUA, y que ha sido adaptado a otros entornos con contribuciones adicionales (Expanded CCM, ICCC). El CCM identifica los elementos esenciales de los sistemas sanitarios para lograr una atención de calidad a los enfermos con enfermedades crónicas^{17,18}

En este modelo (Fig. 1), la atención al paciente con enfermedades crónicas discurre en tres planos que se superponen:

1. La comunidad con sus políticas y múltiples recursos públicos y privados.
2. El sistema sanitario con sus organizaciones proveedoras y esquemas de aseguramiento.
3. La interacción que se produce entre un paciente crónico informado y activo y un equipo sanitario preparado y proactivo.

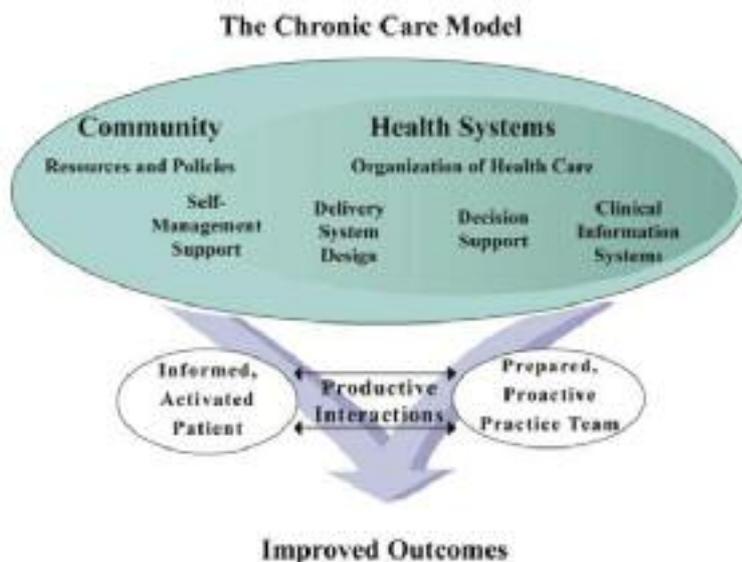
El modelo identifica seis elementos básicos para conseguir mejorar la atención a las personas con enfermedades crónicas: la organización del sistema sanitario, la comuni-

dad, la prestación de servicios asistenciales, el autocuidado de los pacientes, las herramientas de apoyo en la toma de decisiones a los profesionales y los sistemas de información. Existe una creciente evidencia de que la implementación de las intervenciones basadas en el CCM mejora los procesos y los resultados.

Dentro de las adaptaciones del CCM, destaca el modelo, propuesto por la OMS en 2002, denominado “Modelo de Atención Innovadora a Condiciones Crónicas” The Innovative Care for Chronic Conditions Framework (ICCC). En este modelo se hace un mayor énfasis en la comunidad y en las políticas para mejorar la atención sanitaria a las enfermedades crónicas no transmisibles^{18,19}.

El Kaiser Permanente es otro modelo de atención con un enfoque poblacional que se basa en el liderazgo clínico y la atención integrada. Se potencia al máximo la capacidad resolutoria en el ámbito de Atención Primaria (AP) y se presta una especial atención a la minimización de las hospitalizaciones que son vistas como un “fallo del sistema”²⁰.

El compromiso fundamental de Kaiser es satisfacer las necesidades sanitarias de la población en los centros de atención primaria y comunitaria, siempre que sea posible y sin comprometer la calidad. Ese compromiso se refleja potenciando la atención primaria, impulsando el programa de gestión de las enfermedades crónicas y dando acceso a las pruebas diagnósticas a los profesionales de Atención Primaria.



El Programa de Gestión de Enfermedades Crónicas es un programa específico de Kaiser Permanente, que implica la segmentación de la población con enfermedades crónicas en tres grupos con diferentes necesidades de atención sanitaria y de objetivos. Las necesidades de cada grupo se corresponden con tres niveles de atención. A medida que el estado de salud del paciente varía (mejora o empeora), se puede cambiar al paciente de nivel.

El objetivo en cada nivel es implementar intervenciones proactivas y planificadas para maximizar la salud y la satisfacción del paciente y fomentar el uso racional de los recursos. Tal y como puede verse en la Fig. 2.

Fig. 1. Fuente: The MacColl Institute. ©ACP-ASIM Journals and Books



Fig. 2. Fuente: Kaiser Permanente. Adaptado

Junto a las conductas relacionadas con la salud o estilos de vida, existen determinantes sociales, tales como las condiciones de vida y de trabajo, la educación o el nivel de ingresos, entre otros, que hacen necesaria una respuesta multisectorial para mejorar la atención a las enfermedades crónicas.¹² El King's Fund model realiza una adaptación de la pirámide del Kaiser Permanente que destaca la visión sanitaria y la social como dos partes integradas de la atención que requiere un individuo¹⁸. Fig. 3

El King's Fund model es una organización benéfica que estudia cómo mejorar el sistema de salud del Reino Unido. Su trabajo incluye investigación, análisis, desarrollo de liderazgo y mejora de servicios. También ofrece una amplia gama de recursos para ayudar a todos los profesionales de la salud a compartir conocimientos, aprendizaje e ideas.

Según estos modelos, hay un porcentaje de pacientes crónicos complejos en los que se hace imprescindible separarlos del circuito del paciente agudo y ofrecerles una atención adecuada en su domicilio, son los pacientes con una mayor complejidad.

En estos modelos de atención y en las estrategias en relación a la cronicidad de los últimos 10 años, hay consenso en cuanto a las acciones claves para el diseño de un

sistema de atención orientado a las personas con enfermedades crónicas que dé respuestas adecuadas a las necesidades de salud que tiene actualmente la población. La Organización Mundial de la Salud, en el documento publicado por la Organización Panamericana de la Salud en 2013, define de manera clara las acciones claves para el diseño del sistema de atención a la cronicidad¹⁹:

- Organizar la atención alrededor de la Atención Primaria (APS).
- Definir funciones y distribuir tareas entre los miembros del equipo.
- Asegurar una atención proactiva y un seguimiento regular de los pacientes.
- Usar una clasificación o estratificación del riesgo.
- Asegurar la gestión de los casos o un coordinador de atención para pacientes con enfermedades complejas.
- Brindar una atención que los pacientes comprendan y que se ajuste a su entorno cultural.
- Desarrollar redes para la prestación de servicios integrados de salud.



Fig. 3. Fuente: King's Fund (C. Ham)

**4. ATENCIÓN A LAS
PERSONAS CON
PROBLEMAS DE
SALUD CRÓNICOS
EN NUESTRO
SISTEMA DE SALUD.
ANÁLISIS DE
SITUACIÓN Y
RETOS ACTUALES**





4. ATENCIÓN A LAS PERSONAS CON PROBLEMAS DE SALUD CRÓNICOS EN NUESTRO SISTEMA DE SALUD. ANÁLISIS DE SITUACIÓN Y RETOS ACTUALES

Los pacientes crónicos presentan nuevas necesidades y nuestro modelo organizativo debe proporcionar respuestas eficientes a las nuevas y emergentes necesidades de salud de los pacientes con enfermedades crónicas, especialmente a los más complejos.

Exponemos a continuación elementos claves para establecer los cimientos de un modelo de atención proactivo, integral e individualizado, que permitirá una atención de calidad y personalizada y, a la vez, eficiente y sostenible.

A. Elementos transversales en todos los ámbitos de la atención sanitaria en relación a la cronicidad

- Empoderamiento y responsabilidad en salud

Las personas con problemas de salud tienen el derecho de participar de manera activa en su proceso de salud-enfermedad. Es necesario trabajar el afrontamiento de la enfermedad, así como el aumento de sus capacidades y habilidades para poder realizar un control eficaz de su enfermedad, con el objetivo final de conseguir el máximo nivel de autonomía y la mayor calidad de vida posible.

El desarrollo del Programa de Paciente Activo comporta un cambio en la relación entre pacientes y profesionales de la salud, y supone avanzar hacia un modelo menos paternalista. Los profesionales deben asumir un rol de acompañamiento, facilitadores y capacitadores de la persona. De esta manera, se alcanzará un modelo centrado en la persona, otorgándole protagonismo y recogiendo sus necesidades, creencias y vivencia de la enfermedad.

Es necesario continuar con la formación de los profesionales en metodología de educación para la salud, para que puedan desarrollar intervenciones de promoción de la salud y de prevención primaria y secundaria.

El rápido acceso a la información y el desarrollo de las nuevas tecnologías han promovido que cada vez haya más pacientes activos y responsables. Un paciente activo es aquel que está afectado por un proceso crónico, que es copartícipe y corresponsable de la gestión de su propia salud, que es capaz de identificar los síntomas y de responder adecuadamente y de adquirir herramientas que le permitan gestionar el impacto físico, emocional y social de su enfermedad, mejorando así su calidad de vida¹⁴.

- La coordinación entre ámbitos asistenciales como garante de calidad en la atención y de seguridad clínica

La falta de coordinación entre niveles de atención sanitaria (Atención Primaria-Atención Hospitalaria) y entre el sistema sanitario y el social es uno de los principales condicionantes de la calidad asistencial, de la seguridad en la atención y de la ineficiencia en la provisión, desarrollo y gestión de los recursos disponibles. Además, conduce a que los servicios no se presten en el nivel más adecuado ni por el profesional más idóneo²¹, y genera frustración y malestar entre los profesionales.

Por ello, en el año 2009-2010, se inició el proyecto de enfermera gestora de casos y se impulsó un proyecto de coordinación para que el paciente que, al ser dado alta del hospital requiriera una continuidad asistencial, fuera citado, desde el mismo hospital, en la agenda de la enfermera de Atención Primaria. Desde el 2010, este circuito está funcionando muy bien en Eivissa y con el Hospital de San Juan de Dios, y los usuarios se muestra muy satisfechos cuando se establece contacto tras el alta para continuar con el proceso.

En 2010, se inició un proyecto piloto para atender de manera coordinada a los pacientes más frágiles y pluripatológicos. Se diseñó un pilotaje con tres centros de salud en coordinación con los hospitales de referencia de agudos y de convalecencia o media estancia. De 2011 a 2015, fruto de los recortes que encontraron justificación en la crisis económica, el proyecto quedó paralizado. A pesar de todo, gracias al compromiso de los profesionales sanitarios implicados, el pilotaje se consolidó. En 2015, quedaba una enfermera gestora de casos en Atención Primaria y otra en el Hospital General. Este proyecto ha sido el precursor de los proyectos actuales de atención al paciente crónico complejo avanzado y de gestión de casos.

La estrategia para el abordaje de la cronicidad publicada por el Ministerio de Sanidad en 2012 deja patente que los pacientes con una mayor complejidad y/o con una pluripatología necesitan una gestión integral del caso en su conjunto, con cuidados fundamentalmente profesionales, dirigidos a los pacientes y a su entorno cuidador¹². Es necesario realizar una gestión de casos que se lleve a cabo mediante un proceso de valoración, planificación y coordinación, para facilitar la provisión, monitorización y evalua-

ción de las opciones y de los recursos profesionales u organizativos que sean necesarios para la resolución del caso¹². Debe entenderse como resolución del caso la calidad de la atención, la continuidad asistencial, la atención en el ámbito más adecuado y el acceso a los recursos necesarios. Es necesario implementar la gestión de casos en nuestra Comunidad para asegurar la continuidad de los cuidados y la activación de los recursos necesarios en cada caso.

- La polimedición y sus repercusiones en la salud de los más frágiles

La edad es un factor fuertemente asociado a las reacciones adversas a medicamentos (RAM). La bibliografía publicada imputa a los ancianos un mayor porcentaje de iatrogenia grave y de ingresos por esta causa debidos a los factores de polimedición, comorbilidad y mermas funcionales achacables a la vejez²².

En nuestra Comunidad, un 14% de los mayores de 65 años toma 10 o más fármacos de forma crónica.

La polimedición supone más riesgo de uso de medicaciones inadecuadas, de falta de adherencia al tratamiento, de aparición de reacciones adversas, de duplicidades e interacciones entre principios activos y, en consecuencia, más riesgo de fracasos terapéuticos, de intoxicaciones así como un aumento de ingresos hospitalarios y de caídas. Los factores que favorecen la polimedición son de índole biológica, psicológica, social y propia del sistema sanitario (mala coordinación asistencial, minimización de los riesgos por parte del personal sanitario)^{23,24}.

En 2010, Ramos S. *et al.* demostraron, en un estudio hecho en España, que uno de cada tres pacientes atendidos en urgencias hospitalarias, acude por un problema relacionado con la medicación (PRM)²⁵.

Las RAM más comunes en los ancianos son las: cardiovasculares (hipotensión postural, desórdenes en el ritmo cardíaco o en la conducción), neurológicas (agitación, confusión, mareos, síndromes extrapiramidales), digestivas (diarrea, vómitos, estreñimiento), alteraciones hidroelectrolíticas, insuficiencia renal, alteraciones en la glucemia, hemorragias y neutropenia²².

Se propone una atención interdisciplinar y una valoración geriátrica integral (VGI) para optimizar la atención al paciente frágil y evitar la polimedición²⁶.

- Los cuidados paliativos

La estrategia para el abordaje de la cronicidad (EAC) del Sistema Nacional de Salud (SNS) recomienda adecuar los modelos de cuidados paliativos para mejorar la atención a las personas con enfermedades crónicas avanzadas y/o en situación final de vida¹². La necesidad de cuidados paliativos se hace patente a medida que aumenta la complejidad. En los niños, el diagnóstico de una enfermedad incurable o una situación clínica irreversible hace al paciente tributario de cuidados paliativos.

En 2009, se publicó la estrategia de cuidados paliativos de las Islas Baleares²⁷, posteriormente, se publicó el Programa de Cuidados Paliativos 2013-2016, liderado por el Centro Coordinador de Paliativos, que regularizó su estructura y funciones en el Decreto 49/2014, de 28 de noviembre de 2014²⁸. El Centro Coordinador ha sido muy activo y ha llevado a cabo una gran labor de difusión, formación e investigación en todos los ámbitos sanitario. Finalmente, el mes de marzo de 2015, se publica la Ley de derechos y garantías de la persona en el proceso de morir, con el consenso de todos los grupos parlamentarios²⁹.

El mes de enero del 2013, se creó la Unidad de Cuidados Paliativos Pediátricos con la misión de proporcionar calidad de vida a los niños con enfermedades crónicas complejas y avanzadas y a sus familias.

