



Estrategia de Atención al
PACIENTE CRÓNICO
en Castilla y León



Estrategia de Atención al
PACIENTE CRÓNICO
en Castilla y León

Edita: © JUNTA DE CASTILLA Y LEÓN
Consejería de Sanidad
Gerencia Regional de Salud de Castilla y León

Textos: © Gerencia Regional de Salud de Castilla y León

Imágenes: © JUNTA DE CASTILLA Y LEÓN
Consejería de Sanidad

*La presente publicación ha sido posible gracias a la colaboración de la compañía farmacéutica
JANSSEN-CILAG, S.A.*



ÍNDICE

PRESENTACIÓN	I
I. ¿POR QUÉ UNA ESTRATEGIA DE ATENCIÓN AL PACIENTE CRÓNICO EN CASTILLA Y LEÓN?	3
II. CASTILLA Y LEÓN ANTE EL RETO DE LA CRONICIDAD	7
II.1. Características demográficas	8
II.2. Evolución del perfil epidemiológico	11
II.3. Consecuencias de la cronicidad para el Sistema de Salud	15
III. NECESIDADES DE REORIENTACIÓN DEL SISTEMA DE SALUD DE CASTILLA Y LEÓN	17
III.1. De dónde partimos: atención a la cronicidad	18
III.2. Modelos de referencia en la atención a pacientes crónicos	20
III.3. Oportunidades de transformación del Sistema de Salud	25
IV. MODELO DE ATENCIÓN AL PACIENTE CRÓNICO	27
IV.1. Visión y objetivo de la Estrategia	28
IV.2. Bases de la Estrategia	31
IV.3. Desarrollo de la Estrategia de atención a la cronicidad	37
Línea Estratégica 1: Integración asistencial	41
Línea Estratégica 2: Continuidad con la atención sociosanitaria	44
Línea Estratégica 3: Adaptar la organización a las necesidades del paciente crónico	47
Línea Estratégica 4: Autocuidado, corresponsabilidad y participación	50
Línea Estratégica 5: Promoción de la salud y prevención de la enfermedad	53
Línea Estratégica 6: Tecnologías facilitadoras del cambio	56
Línea Estratégica 7: Formación e Investigación	59
V. PLAN DE DESPLIEGUE	63
V.1. Bases de la implantación	65
V.2. Hoja de ruta del despliegue y proyectos estrella	66
V.3. Mecanismos de control y evaluación del cumplimiento del plan	69
VI. ANEXOS	75
VI.1. Siglas y Abreviaturas	76
VI.2. Actividad hospitalaria y consumo farmacéutico generado por patología crónica	77
VI.3. Metodología de trabajo	87
VI.4. Bibliografía utilizada y consultada	88
VI.5. Relación de tablas y figuras	92



PRESENTACIÓN

El cambio demográfico de mayor influencia sobre el sistema sanitario en las últimas décadas ha sido el envejecimiento de la población, resultado de una esperanza de vida más larga y de la disminución de la natalidad. El envejecimiento implica un aumento de demanda de atención sanitaria por el incremento de la prevalencia de enfermedades crónicas.

La Estrategia de Atención al paciente Crónico surge para dar respuesta a las necesidades de los pacientes con enfermedades crónicas, que utilizan con frecuencia los distintos niveles asistenciales sanitarios y que también pueden tener necesidades sociales o de apoyo; pacientes que no siempre encuentran una respuesta ágil a sus complejas necesidades en el modelo sanitario actual, caracterizado por un alto nivel de especialización en la atención y fragmentado en la provisión de recursos. Es necesario avanzar hacia un modelo de atención integrado, donde la coordinación entre niveles asistenciales es imprescindible y donde la familia o los cuidadores informales cobran un papel relevante; un sistema donde el profesional “individual” no es suficiente, donde el curar no es el objetivo prioritario, y empieza a serlo el cuidar, el mantener, el apoyar, el mejorar la calidad de vida de pacientes y familias, y donde cobra valor “el equipo multidisciplinar”; un modelo capaz de responder a las necesidades plurales de las personas con enfermedades crónicas y pluripatología.

