

# ATENCIÓN A PACIENTES CRÓNICOS CON NECESIDADES DE SALUD COMPLEJAS

## ESTRATEGIA DE IMPLANTACIÓN



Servicio Andaluz de Salud  
**CONSEJERÍA DE SALUD**



Gerencia del Servicio Andaluz de Salud, 2016  
Edición: Escuela Andaluza de Salud Pública



## INDICE

ATENCIÓN A PACIENTES CRÓNICOS CON NECESIDADES DE SALUD COMPLEJAS: ESTRATEGIA DE IMPLANTACIÓN .....	5
Finalidad.....	5
Metodología.....	5
PASOS A DAR EN LA IMPLANTACIÓN DE LA ATENCIÓN A PACIENTES CRONICOS CON NECESIDADES DE SALUD COMPLEJAS.....	10
PASO 1: Lista Nominal de Pacientes Complejos para y por el equipo funcional base (médico/a de familia – enfermera) .....	10
1.1.- Identificación y selección de pacientes crónicos (por la Dirección Corporativa) .....	10
1.2.- Obtención de la lista nominal de pacientes complejos por profesional: .....	11
PASO 2: Creación de Agendas Específicas (en centro y a domicilio) para pacientes crónicos con necesidades de salud complejas. ....	12
2.1.- Actuaciones a realizar a nivel de la UGC de Atención Primaria (microgestión) .....	12
2.2.- Actuaciones a realizar por los Distritos de Atención Primaria y Áreas de Gestión Sanitaria (mesogestión) .....	12
2.3.- Actuaciones a realizar Dirección Corporativa (macrogestión) .....	13
PASO 3: Identificación inequívoca y nominal de la prestación específica .....	13
3.1.- Actuaciones a realizar por Dirección Corporativa (macrogestión). ....	13
PASO 4: Constitución formal Equipo Funcional Prestador Básico .....	14
4.1.- Composición del equipo .....	14
4.2.- Actuaciones a realizar a nivel de la UGC de Atención Primaria (microgestión) .....	14
4.3.- Actuaciones a realizar por los Distritos de Atención Primaria y Áreas de Gestión Sanitaria (mesogestión) .....	15
4.4.- Actuaciones a realizar Dirección Corporativa (macrogestión) .....	15
PASO 5: Elaboración del Plan de Actuación Personalizado para cada paciente crónico complejo (PAP) a través de una “valoración y acción multiprofesional” realizada de forma conjunta y coordinada en el espacio y el tiempo (que incluya objetivos concretos entre paciente - equipo).....	16
5.1.- Actuaciones a realizar a nivel de la UGC de Atención Primaria (microgestión) .....	16
5.2.- Actuaciones a realizar por los Distritos de Atención Primaria y Áreas de Gestión Sanitaria (mesogestión) .....	17
5.3.- Actuaciones a realizar por Dirección Corporativa (macrogestión). ....	17
PASO 6: Implantación paso a paso (lo importante es “arrancar”) .....	18
EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO ANUAL.....	20
PASO 1 .....	20
A nivel de UGC de Atención Primaria.....	20
A nivel de Distrito o Área de Gestión Sanitaria.....	20
A nivel del Servicio Andaluz de Salud (Dirección Corporativa) .....	21
PASO 2 .....	22
A nivel de UGC de Atención Primaria.....	22



A nivel de Distrito y Área de Gestión Sanitaria .....	23
A nivel del Servicio Andaluz de Salud (Dirección Corporativa) .....	23
PASO 3 .....	24
A nivel del Servicio Andaluz de Salud (Dirección Corporativa) .....	24
PASO 4 .....	24
A nivel de UGC de Atención Primaria.....	24
A nivel de Distrito y Área de Gestión Sanitaria .....	24
A nivel del Servicio Andaluz de Salud (Dirección Corporativa) .....	24
PASO 5 .....	25
A nivel de UGC de Atención Primaria.....	25
A nivel de Distrito y Área de Gestión Sanitaria .....	26
A nivel del Servicio Andaluz de Salud (Dirección Corporativa) .....	26
PASO 6 .....	27



## ATENCIÓN A PACIENTES CRÓNICOS CON NECESIDADES DE SALUD COMPLEJAS: ESTRATEGIA DE IMPLANTACIÓN

### Finalidad

Establecer los pasos a dar de forma práctica para la **implantación efectiva** de la estrategia de crónicos e **identificar aspectos concretos**, específicos, realizables y monitorizables por parte de todos los y las profesionales que trabajan con personas con comorbilidad, pluripatología, polimedicación y entorno de apoyo familiar y social dificultoso; a las que denominamos **“pacientes crónicos con necesidades de salud complejas”** y que puedan contribuir a mejorar la atención a sus problemas e **impactar en resultados clínicos y en salud** en el entorno de las Unidades de Gestión Clínica (UGC) de Atención Primaria del Servicio Andaluz de Salud (SAS) con la cooperación de las UGC hospitalarias implicadas en dicha atención.

El proceso de implantación que proponemos, no pretende redefinir una nueva estrategia para la atención a las enfermedades crónicas, sino que aspira a ser un instrumento que la apoye y complemente y, sobre todo que contribuya a alinear los esfuerzos realizados en los diferentes planes y estrategias del Sistema Sanitario Público de Andalucía (SSPA) relacionados con la atención a pacientes crónicos, y especialmente, a la integración de los servicios para dar una atención más eficaz y eficiente a pacientes con problemas de salud complejos, más allá de un enfoque de organicidad, que se ha constatado insuficiente.

### Metodología

Esta propuesta parte de las aportaciones realizadas por la Dirección del Plan Andaluz de Atención Integrada a Pacientes con Enfermedades Crónicas (PAAIPEC), de la Dirección en Innovaciones en Gestión Clínica, del Observatorio de Prácticas Innovadoras en el Manejo de Enfermedades Crónicas Complejas (OPIMEC) y especialmente por las Sociedades Científicas: Samfyc, Semergen, Asanec, Semg y Sademi.

Existe consenso en:

1. Que se trata de un tema complejo con alternativas organizativas dispares y pendientes de evaluar de forma concluyente tanto en el ámbito internacional, nacional y autonómico.



2. Que se trata de un plan de elevado interés para profesionales y gestores del SSPA.
3. Que las condiciones necesarias para su correcto abordaje afectan a los dos ámbitos asistenciales (Primaria y Hospital), a los tres niveles de gestión (micro, meso y macro) y a los ámbitos familiar y social (dada su elevada interrelación y complementariedad).
4. Que se necesitan ideas específicas y centradas en lo operativo para la mejora de los procesos de atención. Muchas de ellas necesitadas de acciones en los niveles superiores a la micro gestión, es decir, necesitadas de toma de decisiones estructurales en los ámbitos de la meso y macro gestión para poder transformarse en operativas.