Es necesario seguir impulsando las actividades de difusión, formación e investigación desde el Centro Coordinador de Cuidados Paliativos para garantizar el acceso a los cuidados paliativos de todas las personas en situación de complejidad o de enfermedad avanzada. Los cuidados paliativos básicos se deben garantizar en todos los ámbitos asistenciales y los profesionales sanitarios deben reconocer cuándo es necesario derivar a un paciente a una unidad especializada en cuidados paliativos ante la dificultad de la gestión de signos y síntomas y la falta de garantías del confort esperado.

- El papel de las tecnologías de la información y de la comunicación (TIC) y los sistemas de información sanitarios (SIS)

La comunidad autónoma de las Islas Baleares fue pionera en el uso de las TIC en el entorno sanitario. El Hospital Son Llàtzer fue el primer hospital sin papeles del Estado español y la digitalización de la Atención Primaria, iniciada en el 2002, también fue pionera.

La informatización de la información clínica-administrativa de los hospitales y de Atención Primaria permitió que, en el año 2005, se iniciara el proyecto de la Factoría de Información Corporativa (FIC) y que se automatizaran la mayoría de los cuadros de mando del Servicio de Salud. Esta digitalización continuó en todos los hospitales del Servicio de Salud y concluyó en 2009 con la implantación de la Historia de Salud, una innovadora plataforma en la que se centralizaba la información del paciente proveniente de todos los sistemas de información de hospitales y de Atención Primaria, y que ayudaba al profesional a la toma de decisiones al proporcionarle una visión más integral y completa en la historia sanitaria del paciente.

Dentro de la estrategia de cronicidad, también en 2009, se implementó el Programa de Atención a Personas con Enfermedades Crónicas (PAPEC), fruto del trabajo de un excelente grupo de profesionales sanitarios y tecnológicos, que fueron visionarios y desarrollaron las vías clínicas transversales de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica, de la enfermedad renal crónica y de la patología cardiovascular. La falta de financiación necesaria para el desarrollo tecnológico que diera soporte a este programa integrado en todos los sistemas de información ha motivado el fracaso de esta herramienta, que, actualmente, usan menos de un 1% de los profesionales sanitarios. Estos profesionales expresan que no usan el PAPEC por la falta de integración de los diferentes sistemas de información, por la obligatoriedad de tener que registrarse de nuevo y de trabajar con dos entornos diferentes, por la falta de retorno de información a los sistemas locales, así como por la falta de explotación de datos.

La falta de inversión en TIC y SIS en el periodo 2011-2015 ha derivado a una situación desoladora por la imposibilidad de obtención de información clave necesaria para gestionar y para implementar todos los proyectos. En julio de 2015, la situación en relación a los sistemas de información era:

- Carencia de soporte técnico en los gabinetes técnicos, en los Sistemas de Información y en los departamentos de TIC tanto del Servicio de Salud como de las gerencias, que provocó la desaparición de cualquier estructura de análisis de información clínica, de docencia, de investigación y de gestión de Tecnologías de la Información.
- Mantenimiento mínimo de los sistemas de información asistenciales, con escasa evolución de estos y poco orientados.

- Un mantenimiento mínimo de la Factoría de Información Corporativa (FIC), que derivó en una falta de información para gestionar y en la imposibilidad de evaluar y devolver a los profesionales el resultado de su práctica asistencial.
- Una infraestructura tecnológica obsoleta, esencial para el buen funcionamiento de los sistemas de información, herramienta de trabajo de nuestros profesionales.

Esta situación ha condicionado el avance de todos los proyectos asistenciales y tecnológicos del Servicio de Salud. Desde el segundo semestre de 2015, se está trabajando activamente en el proyecto de Historia Clínica (HC) Integrada, en el desarrollo y mejora de la HC de Atención Primaria y en el desarrollo y homogeneización de los sistemas de información asistenciales para adaptarlos en la medición de resultados y de evaluación clínica.

- Identificar a la población con mayor morbilidad, una prioridad. Aplicación de herramientas de clasificación de la población por grupos de morbilidad ajustados (GMA)

Las personas con condiciones de salud y limitaciones en la actividad de carácter crónico son las que encuentran más dificultades para acceder y circular a través del sistema ya que no existe un adecuado ajuste entre sus necesidades y la atención que reciben, resulta especialmente inapropiada la organización de la asistencia sanitaria para el grupo de pacientes que presentan pluripatología, comorbilidad o se encuentran en situación de especial complejidad¹². Para este perfil de pacientes, la identificación proactiva mediante el GMA y la consecuente inclusión en programas específicos resultará de gran beneficio para su calidad de vida y, desde luego, para la sostenibilidad de nuestro sistema sanitario.

Diversos sistemas sanitarios en todo el mundo han trabajado en la identificación proactiva de los pacientes en función de su morbilidad para poder adecuar la prestación de los servicios. El Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad ha facilitado la implementación de la clasificación de la población con la herramienta de Grupos de Morbilidad Ajustados³⁰ (GMA), que ha permitido estratificar a toda la población de las Islas Baleares en 2015 y 2016. Para la agrupación-clasificación de la morbilidad es primordial identificar la patología crónica y agrupar los diferentes códigos diagnósticos. A partir de la información anterior, podemos identificar si un individuo presenta una o más enfermedades crónicas. Los GMA tienen en cuenta

ta: la tipología de la enfermedad, la presencia de multimorbilidad y la complejidad.

Los GMA están siendo de gran utilidad en nuestra comunidad para:

- Ofrecer información poblacional e individual a los profesionales sanitarios.
- Identificar pacientes para realizar intervenciones proactivas en pacientes con una mayor complejidad.
- Elaborar indicadores asistenciales.
- Asignar recursos (presupuestación de farmacia comunitaria).
- Gestionar los Recursos Humanos.
- Evaluar y comparar resultados en salud (Benchmarking)

Desde el año 2016, se está trabajando para integrar esta herramienta en la historia clínica para que sea visible para todos los profesionales sanitarios. En el caso de Atención Primaria, además, permitirá acceder a los datos poblacionales al médico de familia, a la enfermera de Atención Primaria y a la enfermera gestora de casos comunitaria, con el objetivo de tener una visión poblacional y poder realizar una intervención proactiva individualizada, especialmente en los pacientes más complejos.

La estratificación de 2016 de la población de las Islas Baleares, se muestra en la Fig. 4. En la parte derecha de la pirámide, se especifica el grado de intervención que requiere la población, en función de la situación de morbilidad o complejidad.

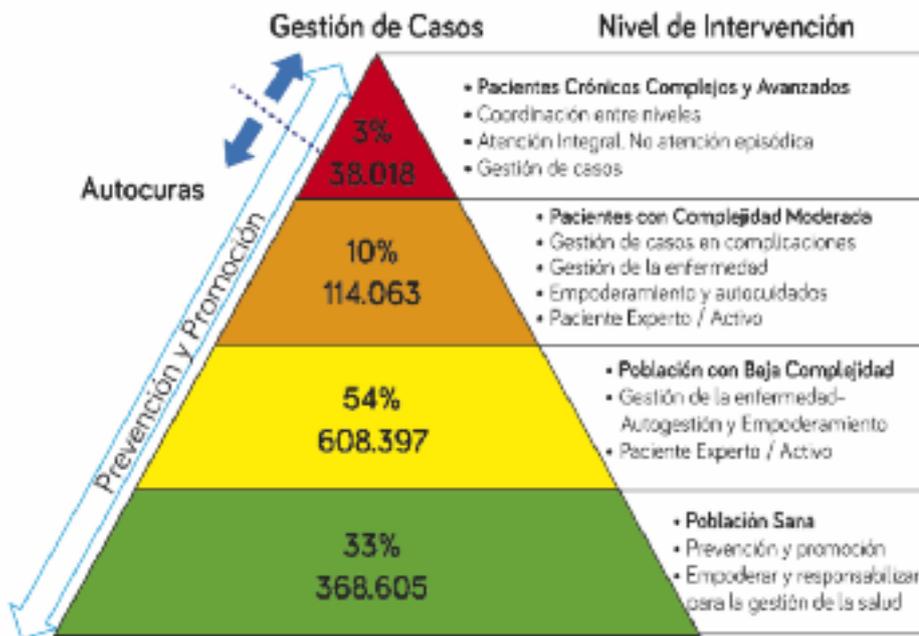


Fig. 4. Estratificación 2016 de les Illes Balears. Fuente: SIS del Servicio de Salud.

Para identificar a los pacientes que se encuentran en la punta de la pirámide, que son las personas con una mayor multimorbilidad y complejidad, diversos autores y organizaciones han introducido los conceptos de paciente crónico complejo (PCC) y paciente crónico avanzado³¹ (PCA), éstos representan entre el 3% y el 5% de la población y consumen un alto porcentaje de recursos, suponen entre un 20% y un 40% de los ingresos hospitalarios (40,5% \geq 3 ingresos/año; 13% \geq 5 ingresos/año). El 10% de pacientes crónicos son responsables del 55% de las estancias hospitalarias y un 5% de ellos del 42%³².

Para identificar al paciente en el sistema y mantenerlo en el radar sanitario, es imprescindible contar con un desarrollo adecuado de las TIC y unos SIS que permitan identificar al paciente en la historia clínica mediante alarmas que orienten a los profesionales en el proceso y que les faciliten la toma de decisiones. Este aspecto es de vital importancia para garantizar la atención integrada y coordinada.

B. Atención a las personas con enfermedades crónicas en los hospitales de agudos

Los hospitales son estructuras que generan una influencia poderosa sobre el global del sistema sanitario. Su eficacia en la resolución de ciertas enfermedades agudas, sobre todo quirúrgicas, les da un gran prestigio social. Esta circunstancia no debería, sin embargo, ocultar que existen dos problemas estructurales que dificultan la atención integral y coordinada a las personas con cronicidad compleja y con fragilidad: 1) la burocracia interna que repercute

en la calidad de los servicios y en la seguridad de los pacientes ingresados, y 2) la superioridad jerárquica de los hospitales sobre el global del sistema que los mantiene alejados de la realidad comunitaria y de la atención primaria³³. Es importante enfatizar también en el tipo de atención orientada a la rápida resolución y a estancias breves que no se ajusta a las necesidades de las personas con enfermedades crónicas complejas.

Los pacientes crónicos complejos (PCC), al ingresar en un hospital de agudos, presentan a menudo una mayor polifarmacia y compli-

caciones añadidas al motivo que ocasiona su ingreso. Entre estos problemas, suelen destacar: la pérdida funcional, las caídas, el deterioro cognitivo, los déficits auditivo y visual, el insomnio, la sintomatología depresiva, la malnutrición, las úlceras cutáneas. Todo ello provoca dependencia para las actividades básicas de la vida diaria (ABVD) o para las actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD)³⁴.

Las personas mayores de 65 años suponen el 26% de las personas que acuden a urgencias hospitalarias y constituyen el 40% de los ingresos hospitalarios por esta vía³⁵, por lo que se hace imprescindible reorientar la atención para conseguir mejores resultados a un menor coste en términos económicos y de calidad de vida.

Los trabajos clásicos de Covinsky *et al.* y Sager *et al.* realizados para estudiar la evolución funcional de los pacientes mayores de 70 años ingresados en unidades de medicina interna, describen que el 31% y el 35% respectivamente de los pacientes dados de alta presentaron un deterioro funcional al alta hospitalaria (DFH) global. Datos similares se obtuvieron en el estudio HOPE, en el que, además, los pacientes presentaron una pérdida funcional relevante (el 40% de los que mostraron deterioro al alta fue debido al deterioro en tres o más de las ABVD). En otro estudio, Zisberg *et al.* describen un 46% de DFH global en mayores de 70 años ingresados en medicina interna. Según este estudio, al mes del alta hospitalaria, el 49% presentaban un deterioro en alguna ABVD y el 57% en alguna AIVD. En estudios de seguimiento a tres meses, el 40% presentaban deterioro en alguna AIVD y el 19% en las ABVD³⁶. En España, Gutiérrez Rodríguez *et al.* describieron, en 1999, una incidencia de deterioro funcional al alta hospitalaria (DFH) del 70,66% en una población de pacientes mayores de 65 años con un alto nivel de independencia en las ABVD ingresados en una unidad hospitalaria de agudos. Al mes, el deterioro persistió en el 29,3% de los sujetos³⁷.

El deterioro funcional (DF) es una de las complicaciones más importantes de la hospitalización por su elevada frecuencia y por las graves consecuencias que trae consigo, como son la dependencia, la institucionalización, un mayor consumo de recursos sanitarios y un aumento de la mortalidad³⁶.

La prevención de complicaciones evitables en este perfil de población debe ser un objetivo fundamental en la atención hospitalaria, no solo para mejorar la calidad asis-

tencial, si no por eficiencia y sostenibilidad del sistema sanitario.

Se recomienda la creación de unidades específicas en los hospitales para que los pacientes mayores con pluripatología sean atendidos en una estructura física adecuada y por un equipo interdisciplinar experto en cronicidad compleja, que potencia la movilización, la deambulación precoz y la conservación de las ABVD, y que favorezca siempre la reintegración en el domicilio³⁸.

En los hospitales de agudos de la comunidad autónoma de las Islas Baleares se han implementado proyectos muy interesantes de atención al paciente con insuficiencia cardiaca, EPOC, enfermedad renal crónica, ictus, etc., pero no de una forma homogénea ni con la coordinación necesaria entre ámbitos asistenciales y servicios sociales. Es necesario enmarcar todas las actuaciones en una atención integral y coordinada y seguir las recomendaciones con una potente evidencia científica de crear unidades y rutas específicas para los pacientes con mayor complejidad.

C. Atención a las personas con enfermedades crónicas en los hospitales de cuidados intermedios o de media estancia

Las unidades de media estancia o convalecencia fueron definidas por el Insalud, en 1996, como el nivel asistencial hospitalario destinado a restablecer aquellas funciones, actividades o secuelas, alteradas como resultado de diferentes procesos previos³⁹. Los objetivos primordiales de estas unidades son la recuperación funcional y la reducción de la incidencia de institucionalización definitiva, la consecución de estos objetivos deben ajustarse a un tiempo de atención no muy prolongado, con el objeto de aumentar la eficiencia de estas unidades. En este sentido, la evaluación de factores clínicos, funcionales, mentales y sociales es uno de los aspectos básicos para optimizar el rendimiento de estas unidades. Algunos autores han postulado que la aplicación del índice de Barthel podría ser un instrumento de evaluación eficaz en estas unidades, considerando que el ingreso sería adecuado mientras los pacientes consiguieran una mejoría de su situación funcional. Sin embargo, tanto la ganancia funcional como la estancia hospitalaria y la eficiencia pueden estar condicionadas por la complejidad de las características de los pacientes⁴⁰.