Los servicios sanitarios públicos dedican un porcentaje importante de su capacidad y recursos y, por tanto, del presupuesto de que disponen, a la atención a las personas con enfermedades crónicas, tanto en atención primaria como en los hospitales, en ingresos, en consultas, en pruebas diagnósticas y en prescripción farmacéutica. Las demandas sociales son asimismo crecientes por el aumento de personas en situación de dependencia.

Esta Estrategia de Atención al Paciente Crónico tiene entre sus objetivos adaptar el funcionamiento del sistema sanitario de Castilla y León a la nueva realidad que supone la demanda asistencial creciente derivada de la cronicidad. Se centra fundamentalmente en cinco aspectos: organizar y adecuar los recursos hospitalarios a las condiciones y necesidades de estos pacientes, potenciar el papel de la atención primaria y mejorar sus condiciones para facilitar su atención eficaz, asegurar la coordinación entre los profesionales de los diferentes niveles asistenciales que intervienen para garantizar la continuidad de los cuidados, avanzar hacia la integración asistencial a través de la coordinación efectiva de los sistemas sanitario y social y promover la participación activa por parte de pacientes y personas cuidadoras, en el mantenimiento de la salud.

El control de los procesos crónicos debe asentar en Atención Primaria; en una Atención Primaria que disponga de condiciones y medios que le permitan una elevada capacidad resolutive en el ámbito más accesible y seguro para los pacientes y cuyos referentes serán los profesionales de medicina y enfermería de Atención Primaria, cercanos y de su confianza. Para abordar el control y seguimiento del paciente en todas sus etapas, contarán con profesionales de otros niveles asistenciales, cuando sea necesario. El enfoque de esta Estrategia es asegurar la continuidad asistencial entre las diferentes estructuras, reconocer el papel protagonista de los profesionales en la gestión integrada de la atención, para que el nivel de cuidados se adapte a las características de cada persona y al momento evolutivo de la enfermedad.

Pacientes y familiares que cuidan al paciente crónico deben poseer los conocimientos suficientes para entender la enfermedad y disponer de las habilidades necesarias para participar en los cuidados, corresponsabilizándose del mantenimiento de la propia salud o de su familiar, por ello esta Estrategia contempla la formación y apoyo a los pacientes y a los familiares que participan en los cuidados.

La meta de la Estrategia es atender mejor a las personas con enfermedades crónicas, prestar los servicios que necesiten en el lugar más adecuado y en el momento que lo precisen. Es la respuesta a una necesidad real con la que esperamos conseguir los mejores resultados tanto en calidad asistencial como en la eficiencia y sostenibilidad del sistema.

Agradezco la dedicación de todas las personas, instituciones, sociedades científicas, colegios profesionales y representantes sociales que han participado en la elaboración de esta Estrategia.

Antonio María Sáez Aguado
Consejero de Sanidad



Estrategia de Atención al PACIENTE CRÓNICO en Castilla y León

¿POR QUÉ UNA ESTRATEGIA DE ATENCIÓN AL PACIENTE CRÓNICO EN CASTILLA Y LEÓN?



¿POR QUÉ UNA ESTRATEGIA DE ATENCIÓN AL PACIENTE CRÓNICO EN CASTILLA Y LEÓN?

En los últimos años se han producido una serie de cambios que han afectado de forma notable a la dinámica de funcionamiento de los servicios de salud en España. Los más relevantes han sido el envejecimiento progresivo de la población, una importante modificación de los estilos de vida y el incremento de la supervivencia en muchas patologías, que en gran parte se han cronificado debido a los avances en la medicina.

Esta nueva situación se asocia de forma clara al incremento de la frecuentación y a una elevada utilización de los recursos asistenciales, que están ocasionando dificultades al sistema sanitario para dar una respuesta adecuada, tanto en la calidad de la atención que se presta al paciente crónico, como en la eficiencia en el manejo de los recursos sanitarios y sociales disponibles.