Fases del **análisis** realizado para la definición de la implantación de la **atención a pacientes crónicos con necesidades de salud complejas**:

- A.- Identificación de las dificultades existentes y de las condiciones necesarias para su implantación.
- B.- Identificación de acciones específicas que faciliten la implantación efectiva en los tres niveles de gestión: Unidades de Gestión Clínica, Centros y Dirección Corporativa.

De las aportaciones realizadas por las direcciones y sociedades científicas antes comentadas, para las dos fases citadas, se ha obtenido una propuesta operativa y sencilla, orientada a la acción y dentro del ámbito de relación equipo clínico – paciente/persona cuidadora.

La propuesta contiene **6 pasos progresivos y escalables**, con las condiciones necesarias y las acciones específicas a desarrollar, así como los mecanismos de evaluación en cada uno de los pasos, que deberían implantarse (o se podrían encontrar ya en fase de implantación e incluso implantadas, según la situación de las diferentes UGC de Atención Primaria) con capacidad para la obtención de resultados clínicos / de salud evaluables en la subpoblación identificada como “pacientes crónicos con necesidades de salud complejas”.

Los 6 pasos corresponden al nivel micro de la gestión (Unidades de Gestión Clínica) pero que requieren de soportes que deben desarrollarse en los ámbitos de la gestión de recursos, bien a nivel de los



Distritos de Atención Primaria, Áreas de Gestión Sanitaria u Hospitales (mesogestión) y/o a nivel de la Dirección Corporativa del Servicio Andaluz de Salud, es decir, del nivel macro.

Sin el apoyo de estos dos últimos niveles, que contribuyan a generar las condiciones necesarias, será muy complicado que las UGC tengan éxito en la obtención de objetivos de resultado clínico y en salud para esta subpoblación de personas con elevada necesidad y elevada vulnerabilidad.

Por tanto, el avance exigible en la implantación de la propuesta será una responsabilidad compartida, fruto de la convergencia de las acciones clínicas y de soporte.



## Implantación de la atención a pacientes complejos: 6 pasos progresivos y escalables

### 1/ Selección de la LISTA NOMINAL de PACIENTES COMPLEJOS

- ¿Cuáles son los y las pacientes sobre los que se quiere intervenir?: selección por **criterios corporativos de cronicidad** (ACGs) y priorización por criterios de vulnerabilidad y necesidad, en función de su información clínica y sus determinantes sociales de salud, condiciones de vida y de trabajo específicos.

### 2/ Creación de Agendas Específicas para los PACIENTES COMPLEJOS

- ¿Cuáles son los espacios temporo – espaciales que les destinamos (en el centro, domicilio, entorno, hospital)?
- Se delimitan las agendas destinadas a cada paciente por médico/a – enfermera (y del resto del equipo de atención).

### 4/ Constitución formal EQUIPO FUNCIONAL PRESTADOR BÁSICO

- ¿Cómo abordar el problema de la pérdida de la continuidad asistencial entre atención primaria y la atención hospitalaria, así como entre la atención sanitaria y social?
- Se delimita y constituye el equipo multidisciplinar de atención.

### 5/ Elaboración del Plan de Actuación Personalizado para cada paciente complejo (PAP)

- ¿Cómo identificar mejor lo que realmente pasa y que se puede hacer para mejorar la calidad de vida de cada paciente complejo singular?
- Se rediseñan los planes de acción individuales en función de las características específicas de cada caso y los objetivos a alcanzar. Y se reorganiza la atención a prestar por todo el equipo con esa misión: se diseña e implanta el **PAP**.

### 3/ Identificación inequívoca y nominal de la prestación específica

- ¿Qué aspectos hemos de actualizar en el Servicio de Atención a Pacientes Complejos de la Cartera de Servicios del SAS?
- Servicio actualizado en base al PAI de Pluripatológicos.

### 6.1/ PILOTAJE

- “lo importante es arrancar”
- ¡5 pacientes por equipo básico en un año!: aportarán mucha experiencia y mejoras.

EN EL MARCO DE UN PROCESO DE

### 6.2/ EVALUACIÓN Y MONITORIZACIÓN CONTINUOS

- Criterios, indicadores, fuentes y responsables para **TODOS LOS PASOS**.
- Comenzando por la progresión (año 1)
- Continuando con el aprendizaje y mejora
- Finalizando con la medición de resultados

EVALUACION ENTRE CLÍNICOS DE LOS DOS NIVELES DE ATENCIÓN Y POR PACIENTES COMPLEJOS ATENDIDOS:

- Evaluación de la coordinación y la percepción del servicio prestado / recibido.



## Implantación de la atención a pacientes complejos: **RESPONSABILIDAD POR NIVELES DE GESTIÓN**

### 1/ Selección de la LISTA NOMINAL de PACIENTES COMPLEJOS

- MACRO\_DC : LISTA INICIAL (ACGs-cronicidad)
- MESO\_D/AGS: distribución lista inicial a UGC / equipos básicos
- MICRO\_EQUIPO BÁSICO: priorización clínica.
- MICRO\_UGC: LISTA NOMINAL PRIORIZADA

### 2/ Creación de Agendas Específicas para PACIENTES COMPLEJOS

- MICRO\_EQUIPO BÁSICO: personaliza las agendas de cada profesional, en el centro, domicilio y hospital.
- MESO\_D/AGS: forma, aporta experiencias, redistribuye cupos por carga de morbilidad (ACGs), claves de equipo, acceso a cartera.
- MACRO\_DC: genera los criterios e instrumentos (ACGs, TICs\_Diraya). Distribuye RRHH.
- MACRO\_DC: **3/ Actualiza en la Cartera el Servicio de Atención a Pacientes Complejos.**

### 4/ Constitución formal EQUIPO FUNCIONAL PRESTADOR BÁSICO

- MICRO\_UGC (DirectorUGC): lidera la constitución de roles y equipos funcionales. UGC: Mapa de Activos Comunitarios.
- MESO\_D/AGS: apoya constitución equipos interniveles, objetivos compartidos orientados a resultados y mejora competencias profesionales.
- MACRO\_DC: fomenta integración con servicios sociales e intercentros / interniveles. Incorpora a la Acreditación\_ACSA.