Las unidades de media estancia o convalecencia son el primer nivel asistencial que fue evaluado y que cuenta

con el mayor grado de evidencia científica. Pese a ello, el grado de desarrollo en los diferentes sistemas sanitarios es más lento del que sus establecidos beneficios harían prever. Estas unidades han demostrado, un año después del alta hospitalaria, una reducción de la mortalidad del 23,8% en el grupo de pacientes tratados en la unidad ubicada en un hospital de agudos frente al 48,3% en el grupo control tratado de forma convencional, una reducción de la institucionalización del 12,7% frente al 30%, una mejora de la situación funcional en actividades básicas de la vida diaria del 48,4% frente al 25,4% y en las actividades instrumentales del 46,8% frente al 30,5%, una mejora de la situación cognitiva del 35,6% frente al 22,4% y afectiva del 42,4% frente al 24,1% y una reducción de la estancia hospitalaria, reingresos y costes de la atención⁴¹.

En el año 2002, coincidiendo con la apertura del Hospital Son LLàtzer, el Hospital General y el Hospital Joan March finalizaron su actividad como hospitales de agudos e iniciaron su reconversión a hospitales de media estancia con programas de convalecencia, rehabilitación y cuidados paliativos dirigidos a pacientes con enfermedades crónicas que precisaban tratamiento, cuidados y/o rehabilitación después de ingreso en un hospital de agudos. Paralelamente, se creó el primer equipo de soporte domiciliario para cuidados paliativos.

En el año 2010, el Servicio de Salud publicó “el Plan de acciones sanitarias en el ámbito sociosanitario”⁴² con la intención de coordinar todos los recursos sociosanitarios, desafortunadamente el plan no tuvo una aplicación práctica y se siguieron manteniendo estos dispositivos sin un proyecto que contemplara el acceso a estos recursos a toda la población de las Islas Baleares.

Las amenazas de cierre de los hospitales de media estancia o de cuidados intermedios en nuestra Comunidad pusieron en jaque a los hospitales General (HG) y Joan March (HJM). En el HJM, poco a poco, fueron desapareciendo los programas y los protocolos, a excepción del programa de RESC, que siguió con la misma metodología y orientación dirigida a los pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica de toda la isla de Mallorca. El Hospital General ha sido estandarte de la atención a la cronicidad en nuestra Comunidad, ha sabido mantener una estructura y una metodología de trabajo orientada realmente a las necesidades de las personas que necesitaban mejorar su autonomía o realizar una convalecencia sin pérdida de funcionalidad. La satisfacción de los pacientes

y sus familias por la atención recibida, tanto en el HG como en el HJM, se ha mantenido muy elevada gracias a la gran profesionalidad y humanización de la atención.

El apoyo de los hospitales de San Juan de Dios y Cruz Roja ha sido constante a lo largo de los años y han formado parte de la red hospitalaria pública dado que su modelo de atención y valores se alinean perfectamente con la atención en el Servicio de Salud de las Islas Baleares.

D. Atención a las personas con enfermedades crónicas en Atención Primaria

Los sistemas sanitarios orientados a Atención Primaria que centran la atención en las personas y sus necesidades consiguen mejores resultados en salud a costes menores. Para mejorar la efectividad clínica en el contexto actual de cronicidad y fragilidad y para reducir la epidemia de sobrediagnóstico y de sobreactuación médica, es necesario reforzar la Atención Primaria. Barbara Starfield, todo un referente para la gestión sanitaria, demostró que la Atención Primaria da buenos resultados en salud con costes menores y llega a un mayor número de personas^{43,44}.

La estrategia nacional para el abordaje de la cronicidad es contundente al afirmar que la Atención Primaria es el eje de la atención al paciente con condiciones de salud y limitaciones en la actividad de carácter crónico, siendo preciso impulsar el papel de los equipos de Atención Primaria y, en particular, de los profesionales de medicina de familia, pediatría y enfermería, como coordinadores de los procesos de atención sanitaria relacionados con la cronicidad¹².

La Organización Mundial de la Salud, en el documento publicado por la Organización Panamericana de la Salud en 2013, deja claro los atributos de una asistencia eficaz para las condiciones crónicas¹⁹. Tabla 2.

ATENCIÓN ANTICUADA	ATENCIÓN EFICAZ
• Centrada en la enfermedad	• Centrada en el paciente
• Atención especializada/hospitalaria	• Con base en la APS
• Centrada en los pacientes individuales	• Centrada en las necesidades de la población
• Reactiva, actúa según los síntomas	• Proactiva, planificada
• Centrada en el tratamiento	• Centrada en la prevención

Tabla 2. Fuente: Organización Panamericana de la Salud. Cuidados innovadores para las condiciones crónicas: organización y prestación de atención de alta calidad a las enfermedades crónicas no transmisibles en las Américas. Washington DC. 2013.

La crisis económica financiera que se inició en 2009 provocó recortes agresivos en sanidad en el periodo 2011-2015 que abocaron a la Atención Primaria a una situación de dificultad y de disminución de accesibilidad a los ciudadanos. La situación del 2015 puede resumirse en los siguientes puntos:

- Menor accesibilidad y finalización de las actividades de Educación para la Salud por la tarde por el cierre de los centros de salud a partir de las 17.30 h de la tarde.
- Ausencia general de sustituciones y temporalidad laboral.
- Falta de proyecto para la Atención Primaria.
- Disminución de las actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad.
- Falta de inversión y escaso mantenimiento de infraestructuras de los centros transferidos a los hospitales, que ha dado lugar a un deterioro progresivo no resuelto en algunos sectores.
- Ninguna infraestructura nueva en el periodo 2011-2015.
- Recortes en el Gabinete de Docencia e Investigación produciéndose una carencia importante en el soporte técnico.
- La media de cupo de pacientes asignados al médico y a la enfermera de familia en Baleares es de los más altos de España.
- Disminución de la actividad de atención domiciliaria, programa que da soporte a los pacientes más frágiles que no pueden desplazarse al centro de salud para ser atendidos. El cumplimiento se situó, a finales de 2014, en un 58% de la población esperada, pero aún es más alarmante que de todos los pacientes incluidos en la atención domiciliaria solo el 13,22 % cuentan con un test de Barhel para evaluar la autonomía y cuatro visitas al año.

En resumen, nos encontramos una Atención Primaria aislada del sistema, sin coordinación y sin el protagonismo que necesita para garantizar una atención de calidad y más coste-efectiva. A pesar del progresivo envejecimien-

to de la población, no se ha impulsado ninguna acción para abordar la situación de cronicidad y el envejecimiento de la población y se ha dejado a los ciudadanos de Baleares en situación de inequidad con respecto a la de otras Comunidades Autónomas.

Otra causa de sobrecarga de la Atención Primaria ha sido el nulo crecimiento de plazas residenciales en nuestra Comunidad Autónoma, que ha supuesto que los pacientes en situación de dependencia que solicitaban un recurso residencial tuvieran que esperar más de dos años para acceder al mismo. Esta situación ha obligado a muchos ancianos a permanecer en domicilios que no reunían las condiciones de seguridad y confort mínimo, por falta de cuidador, por infraestructuras inadecuadas o insuficientes y/o por la presencia de graves problemas económicos.

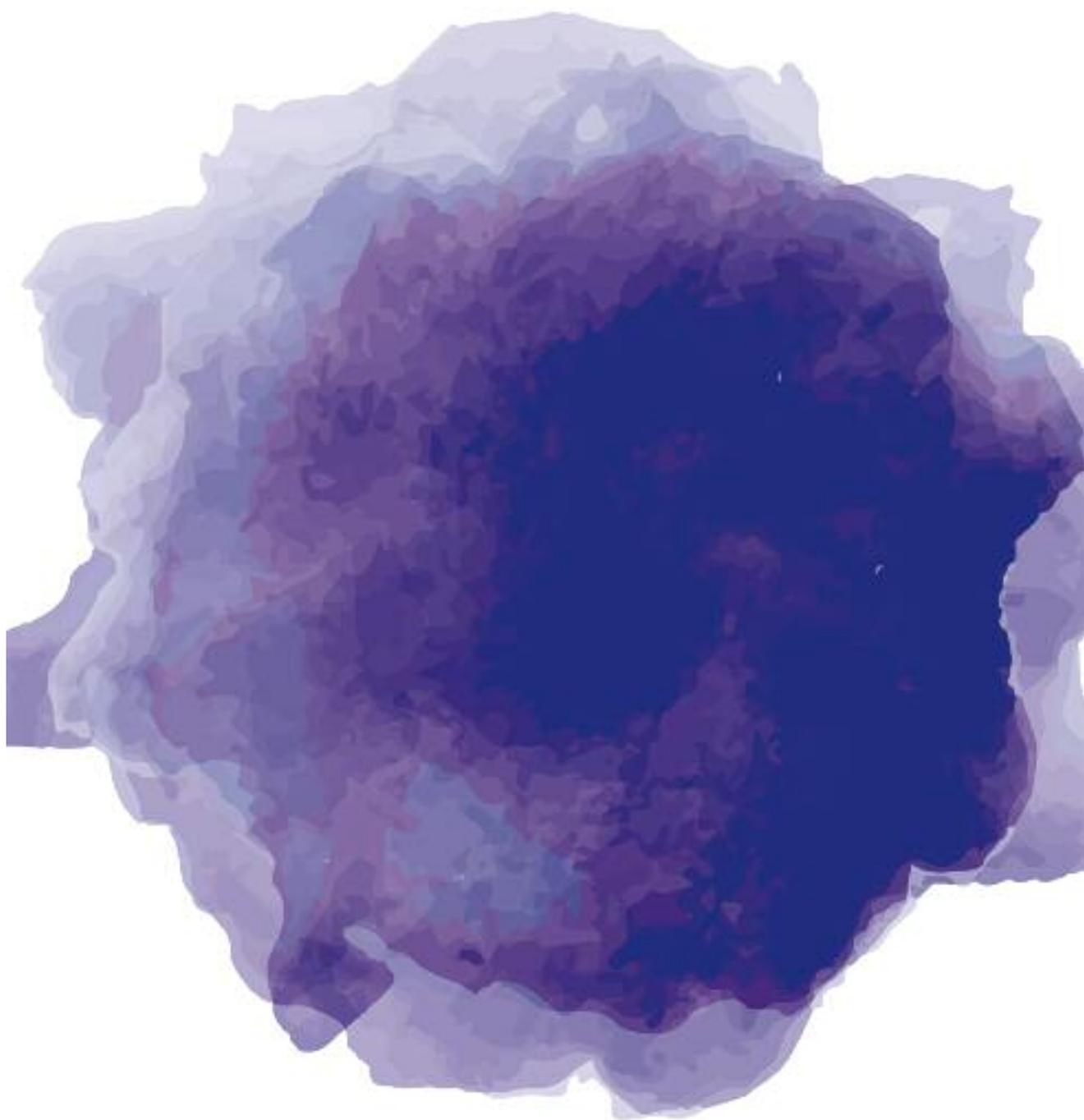
La Consejería de Salud tiene el firme propósito de potenciar la Atención Primaria y siguiendo las recomendaciones de la EAC del SNS:

- Conseguir una organización innovadora con capacidad resolutoria de los profesionales de Atención Primaria, especialmente en el caso de pacientes con pluripatología o especial complejidad y/o en situación paliativa.
- Priorizar una atención domiciliaria proactiva que permita el mantenimiento de las personas en su entorno de manera segura y potenciar la actuación de los profesionales de enfermería de Atención Primaria.
- Impulsar la participación y la corresponsabilidad de las personas con enfermedades crónicas a través de la implementación del programa "Paciente activo".
- Asegurar la coordinación asistencial para dar una respuesta rápida en el domicilio, con la intensidad que requiera en cada momento pudiendo utilizar los recursos más adecuados en el caso de precisar hospitalizaciones.





**5. LA ATENCIÓN A LAS PERSONAS
CON ENFERMEDADES CRÓNICAS,
OBJETIVO ESTRATÉGICO DE LA
CONSELLERIA DE SALUD**



5. LA ATENCIÓN A LAS PERSONAS CON ENFERMEDADES CRÓNICAS, OBJETIVO ESTRATÉGICO DE LA CONSELLERIA DE SALUD

La meta 5 del Plan Estratégico de la Consejería de Salud define el modelo de atención a la cronicidad, a la salud mental y a las enfermedades poco frecuentes.

En 2015, se inicia el diseño del mapa estratégico del Servicio de Salud, donde quedan reflejados todos los objetivos estratégicos y las acciones que se van a implementar para llevarlos a cabo. La atención a las personas con enfermedades crónicas es un objetivo clave en este mapa estratégico, que ha requerido un desarrollo específico, teniendo como referencia la EAC del SNS y otros modelos de atención de probada eficacia y expuestos en este documento.

Para abordar este objetivo estratégico de atención a la cronicidad se empieza a diseñar un proyecto transversal dirigido a la atención integral de los pacientes crónicos complejos y avanzados, en el que se propone evaluar la calidad en términos de pérdida/ganancia funcional con el índice de Barthel, el consumo de recursos sanitarios en términos de ingresos hospitalarios evitables y polifarmacia, la institucionalización posterior y la oferta de cuidados paliativos.

La finalidad del proyecto es que el paciente crónico complejo (PCC) y el paciente crónico avanzado (PCA) reciban una atención proactiva, resolutoria, adecuada, eficiente y satisfactoria en cualquier momento y etapa de la vida, con la intensidad que precise. Esta atención debe proporcionarse en el dispositivo más adecuado y es el domicilio el eje sobre el que han de pivotar todos los recursos para mejorar la calidad de vida y los resultados en salud, a la vez que se asegura la sostenibilidad del sistema.

La atención de estos pacientes requiere un cambio de modelo asistencial que afecta a organizaciones sanitarias, profesionales sanitarios, pacientes y personas cuidadoras, motivo por el que se crea, en 2015, en el Servicio de Salud de las Islas Baleares, la Subdirección de Atención a la Cronicidad, Coordinación Sociosanitaria, Salud Mental y Enfermedades poco Frecuentes. Desde esta Dirección, se impulsa el diseño y la implementación del presente plan de atención a las personas con enfermedades crónicas. El nuevo modelo organizativo sienta sus bases en el desarrollo e implementación de:

- Equipos multiprofesionales con áreas de conocimiento específicas que trabajan de manera interdisciplinaria.