Los sistemas de salud mantienen una organización de la atención hospitalaria muy parcelada por especialidades, fundamentalmente focalizada en la patología aguda, cuando en la actualidad la mayor demanda asistencial se corresponde con pacientes crónicos, generalmente pluripatológicos. Además, la experiencia nos ha enseñado que no sólo se debe tratar la enfermedad, sino que también es fundamental tener en cuenta las necesidades del paciente en su entorno familiar y social, necesidades para las que un enfoque exclusivamente sanitario tampoco da una respuesta global al problema; todo ello nos permite deducir que van a ser necesarias estrategias de integración entre los diferentes recursos disponibles para afrontar el reto que supone la adaptación de los actuales dispositivos asistenciales y sociales a este nuevo contexto.

La mayor demanda asistencial en nuestro sistema está generada por pacientes crónicos pluripatológicos

Así, en la actualidad, los pacientes crónicos generan la mayoría de las consultas de atención primaria y más de la mitad de los ingresos hospitalarios; además la prevalencia de las patologías crónicas está experimentando un incremento en España y se estima que generan, al menos, el 70% del gasto sanitario. La Unión Europea (UE) prevé que, dada la proyección de la población, la mortalidad esperada y las previsiones de carga de enfermedad, las enfermedades crónicas van a seguir siendo la principal causa de mortalidad y discapacidad en los países desarrollados, con el consiguiente impacto en los sistemas de salud. Por ello, las principales organizaciones internacionales en el ámbito de la salud recomiendan el desarrollo de estrategias específicas que palién estos efectos y tengan un impacto directo en la mejora de la calidad de la prestación a los pacientes crónicos y una mayor eficiencia en el uso de los recursos disponibles.

En Castilla y León, con una población de las más envejecidas de España, dispersa y eminentemente rural, se hace imprescindible llevar a cabo las adaptaciones en el sistema sanitario que permitan gestionar de modo eficiente la cronicidad mediante una reorientación hacia las necesidades del paciente y la integración de servicios, a través de la elaboración, desarrollo e implantación de una Estrategia específica de atención a las personas con enfermedad crónica que tenga resultados visibles en el corto plazo, aunque el objetivo final sea una reorientación del sistema sanitario a medio y largo plazo que permita dar respuesta a este nuevo tipo de demanda asistencial.

Se han venido realizando diversas actuaciones en los últimos años, en Castilla y León, que han consolidado ya avances y mejoras. Actuaciones como las incluidas en el III Plan de Salud de la Comunidad, en las Líneas Estratégicas y objetivos de la Gerencia Regional de Salud 2011-2015, en el Plan de Calidad del Sistema Público de Salud de Castilla y León y en el II Plan Sociosanitario, entre otros. Dichas actua-



ciones han estado orientadas a mejorar la coordinación entre estructuras asistenciales, a reducir la variabilidad clínica, al desarrollo de sistemas de información, a promover la práctica clínica basada en la evidencia, así como a mejorar la atención sociosanitaria a los pacientes dependientes y todas ellas marcaban ya como horizonte para esta estrategia la creación de un marco integrador entre los distintos niveles y recursos asistenciales, frente a las tradicionales intervenciones mucho más fragmentadas.



Aunque la Estrategia de Atención al Paciente Crónico que se propone para Castilla y León va destinada a toda su población, el elemento fundamental sobre el que van a centrarse las acciones clave de la estrategia es el llamado paciente crónico en situación de complejidad o pluripatológico. La pluripatología ha sido definida por la *“coexistencia de dos o más enfermedades crónicas que conllevan la aparición de reagudizaciones y patologías interrelacionadas, que condicionan una especial fragilidad clínica que grava al paciente con un deterioro progresivo, y una disminución gradual de su autonomía y capacidad funcional, generando una frecuente demanda de atención a diferentes ámbitos asistenciales (atención primaria, atención especializada, servicios sociales)”*¹. Este paciente viene determinado por un perfil de patología crónica con las siguientes características:

- Presencia de varias enfermedades crónicas de manera concurrente.
- Alta frecuentación hospitalaria, tanto de urgencias como de consultas externas y hospitalización, con ingresos de estancia media prolongada.
- Tratamiento farmacológico con polimedicación.
- Disminución de la autonomía personal de forma temporal o permanente, con frecuentes situaciones de discapacidad y dependencia.
- Consumo de gran cantidad de recursos sanitarios y sociales.
- Y que presenta otros factores adicionales a tener en cuenta tales como edad avanzada, vivir solo, escaso apoyo familiar y social, presencia de secuelas de patología previa, etc.

El foco de esta Estrategia son los pacientes crónicos en situación de complejidad y los pacientes con pluripatología

En general estos pacientes requieren tratamiento médico y cuidados de forma continuada. Las enfermedades crónicas son, con frecuencia, causa de discapacidades y situaciones de dependencia, por lo que una coordinación adecuada con el ámbito social se hace imprescindible de cara a mejorar la calidad de vida de los pacientes y optimizar los recursos. La atención al paciente crónico requiere un abordaje multidisciplinar e individualizado a lo largo de todo el proceso clínico y una actuación proactiva y preventiva sobre los factores de riesgo que conciencie a la población y fomente la participación y corresponsabilidad del paciente y de sus familiares en el proceso de la enfermedad.

Dar una respuesta global al reto de la cronicidad exige pues reconfigurar el modelo de atención a los pacientes de manera que asegure la continuidad asistencial entre las diferentes estructuras que prestan los servicios y la gestión integrada de la atención, adaptando el nivel de cuidados que se les presta a las características propias de la persona y al grado de avance de la enfermedad. Para ello es necesario

¹ Unidad de Pacientes Pluripatológicos: Estándares y Recomendaciones. Informes, estudios e investigación 2009. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

El reto de la Estrategia es reconfigurar el modelo para asegurar la continuidad asistencial y la gestión integrada de la atención

conocer previamente las necesidades de cuidados de la población, mediante sistemas de clasificación de pacientes según necesidades y riesgos, establecer o reforzar los sistemas de información compartida, la selección y gestión adecuada de los procesos asistenciales, impulsar la participación del paciente en el control de su enfermedad, la implicación de los profesionales en el proceso y el desarrollo de nuevos perfiles profesionales y la puesta en marcha de algunos recursos específicos para la atención a este tipo de pacientes. Se trata, en suma, de conseguir una gestión efectiva de la enfermedad crónica con una gestión más eficiente de los recursos.

Aunque esta Estrategia está dirigida fundamentalmente a todos los pacientes crónicos, se ha considerado necesario establecer prioridades en su implantación en función de la mayor prevalencia e impacto en los ciudadanos y en el sistema sanitario, con el fin de facilitar su desarrollo. En este sentido se han priorizado de manera inicial las siguientes patologías:

- Enfermedades del área cardiológica: insuficiencia cardiaca, cardiopatía isquémica y arritmias.
- Ictus.
- Enfermedades neurodegenerativas y demencia.
- Diabetes.
- Enfermedades respiratorias: EPOC y asma.
- Enfermedades del área digestiva: enfermedades inflamatorias crónicas y hepatopatías crónicas.
- Enfermedades osteomusculares: artrosis, osteoporosis y artritis.
- Enfermedades mentales: trastornos psicóticos, depresión mayor crónica.
- Enfermedad renal crónica.

El hecho de que otras patologías relevantes como el cáncer y la infección por VIH no aparezcan en el listado anterior, a pesar de ser procesos crónicos en muchos casos con alto impacto sanitario, es consecuencia de que ya existen en nuestra Comunidad Autónoma estrategias específicas para su abordaje, aunque se contempla la posibilidad de adaptación del proceso de atención de estas patologías al marco de atención a la cronicidad.