### 5/ Elaboración del Plan de Actuación Personalizado para cada paciente complejo (PAP)

- MICRO\_EQUIPO BÁSICO: elabora un PAP que contenga, al menos, los aspectos relevantes especificados.
- MESO\_D/AGS: apoyo logístico y formación estructurada para elaboración.
- MACRO\_DC: instrumentos TIC / Sistemas de Información. Plataforma atención 24x365

### 6.1/ PILOTAJE

- MICRO\_EQUIPO BÁSICO: atención a 5 pacientes e identificación aspectos mejorables.
- MESO\_D/AGS: apoyo técnico al proceso de mejora.
- MACRO\_DC: gestión con OPIMEC para creación bbdd experiencias

### 6.2/ EVALUACIÓN Y MONITORIZACIÓN CONTINUOS

- MICRO\_EQUIPO BÁSICO: indicadores, fórmulas, fuentes específicas.
- MICRO\_UGC: indicadores, fórmulas, fuentes específicas.
- MESO\_D/AGS: indicadores, fórmulas, fuentes específicas.
- MACRO\_DC: indicadores, fórmulas, fuentes específicas.

Año 1: piloto para mejora y aprendizaje.

Año 2: incorporación mejoras e incremento coberturas.

Año 3: evaluación de resultados dos primeros años.



## PASOS A DAR EN LA IMPLANTACIÓN DE LA ATENCIÓN A PACIENTES CRONICOS CON NECESIDADES DE SALUD COMPLEJAS

### PASO 1: Lista Nominal de Pacientes Complejos para y por el equipo funcional base (médico/a de familia – enfermera)

El **objetivo** es que el equipo base de atención primaria tenga perfectamente identificados a sus pacientes complejos y que, a su vez, pacientes y familiares identifiquen de forma clara al médico/a y enfermera responsable de su atención en el centro de salud y en el domicilio.

#### 1.1.- Identificación y selección de pacientes crónicos (por la Dirección Corporativa)

La Dirección Corporativa está preparando el despliegue del Sistema ACG (Adjusted Clinical Groups), como agrupador diagnóstico para Atención Primaria. Actualmente los ACG se encuentran en fase de preimplantación bajo el liderazgo de la Escuela Andaluza de Salud Pública. Para ello se dispone de la Base de Datos extraídos de Diraya correspondientes al año 2014 por la Subdirección de Sistemas de Información del Servicio Andaluz de Salud.

El Sistema ACG en su versión actual, aporta un recuento de “problemas crónicos” (códigos diagnósticos) como marcador agregado de complejidad de caso. Define “afección, condición o problema crónico” como “una alteración de las estructuras o funciones corporales de una duración probable superior a los 12 meses y que probablemente tendrá un impacto negativo sobre la salud o el estado funcional”.

Los códigos diagnósticos identificados son clasificados y agregados en un conjunto limitado y más fácilmente gestionable de categorías, denominadas: Agrupaciones Diagnósticas Ampliadas o EDCs.

Los códigos de diagnóstico crónico dan lugar a una marca de cronicidad en el EDC correspondiente.

Hay **2.712 códigos CIE 9 válidos considerados crónicos** que se adscriben a **157 EDCs distintos** (la lista total figura en el fichero “listado de condiciones crónicas.xls”).

El número de marcas de EDCs únicos para un individuo representa el conteo de condición crónica final.

Desde este recuento está previsto que próximamente se pueda obtener listados de pacientes que nos permitan identificar y seleccionar a los y las pacientes complejos.



## 1.2.- Obtención de la lista nominal de pacientes complejos por profesional:

### 1.2.1 Elaboración y distribución de la lista inicial o de partida de pacientes crónicos por parte del Distrito/Área de Gestión sanitaria (Mesogestión)

Está previsto que la lista inicial obtenida desde los ACGs y remitida por la Dirección Corporativa, se desagregará por: Distrito, Área de Gestión Sanitaria, UGC y Clave Médica (clave de equipo cuando esté disponible), para su distribución.

Dado que los ACGs se explotan desde una base de datos del año anterior, la lista inicial tendrá siempre un cierto decalaje temporal.

Inicialmente y en concreto durante el año 2016 la elaboración de los listados de pacientes se ajustará a las recomendaciones del Acuerdo de Gestión Clínica 2016 que incluyó en su apartado "Cronicidad" el aporte desde los Servicios Centrales del SAS a los Distritos / Áreas de Gestión Sanitaria, a partir del primer semestre de 2016, de una lista inicial de pacientes pluripatológicos (siguiendo los criterios de inclusión recogidos en el apartado "límite de entrada" del Proceso Asistencial Integrado (PAI) de Atención a Pacientes Pluripatológicos, del año 2007). Este listado ha sido obtenido de los sistemas de información corporativos del año 2015, mediante el uso del codificador automático de literales. De esta forma La Base de datos Poblacional que contiene información procedente de Atención Primaria, CMBD de Hospitalización, Hospitales de Día y Urgencias ha permitido identificar los listados de pacientes pluripatológicos especificando las enfermedades crónicas que sufren y la utilización de los recursos asistenciales del SSPA. Los listados han sido depurados excluyendo los exitus hasta marzo de 2015.

En un futuro estos listados deberán cruzarse en los Distritos y Áreas de Gestión Sanitaria, para su actualización, con la lista inicial o de partida obtenida desde los ACGs (dado que esta última será obtenida de la bbdd del año 2014).

Los Distritos distribuirían un listado único por UGC y clave médica o clave de equipo en su caso, con la que trabajará el equipo médico/a - enfermera.

### 1.2.2 Los y las profesionales de las Unidades de Gestión Clínica (microgestión) deben revisar, actualizar y completar el listado inicial con los datos que disponen en sus Historias Clínicas (pérdidas por muerte, traslado a otras zonas, cambios de médico, nuevos pacientes)

Además, y muy importante, médicos/as y enfermeras de familia deberían priorizar la lista actualizada en función de otras variables no siempre sanitarias (de las que, en muchos casos se carece de información en los sistemas de información corporativos), como: presencia/ausencia de soporte familiar, nivel cultural, nivel socioeconómico, disponibilidad de



recursos sociales... para identificar la complejidad de cada paciente y la capacidad de alcance en el mismo de los resultados en salud estratégicos (influidos por estas circunstancias o entorno socio - cultural – económico – familiar - de soporte).

Parte de dichas variables serán aportadas desde los instrumentos detallados en el apartado “valoración integral” del PAI “Atención a Pacientes Pluripatológicos”.

**Se genera así una lista priorizada de pacientes complejos que permitirá centrar las intervenciones en los y las pacientes más vulnerables / de mayor necesidad (paso 5).**

## PASO 2: Creación de Agendas Específicas (en centro y a domicilio) para pacientes crónicos con necesidades de salud complejas.