- Equipos proactivos en todos los ámbitos asistenciales para conseguir una identificación de las personas con mayor riesgo, que permita una actuación precoz para asegurar el máximo nivel de autonomía posible de la persona.
- Valoración integral multidimensional realizada por el equipo que incluya las áreas clínica, funcional, cognitiva/emocional y social.
- Planes de cuidados individualizados que permitan fijar objetivos compartidos por pacientes y profesionales en todo el proceso asistencial.
- Coordinación asistencial eficaz.

El nuevo modelo de Atención queda reflejado en el Marco Conceptual de la Figura 5.



Fig. 5. Marco Conceptual de la Atención a la Cronicidad en el Servicio de Salud de las Islas Baleares. Fuente: propia

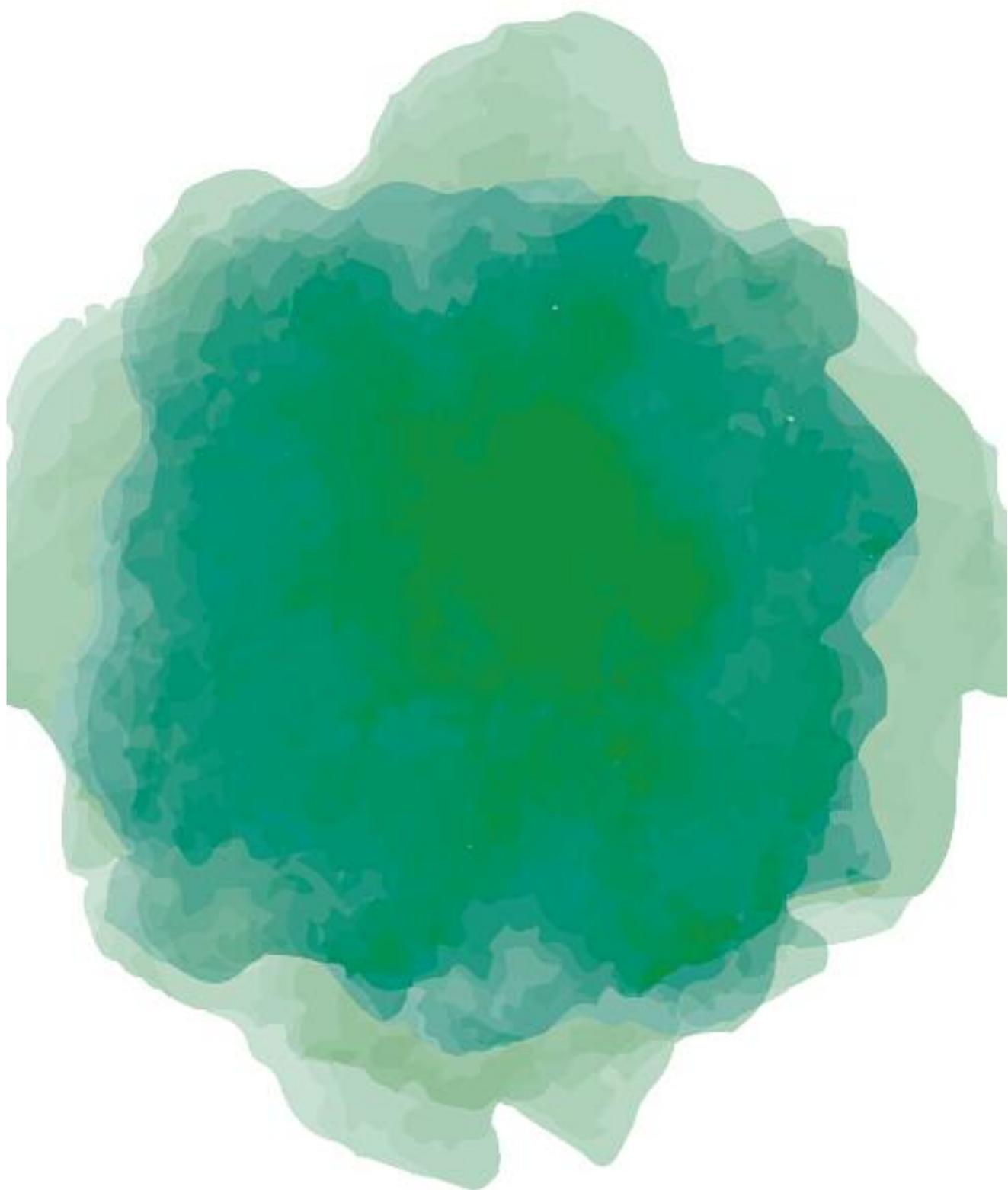
Para mejorar la atención a los pacientes crónicos complejos y avanzados, se han diseñado los siguientes proyectos:

1. Mejorar la resolución de la Atención Primaria, tiene que ser el eje de la atención a las personas con enfermedades crónicas.
2. Creación de nuevos roles profesionales: enfermera gestora de casos en todos los ámbitos sanitarios para garantizar la continuidad asistencial
3. Programa de Atención Domiciliaria
4. Creación de unidades de crónicos complejos en hospitales de agudos
5. Creación de unidades de crónicos avanzados en hospitales de media estancia
6. Estratificación de la población en función de la morbilidad y complejidad
7. Programa de paciente activo





6. MISIÓN, VISIÓN y VALORES



6. MISIÓN, VISIÓN y VALORES

MISIÓN

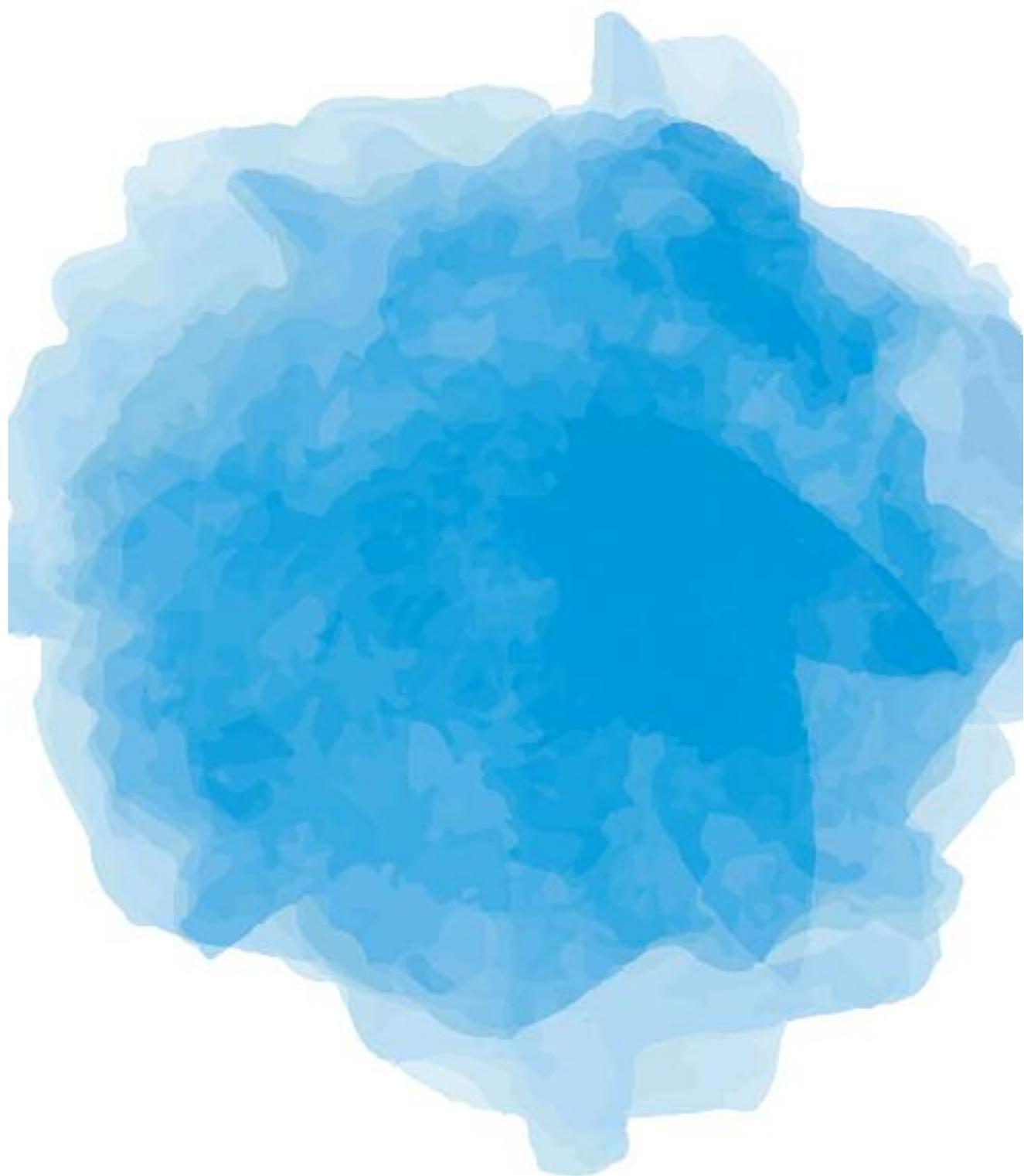
Mejorar la atención sanitaria a las personas con enfermedades crónicas, teniendo en cuenta a las personas que les cuidan y a sus familias, impulsando una atención de calidad, integral, transversal y sostenible.

VISIÓN

Proporcionar una atención de calidad, integral y coordinada a las personas con enfermedades crónicas y a sus familias. La atención se tiene que prestar en el ámbito más adecuado y ser prestada por el profesional más preparado en el marco de un equipo multiprofesional.

VALORES

1. La persona y sus necesidades son el centro del sistema
2. Atención integral
3. La tecnología y los SIS al servicio de las personas y de los profesionales
4. Accesibilidad
5. Equidad
6. Respeto a la autonomía de las personas y a su derecho a decidir
7. Calidad
8. Eficiencia
9. Sostenibilidad
10. Innovación
11. Investigación
12. Ética profesional





7. OBJETIVOS Y ACCIONES



7. OBJETIVOS Y ACCIONES

A. Objetivo general

Gestionar la cronicidad y la complejidad de manera eficiente y con la mejor evidencia disponible, para asegurar una atención sanitaria de calidad que dé respuestas a las necesidades en salud de nuestra población en todas las etapas de la vida, siendo eficientes y asegurando la universalidad y la sostenibilidad del sistema sanitario.

B. Objetivos específicos

Objetivo 1: Identificar a la población con enfermedades crónicas en función de su morbilidad para establecer el nivel de atención adecuado

La estratificación clasifica a la población en grupos en función de morbilidad y complejidad, y permite identificar a las personas según sus necesidades, pudiendo así anticiparnos a las complicaciones y reagudizaciones. Al tener esta herramienta una visión poblacional, también permite planificar los recursos necesarios y definir el lugar en el que, preferentemente, debe ser atendido el paciente. La identificación de las personas con una mayor complejidad permite una actuación proactiva y el diseño de un plan de actuación integral para prevenir complicaciones, dar soporte a la persona y facilitar su autonomía en la medida de lo posible.

Acciones

- 1.1 Automatizar la estratificación de pacientes en base a GMA y realizarla cada 6 meses.
- 1.2 Proporcionar, en la historia clínica informatizada de Atención Primaria (e-siap), un sistema de marcaje de los pacientes crónicos con las siguientes alarmas: PCC ? Paciente Crónico Complejo y PCA ? Paciente Crónico Avanzado, visibles para todos los profesionales sanitarios.
- 1.3 Extender estas alarmas a todos los sistemas locales de manera que puedan ser consultados y modificados desde cualquier nivel asistencial.
- 1.4 Ofrecer al profesional sanitario el valor de estratificación automático sugerido por el GMA que permita identificar las necesidades de salud de las personas y planificar los recursos necesarios.
- 1.5 Proporcionar las pirámides de la población asignada a los médicos y enfermeras de atención primaria para que puedan llevar a cabo actuaciones proactivas, especialmente con las personas con una mayor complejidad, con el objetivo de evitar complicaciones.
- 1.6 Presupuestar el capítulo IV (farmacia comunitaria) con

los datos de morbilidad de la pirámide de grupos de morbilidad ajustados.

Objetivo 2: Mejorar la salud de las personas con problemas de salud crónicos de las Islas Baleares, de sus familias y de las personas cuidadoras a través de la formación entre iguales en el marco del programa de paciente activo. Es necesario dar respuesta a las demandas generadas por la cronicidad y empoderar a la ciudadanía. El empoderamiento consiste en desarrollar las habilidades y fortalecer las capacidades de las personas y de las comunidades para mejorar y mantener su salud y su capacidad funcional a lo largo de toda su vida, y desarrollar condiciones y estilos de vida saludables⁴⁵.

Los programas dirigidos a potenciar el autocuidado facilitan el empoderamiento del paciente en relación a su proceso de salud-enfermedad. Además, crean un espacio en el que la persona puede identificar mejor sus recursos personales para afrontar su enfermedad. El paciente es más consciente de su problema de salud y está más comprometido con la mejora de su salud y con la asistencia que recibe, y presenta, además, un mejor cumplimiento terapéutico⁴⁵.

Para llevar a cabo estos programas, es necesario sensibilizar y concienciar a los profesionales hacia este nuevo enfoque, necesario en la atención a las personas con enfermedades crónicas, ya que repercuten directamente en su calidad de vida.

Estos programas se basan en la colaboración paciente-profesional y en el trabajo en equipo. Son diferentes de la educación simple y del entrenamiento de habilidades de los pacientes que se ha realizado hasta ahora. Los pacientes, en estos programas, asumen una función activa en la gestión de su enfermedad, ayudan a otras personas que tienen el mismo diagnóstico y hacen una función importante de sensibilización social y soporte¹⁴.

Acciones

- 2.1 Hacer partícipes a los pacientes y asociaciones de pacientes del diseño e implementación del programa.
- 2.2 Desarrollar el programa de paciente activo en el marco de la Escuela de Salud.
- 2.3 Diseñar la formación específica de los tres niveles de intervención del proyecto: profesionales sanitarios co-líde-

res del proyecto, pacientes que serán activos y líderes en el futuro, pacientes que recibirán la formación entre iguales.

2.4 Realizar difusión entre las asociaciones y los pacientes para motivar a empezar la formación.

2.5 Identificar personas con problemas de salud crónicos que estén activas en el proceso de su enfermedad y que puedan participar como formadores entre iguales.

2.6 Capacitar a los pacientes y a las personas cuidadoras como formadores (paciente activo) para que puedan desarrollar un programa de formación entre iguales.

2.7 Impulsar estrategias de difusión y de sensibilización a los profesionales sanitarios en todos los ámbitos sanitarios.