Estrategia de Atención al PACIENTE CRÓNICO en Castilla y León

CASTILLA Y LEÓN ANTE EL RETO DE LA CRONICIDAD



Castilla y León, al igual que otras Comunidades, está experimentando cambios demográficos ligados a un mayor envejecimiento, así como una evolución del perfil epidemiológico con un incremento de patologías crónicas y cambios en los estilos de vida, que repercuten de manera importante en el tipo de demanda asistencial y con ello en la calidad de la atención prestada y en el grado de eficiencia actual del sistema sanitario y social.

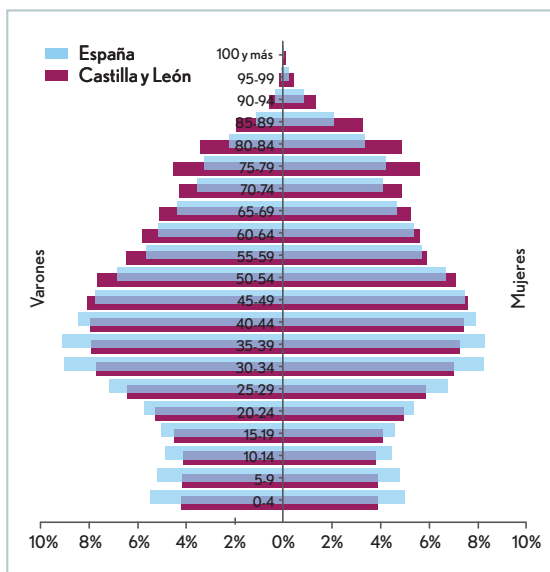
11.1

CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS

La población de Castilla y León asciende a 2.558.463² habitantes, de los que un 50,5% son mujeres y un 49,6% hombres. Esta Comunidad tiene un saldo vegetativo negativo que llega al -2,9. Otras comunidades autónomas con saldo negativo son Aragón, Asturias, Extremadura y Galicia. La tasa de natalidad se sitúa más de dos puntos por debajo de la media nacional, 8,2 en Castilla y León, frente a 10,5 nacidos por 1.000 habitantes en el Estado, mientras que la mortalidad supera la media nacional en más de 2 puntos, 10,8 frente a 8,2 defunciones por 1.000 habitantes a nivel nacional.

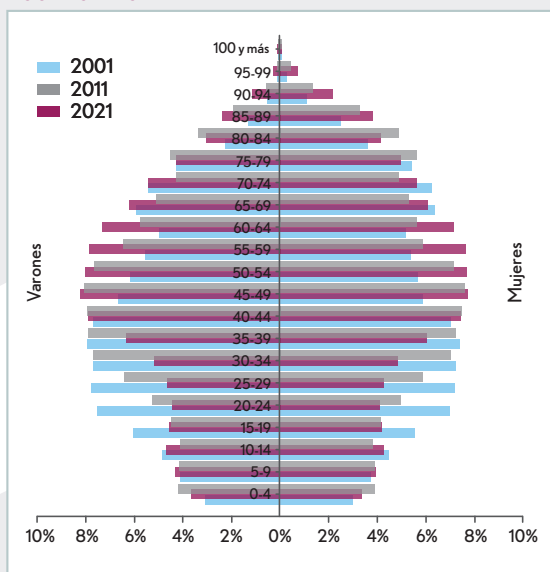
El patrón de población corresponde al de una población envejecida, con un índice de envejecimiento (mayores de 64 años) del 22,8%², muy superior a la media nacional situado en 17,2%, y es considerablemente mayor en el caso de las mujeres, suponiendo el 25,8% en Castilla y León frente al 19,4% en el conjunto de España.

Figura 2.1. Pirámide de población España - Castilla y León 2011



Fuente: Instituto Nacional de Estadística

Figura 2.2. Evolución pirámide de población Castilla y León 2001-2011-2021



Fuente: Instituto Nacional de Estadística

² INE 2011

La tasa global oscila, a nivel provincial, entre un 28,7% en el caso de Zamora y un 19% en Valladolid. Esta tendencia se prevé que se acentúe en el futuro, donde según las proyecciones, la tasa de envejecimiento en la Comunidad alcanzaría en 2021 un 25,2%, lo que supondría un incremento de casi tres puntos sobre el momento actual.