### 2.1.- Actuaciones a realizar a nivel de la UGC de Atención Primaria (microgestión)

- Creación de las agendas específicas por profesional médico y de enfermería, desagregadas por consulta en centro, a domicilio o para consulta virtual en su caso.
- Puesta en práctica medidas para gestionar la demanda de forma eficiente para facilitar la creación de dichas agendas (gestión del tiempo).
- Redistribución de las tareas entre los profesionales sanitarios (médico/a - enfermera - auxiliar de enfermería), potenciando la gestión compartida de la demanda asistencial en el centro de salud y en el domicilio y asignando objetivos comunes.
- “Dejar de hacer”: identificar actividades que no aportando valor, consumen tiempo e iniciar estrategias operativas para dejar de hacerlas.
- Simplificación del acceso de pacientes complejos para la valoración urgente por su equipo de atención primaria.

### 2.2.- Actuaciones a realizar por los Distritos de Atención Primaria y Áreas de Gestión Sanitaria (mesogestión)

- Facilitar formación en gestión de la demanda a profesionales que la necesiten.



- Incrementar la capacidad de resolución de los equipos de atención primaria reforzando las competencias clínicas para las enfermedades crónicas y ampliando el acceso directo a toda la cartera de servicios del área sanitaria necesaria para la atención adecuada de los y las pacientes.
- Formación y extensión de experiencias sobre dejar de hacer.
- Implantación de los ACG's en las UGC de Atención Primaria de su centro.
- Implantación de las claves de equipo.
- Ajuste del tamaño de los cupos por comorbilidad (mediante los ACGs).

### 2.3.- Actuaciones a realizar Dirección Corporativa (macrogestión)

- Desarrollo de las herramientas necesarias para hacer posible la implantación de los ACG's
- Elaboración de nuevos criterios incluyendo la comorbilidad para el ajuste del tamaño de los cupos por equipo.
- Desarrollos necesarios en Diraya para la creación de la clave de equipo.
- Identificación de las UGC que necesitan incremento de recursos humanos (médicos/as y/o enfermeras) en base a los nuevos criterios. Las plazas necesarias se cubrirán por prioridad y cuando el presupuesto lo vaya permitiendo al mismo tiempo que el esfuerzo que se pida a cada UGC será proporcional a sus recursos.
- Favorecer el acceso directo a toda la cartera de servicios del área sanitaria necesaria para la atención adecuada de los y las pacientes.

## PASO 3: Identificación inequívoca y nominal de la prestación específica

Este paso se desarrollará en "paralelo" al paso 2. Se ubica con posterioridad por cuestiones operativas, dado que se puede empezar sin este paso con el PAI actual.

### 3.1.- Actuaciones a realizar por Dirección Corporativa (macrogestión).

- **Actualización del "Servicio de Atención Integral a Pacientes Complejos"**



La base de la misma será el PAI de Atención a Pacientes Pluripatológicos (2ª Edición, año 2007), dado que es el que más se aproxima al concepto de paciente complejo.

Los criterios de inclusión (de entrada en el PAI) deberán actualizarse con la aportación de los marcadores de cronicidad de los ACGs de la JHU ya citados.

Se especificará, así mismo, que el equipo pluridisciplinar de proveedores se amplía para que dé cabida a especialistas en función de los grupos de patologías específicos de cada paciente (ejemplo: salud mental).

## PASO 4: Constitución formal Equipo Funcional Prestador Básico

La pérdida de la continuidad asistencial entre atención primaria y la atención hospitalaria, así como entre la atención sanitaria y social es un gran problema para la atención a pacientes complejos.

Para afrontar este distanciamiento entre atención primaria y los ámbitos hospitalarios y sociales cada equipo debe establecer canales de comunicación fluidos y alianzas sectoriales y sociales que generen espacios compartidos que propicien la continuidad asistencial.

### 4.1.- Composición del equipo

- Médico/a de Familia
- Enfermera de familia
- FEA de Medicina Interna
- Enfermera Gestora de Casos
- Trabajador/a Social
- Paciente o persona cuidadora
- Otro/a FEA del hospital que se determine según la pluripatología, especialmente patología mental y patología oncológica.

Es prioritario identificar un responsable unívoco de cada paciente (y quien le cubra en caso de no localización) que coordine y facilite las acciones a emprender en caso de problemas sobrevenidos (no programables) para alcanzar los objetivos clínicos / de salud.

### 4.2.- Actuaciones a realizar a nivel de la UGC de Atención Primaria (microgestión)

- La dirección de la UGC de Atención Primaria liderará la constitución de los equipos funcionales a nivel de UGC (uno para cada cupo de pacientes adscritos a un/a médico/a y una enfermera). Las personas de



referencia del hospital (Especialistas en Medicina Interna u otras especialidades, cuando el caso lo requiera) se definirán conjuntamente entre la Dirección de la UGC de Atención Primaria, la Dirección de la UGC de Medicina Interna, la Dirección asistencial del Distrito o Área de Gestión Sanitaria y la Dirección Médica del hospital, en su caso.

- La Dirección de la UGC de Atención Primaria liderará la identificación de los roles específicos de cada miembro del grupo: "Que hace cada miembro", así como la organización y canales de comunicación entre ellos.
- Elaboración por parte de la UGC de un mapa de activos comunitarios.

#### 4.3.- Actuaciones a realizar por los Distritos de Atención Primaria y Áreas de Gestión Sanitaria (mesogestión)

- Apoyo a los directores de las UGC de Atención Primaria para la constitución de los equipos, en especial para la definición de referentes del ámbito hospitalario y la resolución de conflictos de responsabilidad.
- Aumentar la competencia en el abordaje integral, multiaxial, multiprofesional y centrado en la persona, de los y las pacientes complejos.
- Inclusión en los Acuerdos de Gestión de objetivos compartidos entre las UGC de Atención Primaria y las UGC de Medicina Interna u otras UGC, según los requerimientos de los casos concretos (incluye objetivos de cobertura e implantación del plan de atención a pacientes complejos y de evaluación de resultados del mismo: Ingresos evitables, reingresos no programados a los 30 días por cualquier causa, veces que acude a urgencias hospitalarias por descompensaciones, resultados de los cuestionarios de CVRS y de Coordinación entre profesionales del equipo multidisciplinar) y apoyo logístico para su cumplimiento y evaluación.

#### 4.4.- Actuaciones a realizar Dirección Corporativa (macrogestión)

- Fomentar la integración de la atención sanitaria y social desde la planificación institucional propiciando la colaboración de las UGC de Atención Primaria y los Servicios Sociales Comunitarios.
- Incluir en los Contratos programas del SAS con sus centros asistenciales y de las Agencias Sanitarias con sus centros, objetivos que induzcan a la mejora de la atención integral y la continuidad asistencial en concreto y de la mejora de los resultados en salud/clínicos en pacientes complejos.
- Revisar e incorporar en los estándares de acreditación de UGC y de profesionales aquellas evidencias relacionadas con las actuaciones en pacientes complejos y su implantación.