2.8 Facilitar el uso de nuevas tecnologías para mejorar la gestión de la enfermedad.

2.9 Desarrollar los sistemas de información y las TIC para que el paciente pueda acceder a su historia clínica con todas las medidas de seguridad y realizar los test y escalas de valoración necesarios para la evaluación de la formación a corto, medio y largo plazo.

Objetivo 3: Implementar el proyecto de atención al paciente crónico complejo y avanzado en todos los ámbitos asistenciales del Servicio de Salud de las Islas Baleares.

Los cambios demográficos de los últimos años han hecho que el sistema de salud atienda cada vez más un mayor número de pacientes de edad avanzada con pluripatología y dependencia funcional progresiva. El modelo actual de atención, orientado a la atención de pacientes con problemas agudos, no da una respuesta adecuada a las necesidades de estos pacientes, es preciso realizar cambios en el modelo organizativo que se adapten a esta nueva y emergente realidad⁴⁶.

Los pacientes crónicos complejos son personas con una o más patologías crónicas de órgano, síntomas continuos y descompensaciones frecuentes con un riesgo alto de pérdida funcional y/o cognitiva.

Siguiendo las recomendaciones de la estrategia nacional para el abordaje de la cronicidad, se plantea un proyecto de atención al paciente crónico complejo y avanzado centrado en Atención Primaria, cuyo principal objetivo sea mejorar la calidad de la atención a los pacientes crónicos complejos y avanzados, a las personas que les cuidan y a sus familias, y mantenerlos, el máximo tiempo posible, en el entorno comunitario con la mejor calidad de vida posible.

En este marco también se impulsa la creación de unida-

des de hospitalización específicas en los hospitales de agudos, la creación de rutas asistenciales diferenciadas y una coordinación estrecha de esta unidad a través de la gestión de casos, con el objetivo de evitar, en la medida de lo posible, el deterioro funcional y/o cognitivo durante el ingreso en el hospital y que puedan volver a su domicilio lo más pronto posible y en las mejores condiciones de autonomía posibles.

Todo ello implica un cambio de modelo de prestación de servicios sanitarios que requiere la motivación y formación de los profesionales de referencia, la creación de nuevos roles, como el de la enfermera gestora de casos (EGC) y la potenciación de los hospitales de cuidados intermedios o de media estancia como hospitales rehabilitadores que pueden dar soporte también a la Atención Primaria y al hospital de agudos a través de los diferentes programas de atención como ortogeriatría, pluripatológico, RESC, convalecencia, neurorehabilitación, etc.

Uno de los factores clave en el desarrollo de la fragilidad es la desnutrición, por lo que es imprescindible impulsar la valoración nutricional de manera sistemática en todos los pacientes crónicos complejos y avanzados, para poder intervenir de manera precoz en los pacientes que lo precisen.

Acciones

3.1 Diseñar el proyecto de atención al paciente crónico complejo y avanzado.

3.2 Difundir el proyecto en todos los ámbitos e implicar a equipos directivos y profesionales.

3.3 Planificar la formación sobre cronicidad compleja y avanzada en los equipos de Atención Primaria, servicios de urgencias de Atención Primaria, O61, Atención hospitalaria de agudos y de media estancia.

3.4 Impulsar la creación de comisiones de cronicidad sectoriales para avanzar en el proyecto de manera coordinada y transversal.

3.5 Definir los circuitos en función de la realidad de cada sector y área de salud.

3.6 Impulsar una atención primaria resolutive en la que el médico de familia sea el referente de la persona con procesos crónicos por ser el profesional que mejor conoce al paciente y su entorno y porque es el que está más capacitado para realizar el control y el seguimiento en el ámbito comunitario.

3.7 Asegurar que cada centro de salud cuenta con internista o geriatra de referencia.

3.8 Realizar talleres para las personas cuidadoras de pacientes crónicos complejos y avanzados para mejorar su calidad de vida.

3.9 Desarrollar las competencias de la enfermera comunitaria para fomentar la autonomía y el autocuidado del paciente, de la persona cuidadora y de la familia dándoles los conocimientos y habilidades necesarios para conseguir una gestión adecuada de la salud.

3.10 Facilitar las ayudas técnicas y los recursos necesarios mediante los circuitos establecidos.

3.11 Crear las unidades de crónicos complejos en todos los hospitales de agudos.

3.12 Implementar la consulta de resolución rápida para evitar vistas a urgencias o ingresos hospitalarios de pacientes en la medida de lo posible. Esta consulta es un soporte importante para el médico de familia ante una reagudización de un paciente crónico complejo.

3.13 Crear unidades de pacientes crónicos avanzados en los hospitales de media estancia y establecer un circuito con Atención Primaria y O61 para que el paciente, ante una descompensación, pueda ingresar y recibir una atención adecuada sin pasar por Urgencias.

3.14 Crear la Unidad Ambulatoria de Estimulación Cognitiva en el Hospital General.

3.15 Poner en funcionamiento el Hospital de Día Evaluador y Rehabilitador en el Hospital General (HG).

3.16 Definir los procesos asistenciales de los hospitales de agudos y de media estancia.

3.17 Evitar la polimedicación para prevenir activamente las caídas, el deterioro funcional y cognitivo y otras reacciones adversas a medicamentos (RAM).

3.18 Impulsar el cribado nutricional y una valoración adecuada de la desnutrición relacionada con la enfermedad, para detectar situaciones de riesgo o de desnutrición y efectuar un seguimiento.

3.19 Establecer una coordinación eficaz con los dispositivos sociales para solucionar la problemática social, especialmente en los pacientes con gran dependencia.

3.20 Conseguir que todos los equipos de Atención Primaria y hospitalarios que atienden a PCC y a PCA tengan formación básica en cuidados paliativos, para asegurar atención paliativa en todos los recursos y ámbitos y adecuar la intensidad a las necesidades de cada momento evolutivo.

3.21 Establecer un circuito directo de derivación desde el domicilio a las unidades de cuidados paliativos juntamente con los hospitales de media estancia, O61 y Atención Primaria.

3.22 Impulsar la planificación anticipada de las decisiones en el paciente PCA para centrar la atención en el pa-

ciente y su familia y evitar intervenciones indeseables en fases avanzadas de la enfermedad.

3.23 Implicar al O61 para que realice la gestión de las rutas establecidas cuando un paciente crónico complejo o avanzado se descompensa o sufre una reagudización.

3.24 Difundir el proyecto de atención a pacientes crónicos complejos y avanzados y de cuidados paliativos entre los pacientes y ciudadanos.

3.25 Crear un registro de pacientes de más de 65 años con más de dos ingresos hospitalarios al año no programados durante el último año para realizar una intervención proactiva que prevenga los ingresos.

3.26 Desarrollar las TIC para establecer un cuadro de mandos que permita el seguimiento del proyecto y la creación de registros específicos.

3.27 Establecer una gestión colaborativa con los servicios sociales para disminuir las estancias hospitalarias innecesarias de pacientes por problemas de recursos sociales.

Objetivo 4: Implementar el proyecto Enfermera Gestora de Casos, garantía de coordinación y de continuidad asistencial en todos los ámbitos asistenciales del Servicio de Salud de las Islas Baleares

La falta de coordinación sanitaria repercute en la calidad de la atención, en la seguridad clínica y en los costes sanitarios²¹. La enfermera gestora de casos debe asegurar la coordinación y la gestión global, facilitar la continuidad de los cuidados de forma coordinada y planificada y garantizar el acceso a las ayudas técnicas y a los recursos más adecuados.

Acciones

4.1 Diseñar el proyecto de gestión de casos para asegurar la continuidad asistencial y la coordinación eficaz.

4.2 Difundir el proyecto en todos los ámbitos e implicar a equipos directivos y profesionales asistenciales.

4.3 Definir el nuevo rol de “enfermera gestora de casos” en todos los ámbitos asistenciales, crear el puesto de enfermera gestora de casos de hospital y enfermera gestora de casos comunitaria.

4.4 Diseñar la formación que deben recibir las EGC para desarrollar, de manera eficaz, su competencia y su nuevo rol.

4.5 Realizar dos ediciones del curso de formación de EGC anuales hasta 2018.

4.6 Definir los circuitos de atención en función de la realidad de cada sector y área de salud.

4.7 Implementar la gestión de casos en todos los ámbitos asistenciales.

4.8 Asegurar la coordinación entre Atención Primaria y hospitalaria con los medios tecnológicos adecuados.

Objetivo 5: Diseñar un proyecto para la atención de niños y de adolescentes con problemas de salud crónicos complejos y/o avanzados, teniendo en cuenta la coordinación necesaria entre Salud, Servicios Sociales y Educación, para garantizar al niño y a su familia una infancia y una escolarización lo más normalizada posible

El aumento progresivo de niños con enfermedades crónicas complejas y el grado de satisfacción de niños y familias en cuanto al modelo de atención nos hace plantear el desarrollo de un proyecto específico que pueda dar respuestas coordinadas y eficientes a estos niños y a sus familias.

La cronicidad compleja en los niños se produce en un número de enfermedades poco prevalente y, en muchas ocasiones, poco frecuentes. Esta característica dificulta el establecimiento de protocolos estandarizados, por lo que es necesario realizar una gestión individualizada e integral de cada caso. Por este motivo, el contacto de estos pacientes con el hospital es frecuente y se generan múltiples consultas a diferentes especialidades e ingresos hospitalarios frecuentes.

También es importante tener en cuenta el impacto que tienen sobre la salud del niño enfermo los determinantes sociales como la pobreza, la precariedad laboral de los progenitores o tutores, la calidad de la vivienda, el entorno residencial y el nivel educativo⁴⁷.

Tal y como reconoce la Academia Americana de Pediatría (AAP), el diagnóstico de una enfermedad incurable o una situación clínica irreversible hace al paciente tributario de una atención paliativa. En cada momento de su evolución, puede requerir recursos asistenciales diferentes⁴⁸.

Existe una amplia variedad de enfermedades susceptibles de recibir cuidados paliativos (neurológicas, metabólicas, cromosómicas, cardiológicas, respiratorias, etc.), cuya duración es impredecible. Muchas de ellas pertenecen al grupo de las denominadas enfermedades raras y de carácter familiar, algunas sin diagnóstico. Es importante identificar a todos los niños con enfermedades crónicas complejas que requieren una atención integral y coordinada, con una gestión de casos eficaz y una mirada paliativa, que nunca es excluyente de un tratamiento activo.

La unidad de cuidados paliativos pediátricos, muy orientada a los niños con este perfil de enfermedades crónicas complejas en la infancia, tiene como misión proporcionar calidad de vida a los niños que tienen un diagnóstico de enfermedad que amenaza o limita su vida y a sus familias, y poderles proporcionar cuidados integrales en sus cuatro esferas para que puedan participar en sus cuidados en forma plena. Para desarrollar esta labor, es importante contar con los pediatras y con las enfermeras de pediatría de Atención Primaria para asegurar así al niño y a la familia una continuidad asistencial. En el caso de los niños es también imprescindible que el sistema de salud se coordine con el sistema educativo y social para garantizar al niño una infancia y una escolarización lo más normalizada posible.

También es importante tener presente la prevalencia de alteración o trastorno del desarrollo infantil, que se sitúa en un 7,5 % en los niños menores de 6 años. En cuanto a los menores de 15 años, la prevalencia se estima en un 5,6%⁴⁹.

Acciones

5.1 Reactivar la comisión técnica entre Salud y Educación para impulsar acciones de promoción y de atención sanitaria coordinadas y eficaces en los centros educativos.

5.2 Implementar el protocolo de comunicación y atención de los niños y adolescentes con problemas de salud crónicos en los centros educativos.

5.3 Realizar formación específica a profesionales y a los docentes para asegurar que el niño recibe una atención de calidad en la escuela y en el domicilio.

5.4 Potenciar el Centro Coordinador de Atención Primaria para el desarrollo infantil (CAPDI).

5.5 Crear una comisión con la participación de profesionales y de ciudadanos para desarrollar un proyecto de atención integral y coordinado en la cronicidad pediátrica compleja.

5.6 Realizar cambios organizativos para asegurar una atención integral al niño con enfermedad crónica compleja y/o avanzada.

5.7 Implementar la gestión de casos para niños con enfermedad compleja y/o avanzada.

Objetivo 6: Impulsar una coordinación eficaz entre los servicios sanitarios y los servicios sociales con el objetivo de asegurar una atención integral

El Plan de acciones sanitarias en el ámbito sociosanitario del Servicio de Salud 2010-2014 deja patente la necesidad de coordinación y colaboración entre los servicios de

salud y los sociales. Para dar respuestas a este perfil de personas en situación de complejidad y dependencia, con importantes necesidades sanitarias y sociales, se debe impulsar la cooperación multiprofesional y asegurar la continuidad de los cuidados, con la finalidad de evitar los solapamientos y las carencias en la obtención de servicios. Para alcanzar estos objetivos, es fundamental compartir los sistemas de información⁴².

Las personas que requieren cuidados constantes y profesionalizados, que no cuentan con apoyo familiar o social para poder vivir en su domicilio y que están en espera de una residencia, deben recibir una respuesta equitativa y coordinada.

Acciones

6.1 Establecer canales de comunicación y proyectos comunes con la Conselleria de Servicios Sociales y con los Consells de Mallorca, Menorca e Ibiza.

6.2 Impulsar una gestión colaborativa y coordinada desde el Servicio de Salud con los Servicios Sociales mediante la gestión de casos y el desarrollo competencial de los trabajadores sociales.

6.3 Impulsar convenios para conseguir una gestión colaborativa y coordinada, especialmente en las áreas con más carencia de recursos sociosanitarios.

6.4 Asegurar la contratación de un trabajador social para facilitar el acceso a los recursos sociales de las personas que permanecen ingresadas en los hospitales únicamente por estar pendientes de acceso a una plaza residencial o a un recurso social.

6.5 Impulsar el proyecto de atención a los pacientes con demencia asociada a un trastorno de conducta entre los servicios de Neurología, Psiquiatría, hospitales de media estancia y servicios sociales.

6.6 Promover la salida del psiquiátrico de las personas sin criterios de ingreso en el hospital y facilitarles el mejor recurso social para ellos.

6.7 Mantener las reuniones periódicas con los Consells Insulares y la Conselleria de Servicios Sociales y Cooperación, para avanzar en la atención integrada y en el acceso a recursos sociales desde todos los ámbitos de atención.

Objetivo 7: Implementar el programa de Atención Domiciliaria para mejorar la calidad asistencial y la seguridad de los pacientes con enfermedades crónicas complejas y/o avanzadas o que requieren atención sanitaria y tienen dificultades para desplazarse al centro de salud.