La población de Castilla y León está más envejecida que la media del conjunto nacional

Además, el índice de sobre-envejecimiento en 2011 (personas mayores de 84 años en relación con las mayores de 64 años), se comporta de una forma similar, representando un 17% en la población castellana y leonesa (13,3% en hombres y 19,9% en mujeres), frente al 13,6% nacional (10,1% en hombres y 16,1% en mujeres) y se estima que en 2021 ascenderá al 21,1% en la Comunidad.

En resumen, actualmente 583.884² es el número de personas mayores de 64 años en Castilla y León (252.571 hombres y 331.313 mujeres), de los que 99.441 son mayores de 84 años (33.651 hombres y 65.790 mujeres), estimándose que para 2021, se llegaría a 603.108 mayores de 64 años (269.673 hombres y 333.435 mujeres) de los que 127.421 serían mayores de 84 años (45.771 hombres y 81.650 mujeres).

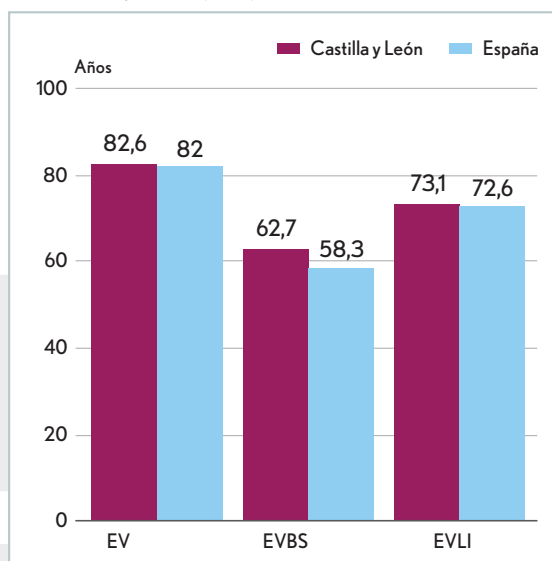
La esperanza de vida de la población de Castilla y León es 82,6³ años (80,0 en hombres y 85,3 en mujeres), ligeramente superior a la media nacional que es 82 años (78,9 en hombres y 84,9 en mujeres). La población de esta Comunidad supera actualmente a la media nacional tanto en esperanza de vida como en esperanza de vida en buena salud y libre de discapacidad.

El envejecimiento progresivo de la población define un nuevo escenario en el que algunas enfermedades que presentaban elevada mortalidad a corto plazo, han ido modificando su evolución debido a me-

joras diagnósticas y terapéuticas. En muchos casos se han transformado en enfermedades crónicas con largas supervivencias generando asimismo limitaciones funcionales asociadas con frecuencia a situaciones de dependencia.

Aunque lo más frecuente es que la cronicidad se relacione con las enfermedades crónicas y degenerativas más asociadas al envejecimiento, conviene recordar que también está relacionada con otros trastornos como enfermedades congénitas, enfermedades neurológicas y mentales, discapacidad psíquica, discapacidad sensorial, etc. que comienzan a edades más tempranas y se mantienen a lo largo de la vida, pero que conllevan, de igual modo, necesidades asistenciales, pérdida de autonomía y situaciones de dependencia.