**PASO 5:** Elaboración del Plan de Actuación Personalizado para cada paciente crónico complejo (PAP) a través de una “valoración y acción multiprofesional” realizada de forma conjunta y coordinada en el espacio y el tiempo (que incluya objetivos concretos entre paciente - equipo).

#### 5.1.- Actuaciones a realizar a nivel de la UGC de Atención Primaria (microgestión)

- Priorizar la implantación de los PAI's relacionados con las enfermedades crónicas, en especial el PAI Atención a Pacientes Pluripatológicos, el PAI de Cuidados Paliativos y el proceso riesgo vascular y los relacionados con la enfermedad vascular y de forma especial la estrategia de cuidados de Andalucía.
- Elaboración del **Plan de Actuación Personalizado (PAP)** para cada paciente:

El PAP es un proceso de colaboración utilizado en la gestión de condiciones crónicas de salud en el cual pacientes o personas cuidadoras y sanitarios identifican y debaten los problemas causados o derivados del estado de salud de la persona, desarrollando un plan para hacer frente a sus necesidades. En esencia se trata de un diálogo, o una serie de diálogos, en los que se acuerdan conjuntamente los objetivos y acciones para el manejo de los problemas del paciente.

Debe haber una persona responsable de cada caso que elabora un borrador del PAP y que se encarga de presentar el caso a la reunión del equipo funcional para la elaboración definitiva del plan.

Para facilitar las reuniones del equipo funcional para completar el plan definitivo de cada caso, teniendo en cuenta que en el equipo hay profesionales de diferentes centros se pondrá en marcha herramientas que permitan tener las reuniones a distancia (video conferencias).

- A modo de orientación para la acción, consideramos que **el PAP debe contener**, al menos, los siguientes aspectos:
  - Ha de partir de un análisis del caso específico que **identifique y permita priorizar las acciones más relevantes**, muy especialmente los signos sanitarios o sociales con mayor potencialidad de provocar problemas y/o descompensaciones graves en cada paciente (signos de alerta sobre los que se ha de dar una respuesta rápida y efectiva).
  - Establecimiento y evaluación continua de los **objetivos de resultado clínico / en salud** alcanzables, de **su grado de dificultad** para ese



paciente concreto: con su participación y el de su entorno (apoyo socio – familiar) y de las acciones necesarias para lograrlos.

- **Valoración integral:** clínica, funcional, psicoafectiva, socio familiar (familia, red social) y de otros condicionantes relevantes de la salud: educativo, económico, laboral, de marginación (migrantes, extranjeros, mujeres, niños/as, personas desprotegidas). Debe **identificarse sus necesidades, actitud y competencia para el autocuidado y la de las personas cuidadoras para asumir la función de soporte a cada paciente.**
- **Conciliación de la medicación en caso de dos o más fármacos:** identificación y eliminación / sustitución en caso de incompatibilidades, ajustes de dosis por interacciones. ....
- **Plan de cuidados y social** individualizado y orientado a la consecución de los objetivos de resultado terapéutico y de salud establecidos. Ha de **incluir acciones destinadas a reforzar los autocuidados y el adiestramiento de las personas cuidadoras (educación terapéutica estructurada).**
- **Pronóstico del paciente (Adecuar el plan al pronóstico del paciente).**
- **Canales explícitos y conocidos por todos de comunicación y seguimiento** entre los miembros del equipo y, especialmente, entre paciente / personas cuidadoras con el equipo.
- **Información inmediata al responsable del paciente en caso de aparición de signos de alerta y de fracaso de los objetivos de prevención de eventos evitables:** ingreso hospitalario, reingreso hospitalario, frecuentación de la urgencia, recurso social o de apoyo exhausto, ...

**Cada paciente siempre dispondrá de información escrita de su Plan de actuación personalizado.**

### 5.2.- Actuaciones a realizar por los Distritos de Atención Primaria y Áreas de Gestión Sanitaria (mesogestión)

- Apoyo logístico que facilite las reuniones del equipo funcional para la elaboración del plan específico.
- Formación estructurada en el abordaje del paciente complejo alineado con los objetivos de la organización.

### 5.3.- Actuaciones a realizar por Dirección Corporativa (macrogestión).

- Fomentar el apoyo de las TIC's en el desarrollo del modelo de atención compartida, favoreciendo el despliegue de funcionalidades que



permitan dentro de la historia de salud, la comunicación directa entre profesionales de todos los ámbitos asistenciales.

- Incorporación de algoritmos de ayuda, aviso y soporte a la intervención terapéutica basados en guías de práctica clínica e integración en Diraya.
- Posibilidad de incluir y visualizar el plan de cuidados personalizado y su estado actualizado en Diraya.
- Impulsar funcionalidades que permitan interaccionar al ciudadano con sus profesionales referentes de forma no presencial (teléfono, correo, portal web, etc.), registrar sus autocontroles, alertar al profesional cuando el paciente tiene un control inadecuado, recibir mensajes de salud, etc.
- Continuar desarrollando servicios de telecontinuidad para dar cobertura a la continuidad asistencial, especialmente noches y festivos y fines de semanas. Ídem para propiciar la tele monitorización / tele asistencia para control y seguimiento del paciente.
- Incorporación en la estación clínica de un módulo de prescripción que controle la conciliación y adecuación terapéutica.
- Propiciar, a nivel institucional, una oferta intersectorial de cuidados intermedios para adaptación al domicilio de aquellas personas que tras un evento agudo requieran, por su situación socio-familiar, un periodo previo de apoyo domiciliario o residencial antes de la integración en su entorno.

## **PASO 6: Implantación paso a paso (lo importante es "arrancar")**

Proponemos un sistema de implantación progresivo, de forma que cada equipo básico de atención primaria comience el primer año con pocos pacientes, pero completando todos los pasos, para ir ajustando el modelo en primer lugar (aprender, mejorar, modificar) y a continuación ir añadiendo pacientes en función del nivel de organización y de los recursos disponibles, en los siguientes años.

Es decir, no habría que esperar a hacer una gestión de la demanda de la consulta o desdoblarse un cupo para empezar. Se empezaría, aunque sea con pocos pacientes (5 por cupo) y se iría aumentando progresivamente en la medida que se vayan solucionando los problemas de la demanda.

Comenzaríamos con una cobertura de "prueba", de entre 5 y 15 pacientes, según el grado de conocimiento y experiencia, para ir desarrollando y poniendo en marcha en primer lugar todos los pasos descritos anteriormente.