El envejecimiento, el aumento de la prevalencia de las en-

fermedades crónicas complejas y el aumento de la esperanza de vida han provocado un incremento importante de personas que sufren una situación de dependencia y discapacidad. El objetivo principal del Programa de Atención Domiciliaria es mantener la máxima autonomía de la persona y prevenir y retardar el deterioro funcional y las complicaciones potenciales⁵⁰.

Estas personas necesitan a alguien que les ayude continuamente para la realización de las actividades de la vida diaria. Las personas cuidadoras de los pacientes enfermos y con problemas de autonomía sufren también una gran carga derivada de este cuidado, por lo que también son objeto del programa de atención domiciliaria.

Acciones

7.1 Diseñar y difundir el programa de atención domiciliaria.

7.2 Identificar a la población diana de manera proactiva por parte de médicos de familia, enfermeras y enfermeras gestoras de casos utilizando la herramienta de clasificación de los grupos de morbilidad ajustados (GMA).

7.3 Desarrollar objetivos e indicadores específicos de Atención domiciliaria en los contratos de gestión de Atención Primaria.

7.4 Difundir entre los profesionales y los ciudadanos el programa de Atención Domiciliaria.

7.5 Impulsar jornadas de trabajo y de discusión sobre atención domiciliaria.

7.6 Impulsar medidas organizativas innovadoras que faciliten la atención domiciliaria.

7.7 Desarrollar las competencias profesionales de las enfermeras de Atención Primaria para asegurar una atención domiciliaria proactiva integral y de calidad.

7.8 Implementar la gestión de casos para dar soporte y facilitar la implementación del programa de atención domiciliaria.

Objetivo 8: Realizar una planificación de los recursos sociosanitarios de media estancia en el sistema de Salud teniendo en cuenta las proyecciones de población y envejecimiento del Instituto Nacional de Estadística y del Instituto Balear de estadística

Es fundamental planificar los recursos necesarios de infraestructuras y servicios para atender de manera eficiente a las personas con enfermedades crónicas, especialmente a las más frágiles y de mayor complejidad a partir de un análisis de la situación.

El objetivo principal de las unidades de media estancia es rehabilitador, de promoción de la autonomía y de reinserción en la comunidad después de un proceso agudo o de una complicación de su enfermedad crónica.

Las Unidades de Media Estancia (Convalecencia y Rehabilitación) constituyen una pieza clave en la eficacia de la asistencia a estos pacientes, ya que priorizan la recuperación funcional de los ancianos con incapacidad o deterioro inicialmente reversible; pero, también, administran cuidados dirigidos a la adaptación de los pacientes a la incapacidad, la implicación y aprendizaje de familiares en el cuidado de ancianos incapacitados, el cuidado y cicatrización de úlceras y heridas, la planificación de la ubicación definitiva al alta hospitalaria, la evaluación de los síndromes geriátricos e, incluso, la estabilización clínica de enfermedades en fase subaguda⁵¹.

Se recomienda que un tercio de estas plazas sea destinado a personas con procesos subagudos, con alguna enfermedad crónica evolutiva o a pacientes postagudos complejos en situación de enfermedad previa, ya evaluados y diagnosticados, con necesidades de rehabilitación y con una morbilidad, reagudización y mortalidad altas, que requieran intensidad terapéutica y un tiempo más largo para recuperarse.

En virtud de estos datos se propone (reseñando el informe del Defensor del Pueblo publicado en el año 2000) que:

- Debe existir una unidad de media estancia por cada hospital general, con una total recomendación de ser adscrita al Servicio de Geriátrica o a la Unidad de Crónicos complejos.
- Debe garantizarse la equidad en el acceso a las unidades de media estancia y convalecencia.
- Debe atenuarse la enorme variabilidad interterritorial mejorando la provisión de recursos en las zonas que carecen de ellos.
- Las personas mayores que residan en la Comunidad deben tener acceso al nivel geriátrico con mayor dedicación a la recuperación funcional.

Según un informe de la Sociedad Española de Geriátrica y Gerontología, múltiples estudios han utilizado diversos ratios para estimar las necesidades actuales y futuras de este tipo de recurso en nuestro país. Dichos estudios tienen como referencia los llevados a cabo en otros países: la British Geriatric Society estimaba, en 1990, una ratio de 2,5 camas de media estancia por 1.000 habitantes > 65 años); y el informe del INSALUD en 1995, estimaba una

necesidad de 0,93 camas de media estancia por cada 1.000 habitantes > 65 años⁵¹. Es necesario tener en cuenta ambos criterios y situarlos en cada contexto de envejecimiento.

Acciones

8.1 Realizar la planificación por sectores y áreas de los recursos sanitarios de media estancia y de cuidados paliativos.

8.2 Planificar unidades de recuperación y rehabilitación cognitiva y funcional.

8.3 Realizar el plan funcional de la Unidad de Media Estancia del Hospital Can Mises en Eivissa y el proceso de rehabilitación del edificio.

8.4 Realizar el plan funcional del Hospital Verge del Toro de Menorca y el proceso de rehabilitación del edificio.

8.5 Impulsar convenios para asegurar que todos los sectores y áreas cuentan con camas de media estancia que permitan una convalecencia y rehabilitación en el ámbito más adecuado.

8.6 Realizar el plan funcional del complejo de Son Dureta y el proceso de rehabilitación/construcción de los edificios, para conseguir una atención a pacientes crónicos complejos y avanzados integral y equitativa.

Objetivo 9: Aumentar la capacidad de resolución de la Atención Primaria

La Atención Primaria de Salud es la clave para la atención de las personas con enfermedades crónicas. Los profesionales sanitarios de Atención Primaria (AP) deben liderar el proceso asistencial garantizando la continuidad a lo largo de toda su vida⁴.

Los profesionales de AP deben disponer de una mayor capacidad de resolución para resolver directamente los problemas de salud de las personas con enfermedades crónicas, de manera que les permita desarrollar funciones específicas en promoción de la salud y prevención de la cronicidad en el ámbito comunitario, en la identificación precoz de pacientes crónicos, en el soporte del paciente y cuidadores, en la supervisión de la adherencia terapéutica, en la seguridad del paciente, en la gestión de casos y en la utilización de recursos comunitarios, entre otras.

La capacidad de resolución debe adaptarse a las necesidades de los pacientes/ciudadanos y debe permitir que los profesionales de AP desarrollen su labor asistencial con una visión más global e integrada entre las necesidades físicas, psíquicas y sociales, siguiendo el enfoque

biopsicosocial propuesto por Engel, que define los factores biológicos, psicológicos y sociales como principales determinantes de la salud y de la enfermedad⁵².

Acciones

9.1 Aumentar progresivamente el presupuesto destinado a Atención Primaria hasta conseguir los recursos materiales y humanos suficientes, y asignar cupos a los profesionales teniendo en cuenta la carga de morbilidad (GMA) y otros factores claves como los determinantes sociales.

9.2 Adecuar la organización de los centros de salud y redefinir roles de los profesionales, consiguiendo que cada uno realice aquello que su capacitación le permite y es más eficiente para responder a las necesidades de la población.

9.3 Favorecer modelos de gestión descentralizados con líderes clínicos.

9.4 Reordenar la atención continuada y favorecer la resolución de la urgencia en el primer nivel asistencial.

9.5 Propiciar que el médico y la enfermera de Atención Primaria sean los coordinadores de la atención de los pacientes dentro del sistema sanitario.

9.6 Velar por la autonomía del paciente y por promover la toma de decisiones compartidas, incluyendo la participación de los pacientes en la gestión y en el control de su enfermedad.

9.7 Favorecer e incrementar actividades de promoción de la salud y de prevención de la enfermedad.

9.8 Favorecer e incrementar actividades comunitarias.

9.9 Adecuar la tecnología de Atención Primaria a su capacidad de resolución, implementar el Plan de Renovación Tecnológica de Atención Primaria.

9.10 Velar por el uso de la tecnología implementada con criterios de calidad y eficiencia.

9.11 Facilitar el acceso protocolizado al catálogo de pruebas complementarias en igualdad de condiciones que el ámbito hospitalario.

9.12 Garantizar la calidad en la atención, disminuir la variabilidad y garantizar la seguridad del paciente, consensuando vías clínicas y protocolos, con el soporte técnico adecuado.

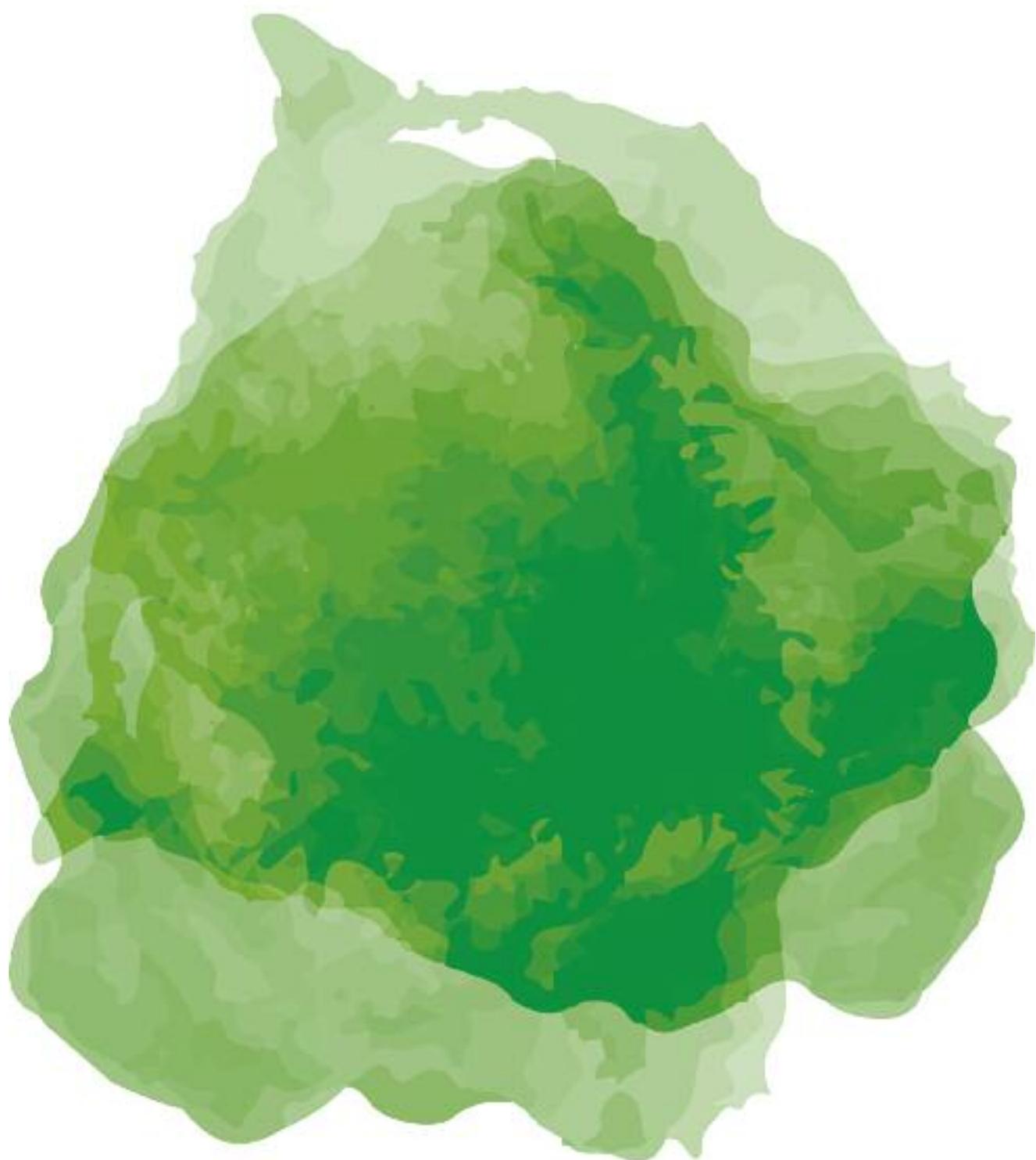
9.13 Asegurar el uso racional de los medicamentos.

9.14 Implementar la renovación de la historia clínica electrónica de Atención Primaria y la historia clínica integrada.





**8. MEMORIA ECONÓMICA
DEL PLAN DE ATENCIÓN
A LA CRONICIDAD**



8. MEMÒRIA ECONÒMICA PER AL DESENVOLUPAMENT DE L'ESTRATÈGIA

El presupuesto estimado para llevar a cabo el presente "Plan de Atención a las Personas con Enfermedades Crónicas 2016-2021" se ha elaborado con las siguientes premisas:

- Funcionamiento al 100% del Plan, siendo conscientes de que un plan de esta magnitud se consolidará a lo largo de los años. Algunas actuaciones ya se han iniciado en los años 2016 i 2017.
- El presupuesto del capítulo I estimado corresponde al coste de los recursos humanos.
- El presupuesto del capítulo II estimado se refiere al coste de asegurar la estancia media a las personas que requieren convalecencia y/o rehabilitación en las comarcas de Tramuntana y Llevant (Mallorca), y en Menorca, fundamentalmente a través de acuerdos/convenios con otras entidades.
- El presupuesto del capítulo VI (Inversiones) estimado es el que se corresponde con las acciones que aseguran las infraestructuras y espacios adecuados para llevar a cabo los proyectos. Se entiende que este gasto solo se producirá una vez.

Presupuesto estimado para Implementar el Plan de Atención a las Personas con Enfermedades Crónicas 2016-2021:

1. CAPÍTULO I (RECURSOS HUMANOS): 3,9 M€

1.1 Equipo de implementación del Proyecto de Cronicidad y Paciente Activo en los Servicios Centrales del Servicio de Salud: 0,5 M €.

El presupuesto para los Servicios Centrales del Servicio de Salud se destinará al Centro Coordinador de Atención a la Cronicidad, al Centro Coordinador del programa de cuidados paliativos, a la Coordinación del programa de paciente Activo y al Centro de Atención Primaria para el desarrollo Infantil (CAPDI)

1.2 Cronicidad Gerencias del Servicio de Salud: 3,4 M €

El presupuesto que se destina dentro de la estructura de las gerencias del Servicio de Salud, se corresponde a la dotación de los recursos humanos para garantizar los

proyectos que han quedado detallados en presente plan:

- Proyecto de Atención a las personas con enfermedades crónicas complejas y avanzadas: enfermeras para gestión de casos, trabajadores sociales, médicos, psicólogo, farmacéutico.
- Proyecto de Atención a las personas con deterioro cognitivo: equipo multiprofesional.
- Proyecto de Hospital de Día Geriátrico: equipo multiprofesional.
- Proyecto de Unidad Polivalente de Ibiza: equipo multiprofesional.