Una vez puestos en marcha todos los pasos, cada UGC haría una revisión del proceso (evaluación pre y post intervención: identificación mejoras y rediseño PAP).

Se identificarían e incentivarían aquellos equipos básicos que, al comienzo de este proyecto, ya hayan alcanzado, incluso superado, la cobertura de prueba. Sus Planes de Atención Personalizada y experiencias de implantación (dificultades, aspectos mejorables, cambios o nuevas acciones), se recogerían y pondrían a disposición de todos los profesionales en un Banco de Experiencias (construido y gestionado por la plataforma OPIMEC).

**Una vez hechas las modificaciones pertinentes en el proceso y una vez que este se considere estable, se procederá a una evaluación del mismo, para lo cual se propone el siguiente modelo de evaluación.**



## EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO ANUAL

### PASO 1

#### A nivel de UGC de Atención Primaria

Indicador UGC.1: Porcentaje de equipos médico/a – enfermera de atención primaria de la UGC que disponen del Listado Nominal de pacientes crónicos complejos que requieren una atención especial.

Fórmula: Número de equipos médico/a – enfermera de atención primaria de la UGC "X" que disponen del listado nominal de pacientes crónicos complejos que requieren una atención especial x 100 / Total de equipos de la UGC "X".

Fuente: Escrito o mail de recepción. Responsable: Distrito de Atención Primaria.

Indicador UGC.2: Porcentaje de equipos médico/a – enfermera de atención primaria Distrito o Área de Gestión Sanitaria que disponen del Listado Nominal de pacientes crónicos complejos.

Fórmula: Número de equipos médico/a – enfermera de atención primaria del Distrito o Área de Gestión Sanitaria que disponen del listado Nominal de pacientes crónicos complejos x 100 / Total de equipos de atención primaria del SAS.

Fuente: Lista nominal de pacientes complejos por equipo básico. Responsable: Distrito de Atención Primaria.

#### A nivel de Distrito o Área de Gestión Sanitaria

Indicador D.1: Porcentaje de equipos de atención primaria del Distrito o Área de Gestión Sanitaria que disponen del Listado Inicial de pacientes crónicos complejos que requieren una atención especial.

Fórmula: Número de equipos de atención primaria del Distrito o Área de Gestión Sanitaria que disponen del listado Inicial de pacientes crónicos complejos x 100 / Total de equipos de atención primaria del Distrito o Área de Gestión Sanitaria.

Fuente: Escrito o mail de recepción. Responsable: Dirección Corporativa.

Indicador D.2: Porcentaje de equipos de atención primaria Distrito o Área de Gestión Sanitaria que disponen del Listado Nominal de pacientes crónicos complejos.



Fórmula:  $\text{Número de equipos de atención primaria del Distrito o Área de Gestión Sanitaria que disponen del listado Nominal de pacientes crónicos complejos} \times 100 / \text{Total de equipos de atención primaria del SAS}$ .

Fuente: Lista nominal de pacientes complejos por equipo de atención primaria. Responsable: Distrito de Atención Primaria.

Indicador D.3: Porcentaje de UGC de atención primaria del Distrito o Área de Gestión Sanitaria en las que el 100% de sus equipos disponen del Listado Inicial de pacientes crónicos complejos.

Fórmula:  $\text{Número de UGC de Atención Primaria del Distrito o Área de Gestión Sanitaria en las que el 100% de sus equipos disponen del listado inicial de pacientes crónicos complejos} \times 100 / \text{Total de UGC de atención primaria del Distrito o Área de Gestión Sanitaria}$ .

Fuente: Base de datos con registro de los mails / escritos de recepción de listado inicial remitidos por los equipos básicos y bbdd de UGC. Responsable: Distrito de Atención Primaria / Área de Gestión Sanitaria.

Indicador D.4: Porcentaje de UGC de Atención Primaria del Distrito o Área de Gestión Sanitaria en las que el 100% de sus equipos disponen del Listado Nominal de pacientes crónicos complejos.

Fórmula:  $\text{Número de UGC de Atención Primaria Distrito o Área de Gestión Sanitaria en las que el 100% de sus equipos disponen del listado nominal de pacientes crónicos complejos} \times 100 / \text{Total de UGC de atención primaria del SAS}$ .

Fuente: Base de datos con registro de la lista nominal de pacientes crónicos complejos por equipo de atención primaria. Responsable: Distrito de Atención Primaria / Área de Gestión Sanitaria.

### A nivel del Servicio Andaluz de Salud (Dirección Corporativa)

Indicador DC.1: Porcentaje de equipos de atención primaria del SAS disponen del Listado Inicial de pacientes crónicos complejos que requieren una atención especial.

Fórmula:  $\text{Número de equipos de atención primaria del SAS que disponen del listado inicial de pacientes crónicos complejos que requieren una atención especial} \times 100 / \text{Total de equipos de atención primaria del SAS}$ .

Indicador DC.2: Porcentaje de equipos de atención primaria del SAS disponen del Listado Nominal de pacientes crónicos complejos.



Fórmula: Número de equipos de atención primaria del SAS que disponen del listado Nominal de pacientes crónicos complejos x 100 / Total de equipos de atención primaria del SAS.

Indicador DC.3: Porcentaje de UGC de Atención Primaria del SAS en las que el 100% de sus equipos disponen del Listado Inicial de pacientes crónicos complejos que requieren una atención especial.

Fórmula: Número de UGC de Atención Primaria del SAS en las que el 100% de sus equipos disponen del listado inicial de pacientes crónico complejos que requieren una atención especial x 100 / Total de UGC de atención primaria del SAS.

Indicador DC.4: Porcentaje de UGC de Atención Primaria del SAS en las que el 100% de sus equipos disponen del Listado Nominal de pacientes crónicos complejos.

Fórmula: Número de UGC de Atención Primaria del SAS en las que el 100% de sus equipos disponen del listado nominal de pacientes crónicos complejos x 100 / Total de UGC de atención primaria del SAS

Fuente común a indicadores DC.1 – DC.4: sistema de información corporativo.

## PASO 2

### A nivel de UGC de Atención Primaria

Indicador UGC.3: Porcentaje de agendas específicas para pacientes incluidos en el listado nominal de pacientes crónicos complejos (desagregada por consulta en centro y a domicilio) sobre el total de médicos/as y enfermeras de la UGC

Fórmula: Número de agendas específicas para pacientes incluidos en el listado nominal de pacientes crónicos complejos para consultas en el centro x 100 / Número de médicos/as y enfermeros de la UGC

Fórmula: Número de agendas específicas para pacientes incluidos en el listado nominal de pacientes crónicos complejos para consultas a domicilio x 100 / Número de médicos/as y enfermeros de la UGC

Fuente: Revisión en Agendas Diraya.

Indicador UGC.4: Porcentaje de claves de equipos de atención primaria que tienen establecido el circuito para un acceso simple y ágil de los pacientes crónicos complejos, para la valoración urgente, por su equipo de atención primaria.



Fórmula: Número de equipos de claves de atención primaria que tienen establecido el circuito para un acceso simple y ágil de pacientes crónicos complejos para la valoración urgente x 100 / Total de claves de equipos de atención primaria de una UGC de Atención Primaria.

Fuente: Informe elaborado por la Dirección del Distrito/Área de Gestión Sanitaria.

### A nivel de Distrito y Área de Gestión Sanitaria

Indicador D.5: Porcentaje de UGC's del distrito o Área de Gestión Sanitaria que tienen creadas las agendas específicas para pacientes incluidos en el listado nominal de pacientes crónicos complejos (desagregada por consulta en centro y a domicilio) sobre el total de UGC's del Distrito o Área de Gestión Sanitaria

Fórmula: Número de UGC's del Distrito o Área de Gestión Sanitaria que tienen creadas las agendas específicas para pacientes incluidos en el listado nominal de pacientes crónicos complejos para consultas en el centro x 100 / Número de total de UGC's del Distrito o Área de Gestión Sanitaria

Fórmula: Número de UGC's del Distrito o Área de Gestión Sanitaria que tienen creadas las agendas específicas para pacientes incluidos en el listado nominal de pacientes crónicos complejos para consultas en el domicilio x 100 / Número de total de UGC's del Distrito o Área de Gestión Sanitaria.

### A nivel del Servicio Andaluz de Salud (Dirección Corporativa)

Indicador DC.5: Porcentaje de centros que han dado acceso a las UGC de Atención Primaria a la cartera de servicios del área para la atención adecuada a los pacientes.

Fórmula: Número de centros que han dado acceso a las UGC de Atención Primaria a la cartera de servicios del área para la atención adecuada a los pacientes x 100 / Total de Distritos y Áreas de Gestión Sanitaria.

Fuente: Informe elaborado por la Dirección General de Asistencia Sanitaria.



## PASO 3

### A nivel del Servicio Andaluz de Salud (Dirección Corporativa)

Indicador DC.6: comprobación de la revisión y actualización del Servicio de Atención a Pacientes crónicos Complejos en la Cartera de Servicios de las UGC de Atención Primaria en la que figuren profesionales como prestadores.

Fuente: Distrito de Atención Primaria. Cartera de Servicios por UGC y profesional.

## PASO 4

### A nivel de UGC de Atención Primaria

Indicador UGC.5: Existencia de un documento de constitución del Equipo que especifique sus roles y forma de organización y comunicación. Actas de reuniones de constitución y de reuniones de trabajo.

Fuente: Archivo específico con Documento y Actas de reuniones.

### A nivel de Distrito y Área de Gestión Sanitaria

Indicador D.6: Existencia de objetivos específicos compartidos entre profesionales y niveles asistenciales (de los miembros del equipo) relacionados con la atención a pacientes crónicos complejos.

Fuente: AGC de las UGC en las que trabajan profesionales del Equipo.

### A nivel del Servicio Andaluz de Salud (Dirección Corporativa)

Indicador DC.7: Constatación del desarrollo de las tres condiciones facilitadoras del Paso 4:

- Integración de la atención sanitaria y social, mediante la existencia de un Acuerdo / Convenio entre Consejerías.
- Introducción en los Contratos Programas del SAS con sus centros asistenciales y de las Agencias Sanitarias con sus centros, de objetivos de mejora de la atención integral, la continuidad asistencial y de resultados en salud/clínicos en los pacientes crónicos complejos.
- Incorporación en los estándares de acreditación de UGC y de profesionales de evidencias relacionadas con la implantación de actuaciones en pacientes crónicos complejos.



Fuentes: Acuerdo Consejería de Salud – Consejería de Servicios Sociales, Contrato Programa SAS – Centros / Agencias – Centros y Estándares ACSA de Acreditación de UGC y profesionales.

## PASO 5

### A nivel de UGC de Atención Primaria

Indicador UGC.6: Porcentaje de pacientes con PAP por cupo.

Fórmula:  $\text{Número de pacientes con PAP del cupo A} \times 100 / \text{Número de pacientes incluidos en la lista nominal de pacientes crónicos complejos del cupo A}$ .

Indicador UGC.7: Porcentaje de pacientes con PAP por UGC de Atención Primaria.

Fórmula:  $\text{Número de pacientes con PAP de la UGC de Atención Primaria} \times 100 / \text{Número de pacientes incluidos en la lista nominal de pacientes crónicos complejos de la UGC}$

Fuente: Archivo específico de PAP de los pacientes. Lista nominal de pacientes crónicos complejos.

Indicador UGC.8: Análisis de adecuación de contenidos en una muestra de los mismos, mediante un cuestionario estándar validado y en español.

Fuente: Formulario IEMAC – ARCHO (Instrumento de la Evaluación de Modelos de Atención a la Cronicidad<sup>1</sup>), específicamente de los ítems 3.5 Seguimiento activo del paciente (3.5.1, 3.5.2), 4.1 Evaluación del paciente para el autocuidado (4.1.1, 4.1.2), 4.2 Educación Terapéutica estructurada (4.2.1), 4.3 Activación psicosocial del paciente y apoyo mutuo (4.3.1, 4.3.3), 4.4 Herramientas para facilitar el autocuidado (4.4.1), 4.5 Toma compartida de decisiones (4.5.1, 4.5.2).

Responsable (encuestados): Médicos/as de Familia responsables de la atención al paciente crónico complejo.

---

<sup>1</sup> IEMAC-ARCHO es una obra protegida y depositada en el Registro de la Propiedad Intelectual con asiento registral 09/2015/423. Sus titulares son el Instituto Vasco de Innovación Sanitaria (O+Berri), la Universidad Miguel Hernández (UMH) y Merck Sharp & Dohme (MSD). IEMAC-ARCHO se ofrece de forma gratuita a entidades públicas y sin ánimo de lucro y está disponible en el enlace [www.iemac.org](http://www.iemac.org) para las organizaciones que deseen autoevaluarse.



## A nivel de Distrito y Área de Gestión Sanitaria

Indicador D.7: Constatación del desarrollo de las tres condiciones facilitadoras del Paso 5 mediante un cuestionario estándar validado y en español.