2. CAPÍTULO II (GASTO CORRIENTE): 4,6 M€

Corresponde al gasto aproximado para garantizar el servicio de estancia media con equidad (convalecencia y rehabilitación) en las comarcas de Tramuntana y Llevant (Mallorca), y en la isla de Menorca. Se pretende llevar a cabo mediante convenios singulares con entidades sin ánimo de lucro como el Hospital San Juan de Dios y la Cruz Roja.

3. CAPÍTULO VI (INVERSIONES): Pendiente de determinar.

Se plantean acciones en infraestructuras, la mayoría en espacios que ya existen, con el objetivo de adecuar los espacios para poder llevar a cabo las acciones que se proponen en el presente plan:

- Unidad de Demencia con trastorno de conducta asociado en un edificio del psiquiátrico (psicogeriátrico)
- Adecuación de las instalaciones del Hospital General
- Unidad Polivalente del Área de Ibiza y Formentera ASEF
- Complejo Virgen del Toro
- Complejo Son Dureta

En la mayoría de los casos, las inversiones que se plantean asociadas a este plan, se engloban en actuaciones generales más amplias de los edificios.





9. SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN



9. SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN

Tal y como refleja la EAC del SNS, es un objetivo clave promover la innovación en el proceso de evaluación, planificación y provisión de servicios con el fin de garantizar la equidad, eficiencia y sostenibilidad de la atención a los pacientes con condiciones de salud crónicas

El Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad publicó, en 2016, un documento con la propuesta de indicadores para evaluar la atención a la cronicidad en el marco de la EAC del SNS⁵³. Se han propuesto 11 indicadores que han mostrado un nivel de acuerdo moderado/elevado en las diferentes fases de consenso en la reunión final de consenso presencial de todas las comunidades autónomas. Uno de los puntos clave en el proceso de priorización de dichos indicadores es la necesidad de avanzar en la homogeneización de lo que implican las necesidades y la complejidad de usuarios atendidos con problemas crónicos en

el Sistema Nacional de Salud. Se constata, a lo largo de este proceso de consenso, que es necesario profundizar en la comprensión de dicha complejidad y en la medición de sus necesidades de forma homogénea, para mejorar la gestión clínica de estos usuarios y avanzar en la asignación adecuada de recursos. Los 11 indicadores priorizados permitirían, en parte, avanzar en esta homogeneización. Nuestra Comunidad está comprometida con la evaluación de estos indicadores. Ver cuadro resumen en el anexo 1.

Para el seguimiento de las acciones propuestas, además, se han diseñado indicadores específicos en cada proyecto: paciente activo, paciente crónico complejo y avanzado, gestión de casos y atención domiciliaria, y se ha realizado una priorización que se ha plasmado en los diferentes contratos de gestión de hospitales, Atención Primaria y 061 (Anexo 2)



10. BIBLIOGRAFÍA





10. BIBLIOGRAFÍA

1. **World Health Organization.** Global status report on non communicable diseases. Geneva: Disponible en: http://www.who.int/nmh/publications/ncd_report_full_en.pdf. 2009
2. **Estrategia de cuidados paliativos pediátricos en el Sistema Nacional de Salud.** Criterios de Atención. SANIDAD 2014. MINISTERIO DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES E IGUALDAD. Disponible en: http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/01-Cuidados_Paliativos_Pediatricos_SNS.pdf
3. **Miguélez-Chamorro A, Ferrer-Arnedo C.** La enfermera familiar y comunitaria: referente del paciente crónico en la comunidad. *Enferm Clin.* 2014;24(1):5-11.
4. **Bengoa R.** Curar y cuidar. Innovación en la gestión de enfermedades crónicas: una guía para avanzar. Barcelona: Elsevier España- MASSON. 2008. P. 17-29
5. **BCG. Informe Cronos:** hacia el cambio de paradigma en la atención a enfermos crónicos. 2013. (Consultado el 15/12/2015.) Disponible en: www.thebostonconsultinggroup.es/documents/file165265.pdf
6. **Nuño-Solinis, Roberto.** Desarrollo e implementación de la Estrategia de Cronicidad del País Vasco: lecciones aprendidas. *Gac Sanit.* 2016;30(S1):106-110
7. **Haro J, Tyrovolas S, Garin N, et al.** The burden of disease in Spain: results from the global burden of disease study 2010. *BMC Med.* 2014;12:236.
8. <http://www.ine.es/prensa/np994.pdf>
9. http://ibestat.caib.es/ibestat/page?p=px_tablas&nodeld=c516a0cc-fd5e-48d5-8983-
10. <http://www.ine.es/jaxi/tabla.do?type=pcaxis&path=/t20/p251/proy/10/&file=02001.px>
11. **Vidal-Thomàs C, Alorda-Terrasa C, Adrover-Barceló RM, Ripoll-Amengual J, Taltavull-Aparicio JM, Sáenz de Ormijana Hernández A.** Necesidades de las cuidadoras familiares de personas con accidente cerebrovascular en el domicilio: Revisión estructurada 2000-2007. *Enferm clin* 2009;19(2):83-89.
12. **Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad** [Internet]. 1st ed. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2012 [citado 9 Junio 2016]. Disponible en: http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/ESTRATEGIA_ABORDAJE_CRONICIDAD.pdf
13. **Coleman CF, Wagner E.** Mejora de la atención primaria a pacientes con condiciones crónicas: el modelo de atención a crónicos. Bengoa R, Nuño-Solinis R. Curar y cuidar Innovación en la gestión de enfermedades crónicas: una guía para avanzar. Barcelona: Elsevier España- MASSON. 2008. P. 3-15
14. **González Mestre A.** la autonomía del paciente con enfermedades crónicas: De paciente pasivo a paciente active. *Enferm Clin.* 2014; 24 (1): 67-73. <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1130862113001769>
15. **Brady TJ, Murphy L, O'Colmain BJ, Beauchesne D, Daniels B, Greenberg M, et al.** A Meta-Analysis of Health Status, Health Behaviors, and Health Care Utilization Outcomes of the Chronic Disease Self-Management Program. *Prev Chronic Dis* 2013;10:120112. Disponible: <http://dx.doi.org/10.5888/pcd10.120112>
16. <http://patienteducation.stanford.edu/>
17. **Estrategia de Atención a Pacientes con Enfermedades Crónicas en la comunidad de Madrid.** Dic 2013. Disponible en: <https://ademadrid.files.wordpress.com/2014/03/estrategia-de-cronicos.pdf>
18. **Estrategia para abordar el reto de la cronicidad en Euskadi.** 2010. Gobierno Vasco. Departamento de Sanidad y Consumo. Estrategia para abordar el reto de la cronicidad en Euskadi. 2010. Disponible en: http://www.osakidetza.euskadi.eus/r85-skorga01/es/contenidos/informacion/estrategia_cronicidad/es_cronicos/estrategia_cronicidad.html
19. **Cuidados innovadores para las condiciones crónicas:** Organización y prestación de atención de alta calidad a las enfermedades crónicas no transmisibles en las Américas. Organización Panamericana de la Salud. Washington DC. 2013. Disponible en: http://www2.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=22257-&Itemid=270&lang=es
20. **Nuño Solinis, R; Toro Polanco, N.** Estudio de caso: kaiser permanente. Fundación Vasca de Innovación e Investigación Sanitarias / BIO Eusko Fundazioa. Agosto 2012. Disponible en: <http://externos.bioef.org/oberri/CasoKaiserDEFINITIVO.pdf>
21. **Estrategia para la Atención a la Cronicidad 2013-2015.** Consejería de Sanidad y Política Social. Murcia 2013.

22. **Jara Zozalla, A; Miralles Xamena J. Carandell Jägner E.** Guía de recomendaciones para la atención de los pacientes polimedicados (GRAPP) Conselleria de Salut i Consum de les Illes Balears. 2010. Disponible en: http://www.el-comprimido.com/PROTOCOLOS_SUPRASECTORIALES/pdf/GUIA%20POLIMEDICADOS_cast.pdf
23. **Villafaina A, Gavilán E.** Pacientes polimedicados frágiles, un reto para el sistema sanitario. *Inf Ter Sist Nac Salud.* 2011;35:114-23.
24. **Al Hamid A1, Ghaleb M, Aljadhey H, Aslanpour Z.** A systematic review of hospitalization resulting from medicine-related problems in adult patients. *Br J Clin Pharmacol.* 2014 Aug;78(2):202-17. doi: 10.1111/bcp.12293
25. **Ramos S, Díaz P, Mesa J, Núñez S, Suárez M, Callejón G, et al.** Incidencia de resultados negativos de medicación en un servicio de urgencias hospitalario y factores asociados. *Farm Hosp.* 2010;34(6):271-278.
26. **Documento de consenso sobre prevención de fragilidad y caídas en la persona mayor Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención en el SNS.** Documento aprobado por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud el 11 de junio de 2014. Informes, estudios e investigación 2014. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Disponible en: http://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/Estrategia/docs/FragilidadyCaídas_personamayor.pdf
27. **Estrategia de cuidados paliativos de las Islas Baleares 2009-2014.** Conselleria de Salut i Consum. 2009. Disponible en: <http://cuidadospaliativos.caib.es/sacmicrofront/contenido.do?mkey=M120109082736171656412&lang=ES&cont=45338>
28. **Decret 49/2014,** de 28 de novembre de 2014, pel qual es crea el Centre Coordinador del Programa de Cures Pal·liatives de les Illes Balears. Disponible en: <http://www.caib.es/eboibfront/ca/2014/10211/554245/decret-49-2014-de-28-de-novembre-de-2014-pel-qual->
29. **Llei 4/2015,** de 23 de març, de drets i garanties de la persona en el procés de morir
30. **Grupos de Morbilidad Ajustados** © David Monterde, Emili Vela, Montse Clèries . Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. 2014 Servicio Catalán de la Salud
31. **Programa de prevenció i atenció a la cronicitat.** Pla de Salut 2011-2015. Generalitat de Catalunya. Barcelona 2012. Disponible en: http://salutweb.gencat.cat/ca/el_departament/Pla_salut/pla-de-salut-2011-2015
32. **Montes Santiago J, Casariego Vales E, de Toro Santos M, Mosquera E.** La asistencia a pacientes crónicos y pluri-patológicos. Magnitud e iniciativas para su manejo: La Declaración de Sevilla. Situación y propuestas en Galicia. *Galicia Clin* 2012; 73 (Supl.1): S7-S14
33. **Varela J.** Las reformas necesarias en los hospitales: 10 recomendaciones para mejorar la eficiencia, la calidad y la efectividad. *Med Clin(Barc).*2016;146(3):133-137
34. **Ortega Matas, M.^a Cristina.** Intervención proactiva desde una unidad de geriatría en la atención del paciente crónico complejo ingresado en un hospital de agudos Gerokomos. 2014;25(4):152-158. Disponible en: http://scielo.isciii.es/pdf/geroko/v25n4/05_originalesbreves3.pdf
35. **Atención a las personas en situación de dependencia en España Libro Blanco.** Capítulo VI. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Secretaria de Estado de Servicios Sociales, Familias y Discapacidad. 2004. Disponible en: http://www.uab.cat/Document/580/416/LibroBlancoDependencia_01,0.pdf
36. **Osuna Pozo, CM; Ortiz Alonso, J; Vidán, M; Ferrerira, G; Serra Rexach JA.** Revisión sobre el deterioro funcional en el anciano asociado al ingreso por enfermedad aguda. *RevEspGeriatrGerontol.* 2014;49(2):77-89. Disponible en http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet?_f=10&pidet_articulo=90278590&pidet_usuario=0&pcontactid=&pidet_revista=124&ty=166&accion=L&origen=zonadelectura&web=www.elsevier.es&lan=es&fichero=124v49n02a90278590pdf001.pdf
37. **Gutiérrez Rodríguez J, Domínguez Rojas V, Solano Jaurrieta JJ.** Functional deterioration secondary to hospitalization for an acute disease in the elderly. An analysis of its incidence and the associated risk factors. *Rev Clin Esp.* 1999; 199:418-23. Disponible en <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10481556>
38. **García Navarro, José Augusto; Gómez Pavón, Javier; Maturana Navarrete, Nicolás; Ramírez Arrizabalaga, Reyes; Rodríguez Valcarce, Ana; Rui Pérez Cantera, Isidoro; Salvà Casanovas, Antoni; Sánchez del Corral Usaola, Francisco; Sepúlveda Moya, Diego.** Análisis y evaluación de la red de servicios sanitarios dedicados a la dependencia: programas de prevención, atención domiciliaria y hospitalización. Informe de la sociedad española de geriatría y gerontología.