Fuente: Formulario IEMAC – ARCHO (Instrumento de Evaluación de Modelos de Atención a la Cronicidad), específicamente de los ítems 1.1 Compromiso de los líderes (1.1.1, 1.1.2, 1.1.3), 1.4 Sistema de información, evaluación, mejora e innovación (1.4.1, 1.4.3), 2.2 Alianza con los agentes comunitarios (2.2.1), 2.3 Conexión del paciente a recursos comunitarios (2.3.1), 3.1 Atención centrada en el paciente (3.1.1, 3.1.2), 3.2 Competencias profesionales relacionadas con la atención (3.2.2, 3.2.3), 3.3 Trabajo en Equipo Multidisciplinar (3.3.1, 3.3.2), 3.4 Integración y continuidad asistencial (3.4.1, 3.4.3), 3.7 Gestión Clínica de la cronicidad y sistema de incentivos (3.7.3), 4.3 Activación psicosocial del paciente y apoyo mutuo (4.3.2), 5.1 Formación Continuada (5.2.1), 5.3 Consultoría y enlace (5.3.1).

Responsable (encuestados): Direcciones de UGC de Atención Primaria y muestra de Médicos/as de Familia.

## A nivel del Servicio Andaluz de Salud (Dirección Corporativa)

Indicador DC.8: Constatación del desarrollo de las tres condiciones facilitadoras del Paso 5 mediante un cuestionario estándar validado y en español.

Fuente: Formulario IEMAC – ARCHO (Instrumento de la Evaluación de Modelos de Atención a la Cronicidad), específicamente de los ítems 1.2 Marco Estratégico (1.2.1, 1.2.2, 1.2.3), 1.3 Enfoque Poblacional (1.3.2), 1.4 Sistema de información, evaluación, mejora e innovación (1.4.2), Sistemas de Financiación (1.5.2), 1.6 Políticas Sociosanitarias (1.6.1), 2.2 Alianza con los agentes comunitarios (2.2.2), 2.3 Conexión del paciente a recursos comunitarios (2.3.1), 3.1 Atención centrada en el paciente (3.1.4), 3.2 Competencias profesionales relacionadas con la atención (3.2.4), 3.3 Trabajo en Equipo Multidisciplinar (3.3.3, 3.3.4), 3.4 Integración y continuidad asistencial (3.4.2), 3.5 Seguimiento activo del paciente (3.5.3), 3.6 Innovación en las interacciones entre pacientes y profesionales (3.6.1, 3.6.2, 3.6.3, 3.6.4), 3.7 Gestión Clínica de la cronicidad y sistema de incentivos (3.7.1, 3.7.2), 4.2 Educación Terapéutica estructurada (4.2.2), 4.4 Herramientas para facilitar el autocuidado (4.4.2, 4.4.3), 5.3 Consultoría y enlace (5.3.2), 6.1 Información para la gestión y la práctica clínica (6.1.1, 6.1.2, 6.1.3), 6.2 Integración de la información clínica del paciente (6.2.1, 6.2.2, 6.2.3), 6.3 Comunicación de información clínica entre profesionales (6.3.1, 6.3.2, 6.3.3).



Responsables (encuestados): Direcciones de UGC de Atención Primaria y muestra de Médicos/as de Familia.

## PASO 6

Evaluación de la implantación: Incorporar en los cuadros de mandos corporativos los indicadores propuestos en este documento para hacer el seguimiento del grado de implantación

Evaluación de resultados clínicos/salud.

La heterogeneidad de pacientes crónicos complejos, obligan a una selección de un espectro amplio de resultados clínicos / en salud que permitan una adecuada selección a cada paciente singular.

En estas primeras etapas se propone un grupo limitado de indicadores estratégicos que se irán ampliando y mejorando progresivamente en años posteriores. Así se irán incluyendo, indicadores de resultado que irán desde las hospitalizaciones evitables por cualquier o varias condiciones sensibles a la atención ambulatoria a mejoras en la supervivencia / mortalidad y / o años de vida libre de incapacidad ganados.

A partir del primer año (2016), se podrían medir en pacientes crónicos complejos los siguientes indicadores, alguno de los cuales se incorporaron con carácter general (para todos los pacientes) al AGC 2016:

- Objetivo común 4.1 "Hospitalización potencialmente prevenible por Insuficiencia Cardíaca o complicaciones agudas de la DM"
- Objetivo común 4.2 "Mortalidad sanitariamente evitable por Enfermedad Cerebrovascular"
- Objetivo común 4.3 "Reingresos no programados a los 30 días por cualquier causa."

Recogidos también en el apartado Cronicidad - Objetivo Común 7.3

- Objetivo común 7.1 (proceso): Mejorar el grado de colaboración entre profesionales clínicos de ambos niveles en la intervención sobre pacientes pluripatológicos (en este caso, se sustituiría por pacientes crónicos complejos).

Indicador: Número de cuestionarios<sup>2</sup> realizados a profesionales de las UGC de los dos niveles (que comparten pacientes crónicos complejos) con resultado bueno o muy bueno sobre el total de encuestas

---

<sup>2</sup> Cuestionario de 10 preguntas que evalúa la colaboración interprofesional, respondido por los profesionales de los diferentes niveles o áreas asistenciales. Mide las percepciones de los clínicos (escala Lickert del 1 al 5).



realizadas a profesionales de las UGC de ambos niveles (que comparten pacientes crónicos complejos).

Fuente: Resultado obtenido por la UGC en las encuestas realizadas a las UGC del otro nivel con las que se comparten pacientes crónicos complejos (medición cruzada entre profesionales del equipo pluridisciplinar de niveles o áreas diferentes que atienden a pacientes crónicos complejos).

**Se propone además incorporar otros dos indicadores de evaluación uno de proceso y otro de resultado bajo la óptica de pacientes crónicos complejos** mediante Cuestionarios Autoadministrados (pendientes de validar técnicamente con el equipo de la Escuela Andaluza de Salud Pública):

Indicador 5: Encuesta IEXPAC (Instrumento de Evaluación de la Experiencia del Paciente Crónico), mediante la que los y las pacientes evaluarían desde su experiencia el **proceso de atención** del equipo multidisciplinar: ítems 1, 2, 4, 5, 6, 8, 9, 10 y 11 (antes y después de la intervención).

De esta forma se podrían identificar áreas de mejorar y avanzar hacia una atención integrada centrada en cada paciente.

Indicador 6: Resultados del PECVEC (Perfil de Vida para Enfermos Crónicos) de pacientes crónicos complejos atendidos (antes y después del comienzo de la intervención). Se esperarían mejoras de puntuación tras intervención.

Fuente: Registro en Diraya de resultado de CVRS en pacientes receptores del Servicio incluidos en la lista nominal.