- 39. Insalud.** Criterios de ordenación de servicios para la atención sanitaria a las personas mayores. Madrid: Insalud;1996
- 40. Baztán, JJ; Domenech, JR; González, M; Forcano, S; Morales, C; Ruipérez, I.** Ganancia funcional y estancia hospitalaria en la unidad geriátrica de media estancia del hospital central de cruz roja de Madrid. Rev. Esp. Salud Pública 2004; 78: 355-366 N.º 3 Mayo-Junio 2004. Disponible en: <http://www.scielosp.org/pdf/resp/v78n3/original2.pdf>
- 41. García Navarro, José Augusto; Gómez Pavón, Javier; Maturana Navarrete, Nicolás; Ramírez Arrizabalaga, Reyes; Rodríguez Valcarce, Ana; Ruipérez Cantera, Isidoro; Salvà Casanovas, Antoni; Sánchez del Corral Usaola, Francisco; Sepúlveda Moya, Diego.** Análisis y evaluación de la red de servicios sanitarios dedicados a la dependencia: programas de prevención, atención domiciliaria y hospitalización. Informe de la sociedad española de geriatría y gerontología.
- 42. Adrover Barceló, RM; Fuster Culebras J; Pomar Reynés J; Gómez Picard, Castaño Riera, E.** Plan de acciones sanitarias en el ámbito sociosanitario del Servicio de Salud 2010-2014. Consejería de Salud y Consumo. Servicio de Salud. 2010. Disponible en: <http://www.ibsalut.es/ibsalut/documentospdf/esp/Pla-Cast.pdf>
- 43. Starfield B, Fryer GE Jr.** The primary care physician workforce: ethical and policy implications. Ann Fam Med. 2007 Nov-Dec;5(6):486-91.
- 44. The Contribution of Primary Care Systems to Health outcomes within Organization for Economic Cooperation and Development (OECD) Countries, 1970-1998.** HSR: Health Services Research 38:3 (June 2003).
- 45. Jovell AJ, Navarro Rubio MD, Fernández Maldonado L, Blancafort S.** Nuevo rol del paciente en el sistema sanitario. Atención Primaria [Internet]. Elsevier; 2006 Sep 15 [cited 2015 Sep 27];38(4):234-7. Available from: <http://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-participacion-del-paciente-nuevo-rol-13092347>
- 46. World Health Organization.** Innovative care for chronic conditions: building blocks for action.WHO Global report. Geneva:WHO; 2002
- 47. PRINCEP;** Plataforma de Respuesta Integral a los Niños Crónicos con Elevada Dependencia. (Unidad de Crónicos Complejos OMIS. Observatorio de modelos integrados en salud de New Health foundation. Ganadores del premio "Integrated Care Award" entregado en la 16 Conferencia Internacional de Atención Integrada celebrada en Barcelona durante los días 23, 24 y 25 de Mayo de 2016. Disponible: <http://www.newhealthfoundation.org/web/wp-content/uploads/2016/06/PRI%CC%81NCEP-REGISTRO.pdf>
- 48. Guía de cuidados paliativos pediátricos del Sistema Nacional de Salud.** Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Madrid 2014. Disponible: http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/01-Cuidados_Paliativos_Pediatricos_SNS.pdf
- 49. Pedrosa J, Mateu A.** Memoria 2016. Centro coordinador de Atención Primaria para el desarrollo infantil. Palma de Mallorca, 2017. Disponible: <http://www.ibsalut.es/ibsalut/es/profesionales/capdi>
- 50. Adrover Barceló RM, Miralles Xamena J, Taltavull Aparicio JM.** Programa d'Atenció Domiciliària. Conselleria de Salut del Govern de les Illes Balears. Palma, 2017.
- 51. Informe de la Sociedad Española de Geriatría y Gerontología.** Análisis y evaluación de la red de servicios sanitarios dedicados a la dependencia: programas de prevención, atención domiciliaria y hospitalización. Disponible en: <https://www.segg.es/download.asp?file=media/descargas/libroBlancoDependencia.pdf>
- 52. Engel GL.** The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. Science. 1977; 196:129-136.
- 53. Serra-Sutton V, Espallargues M, Escarrabill J.** Propuesta de indicadores para evaluar la atención a la cronicidad en el marco de la Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad en el Sistema Nacional de Salud. Barcelona: Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya; 2016 (Informes de Evaluación de Tecnologías Sanitarias).

11. ANEXOS

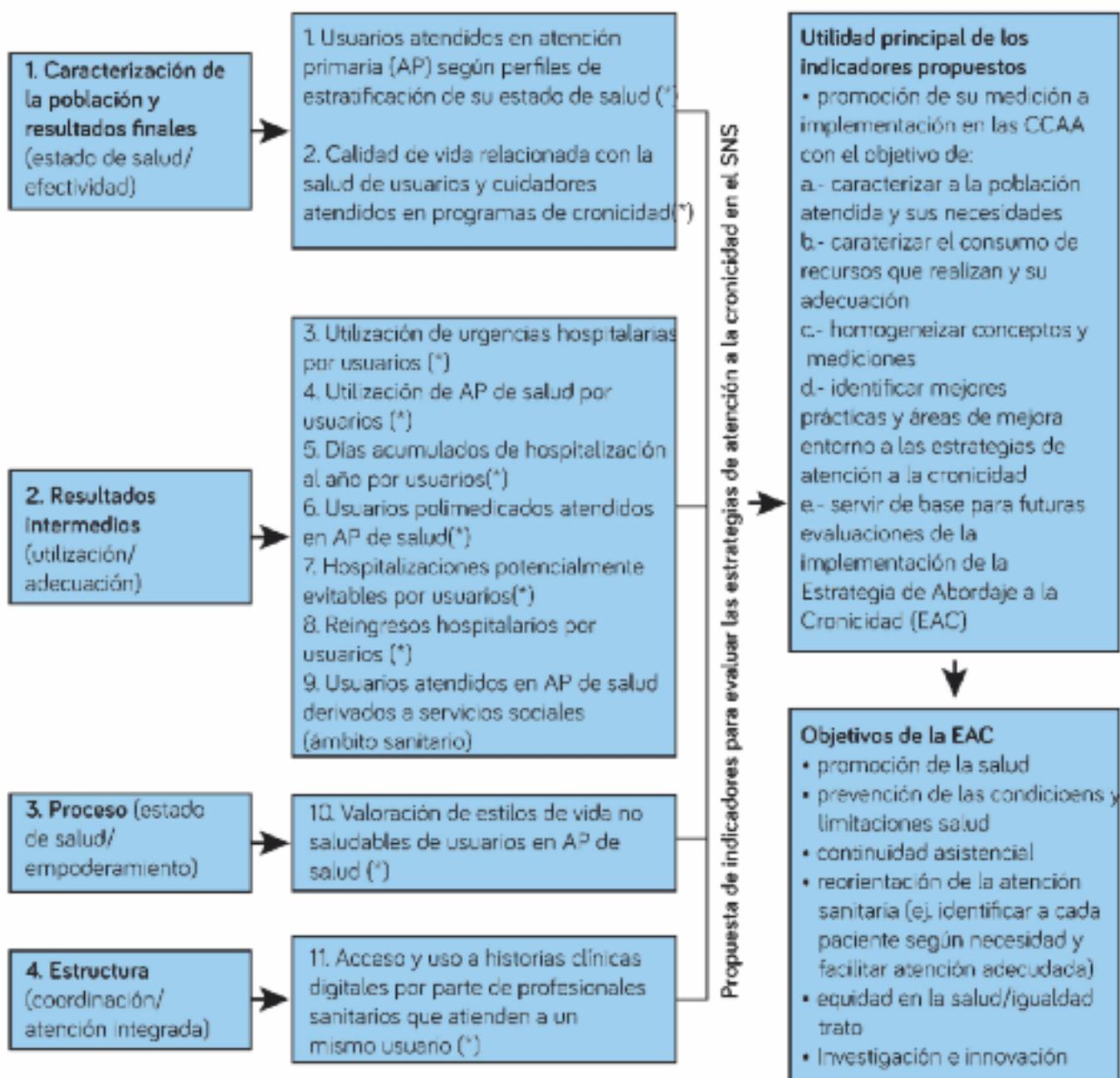




11. ANEXOS

A.Anexo 1. Indicadores de consenso del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad.

Descripción de los 11 indicadores propuestos para la promoción de su medición e implementación para evaluar la atención en el ámbito de la cronicidad en el Sistema Nacional de Salud según la tipología y la utilidad principal.



Fuente: Propuesta de indicadores para evaluar la atención a la cronicidad en el marco de la EAC. Agencia de Calidad y Evaluación Sanitarias de Cataluña; 2016

B. Anexo 2. Indicadores de contratos de gestión a. Atención Hospitalaria

CÓDIGO AH	INDICADORES propuestos
CIH 4.1.1.3	% de camas de hospitalización de MEDIANA ESTANCIA con enfermera referente asignada sobre las camas de hospitalización. Solo HUSE y HSLI.
PIH 1.4.3.2	Cobertura diagnóstica de las úlceras por presión (UPP) en los informes de alta
PIH 1.4.3.3	Valoración del riesgo de úlceras por presión
PIH 1.5.1.2	Estandarizar el registro de caídas de los distintos hospitales
PIH 1.6.1.1	Definir el proceso de paciente crónico complejo (PCC)
PIH 1.6.1.2	Definir el proceso de paciente crónico avanzado (PCA) en los hospitales de mediana estancia (Solo HUSE y HSLI)
PIH 4.2.1.1	Registro de ingreso directo a sociosanitario desde AP (solo HUSE y HSLI)
PIH 7.1.2.2	Número de pacientes crónicos complejos y avanzados dados de alta de hospital de agudos y de media estancia, con cita en módulo "continuidad asistencial" en las agendas de médico y enfermera de Atención primaria.
PIH 7.2.1.1	Proyecto Enfermera gestora de casos
PIH 8.3.1.1	Informe del proyecto de estimulación cognitiva al paciente con demencia en el Hospital General (solo HUSE)
PIH 8.4.1.1	% de CS con internista de referencia
PIH 8.5.2.1	Cuantificación de las derivaciones realizadas por médicos o enfermeras a las unidades de soporte hospitalario (USH)

b. 061

CÓDIGO 061	PROYECTO	ACCIONES	INDICADOR
PIU, 4.1.1.1	Cuidados paliativos en la fase final de la cronicidad	Protocolos específicos para la ayuda a la toma de decisiones relacionadas con el soporte vital en la fase final de la vida	Informe sobre los protocolos específicos para la ayuda a la toma de decisiones relacionadas con el soporte vital en la fase final de la vida

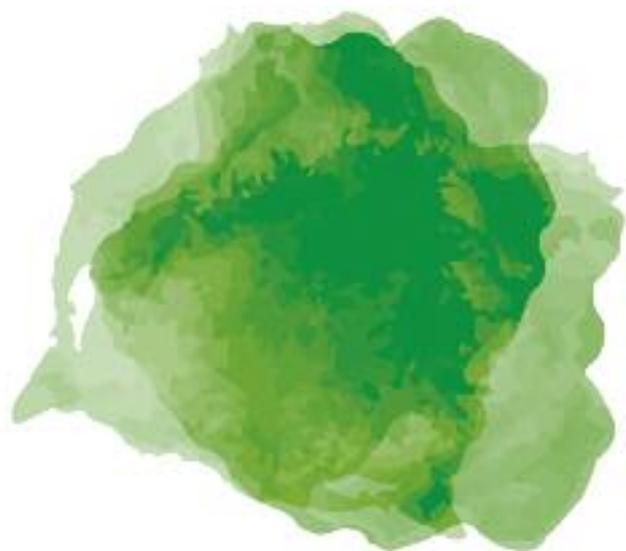
c. Atención Primaria

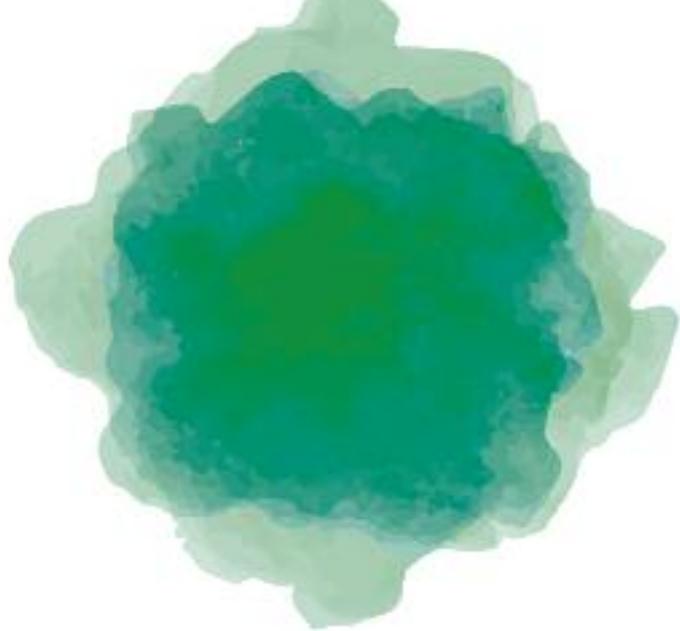
CÓDIGO AP	INDICADORES propuestos
CIAP 1.1.2.1	Realización de espirometría a los pacientes con EPOC (IQA* 1.8)
CIAP 1.2.2.1	Control metabólico deficiente del paciente < 75 años con Diabetes Mellitus (IQA* 2.11)
CIAP 1.3.1.1	IQA 1.12 Cobertura de Enfermedad Renal Crónica (IQA* 1.12)
PIAP 1.3.1.1	Porcentaje de dispensación de medicamentos con escasa experiencia de uso, comercializados en los últimos 5 años (IQP**)
PIAP 1.4.2.1	Tasa de reacciones adversas a medicamentos notificadas por 1.000.000 hab.
PIAP 1.5.1.1	Mantener o implementar el registro de caídas en ancianos
PIAP 1.5.2.1	Prevalencia de uso de benzodiazepinas y fármacos relacionados (fármacos *Z) en mayores de 75 años (IQP**)
PIAP 1.7.1.2	Definir el proceso de actuación y derivación en Ulceras Crónicas (Solo GAP Mallorca)
PIAP 1.7.2.1	Número de pacientes en Programa de Atención Domiciliaria (PAD) con escala de Brader/total pacientes en Programa de Atención Domiciliaria (IQA* 1.11)
PIAP 1.7.3.1	Cuantificar la incidencia y prevalencia de Ulceras crónicas detectadas en atención domiciliaria
PIAP 6.1.1.2	% Profesionales formados en el Proyecto paciente experto
PIAP 6.2.1.2	Cobertura de Paciente Crónico Complejo (PCC)
PIAP 6.2.1.3	Cobertura de Paciente Crónico Avanzado (PCA)
PIAP 6.2.1.4	Definir proceso de PCA desde identificación, coordinación, cartera de servicios, Atención Domiciliaria, derivaciones, etc.
PIAP 6.2.1.5	Cobertura Enfermera gestora de casos PCC
PIAP 6.2.1.6	Cobertura Enfermera gestora de casos PCA
PIAP 6.3.1.1	Número de personas > 65 años incluidas en PAD / población esperada mayor de 65 años (IQA* 6.1)
PIAP 6.3.1.2	Porcentaje de pacientes > 65 años en PAD que tienen al menos 6 visitas de enfermería al año.
PIAP 6.3.1.3	Porcentaje de pacientes > 65 años en PAD que tienen al menos 2 visitas médicas al año.
PIAP 6.4.1.2	Porcentaje de pacientes crónicos avanzados con NECPAL positivo***.
PIAP 6.5.1.1	Intervención en personas ≥ 65 años polimedicadas (IQA* 5.7)
PIAP 6.5.1.2	Pacientes polimedicados de actuación preferente (IQP**)
PIAP 6.5.2.1	Intervención enfermera en adultos con enfermedad crónica (IQA*)
PIAP 6.5.3.2	Identificar el nivel de dependencia de las personas mayores de 70 años
PIAP 8.3.1.1	Detección y registro de los menores con trastorno del desarrollo o con riesgo de padecerlo

*IQA: Indicadores de calidad asistencial, que se encuentra ampliamente explicado y justificado en el manual de indicadores de Atención Primaria que se edita cada año.

***IQP: Indicadores de calidad de prescripción farmacéutica.

***NECPAL: Escala que identifica la necesidad de cuidados paliativos en las personas con enfermedad crónica compleja o avanzada







G CONSELLERIA
O SALUT
I SERVEI SALUT
B ILLES BALEARS