Figura 2.3. Esperanza de Vida (EV), Esperanza de Vida en Buena Salud (EVBS) y Esperanza de Vida Libre de Incapacidad (EVLI)

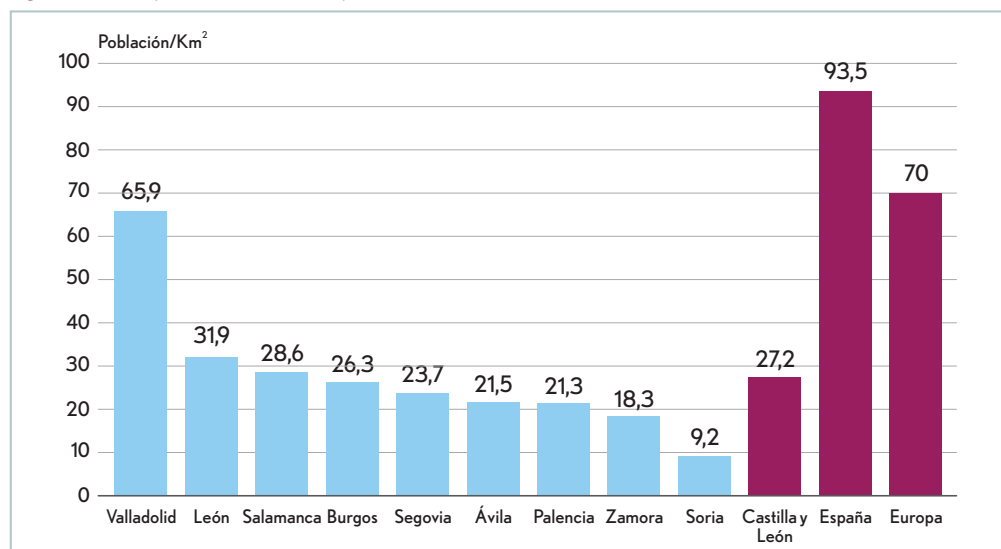


Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad
EV: datos año 2010; EVBS: datos año 2009; EVLI: datos año 2007

³ INE 2010

Otro elemento a tener en cuenta en la planificación de la atención sanitaria es la dispersión geográfica. Castilla y León, con una superficie de 94.225,96 Km², es una de las regiones más extensas y con menor densidad de población de toda Europa (27,22 hab/Km²), lo que obliga a disponer de un mayor número de recursos para conseguir una adecuada accesibilidad. Además, su población tiene un claro carácter rural, ya que sólo el 50,9% de sus habitantes viven en zonas urbanas, frente al 68,1% que lo hacen a nivel nacional.

Figura 2.4. Comparativa densidad de población 2011



Fuente: Instituto Nacional de Estadística / EUROSTAT

De los 2.248² municipios de la Comunidad, el 88% tiene menos de 1.000 habitantes y en ellos reside el 19,3 % de la población (a nivel nacional sólo el 3,2% de la población vive en este tipo de municipios), en los que además reside el 30% del total de los mayores de 65 años de Castilla y León.

En el medio rural se ha producido la feminización de la población mayor de 65 años y a la vez un déficit de mujeres en edades jóvenes, que se van desplazando a áreas urbanas con mayores posibilidades de encontrar trabajo. Esta situación es más acusada en municipios pequeños, en los que por otra parte hay mayor permanencia de hombres jóvenes y de mediana edad que se ocupan de la agricultura. Estos hechos tienen relevancia en relación al soporte familiar o a las posibilidades de cuidados para las personas mayores con enfermedad crónica o en situación de dependencia. También tiene interés conocer la composición del núcleo familiar por número de miembros, debido a la relación que puede tener con el apoyo y los cuidados familiares siendo en este sentido relevante constatar que más de la mitad de los hogares de Castilla y León están formados sólo por 1 ó 2 miembros, y que el porcentaje de hogares monoparentales con hijos y unipersonales es más alto en mujeres que en hombres⁴. Otro hecho a tener en cuenta es que en el 10,7% de los hogares residen personas con algún tipo de dependencia⁵.

Todas estas características, junto al compromiso de la Consejería de Sanidad con sus ciudadanos de garantizar la accesibilidad de la población a los recursos sanitarios, hacen que el sistema de salud de Castilla y León en su ordenación de recursos y formas de organización tenga importantes elementos diferenciales respecto a los de otras regiones.

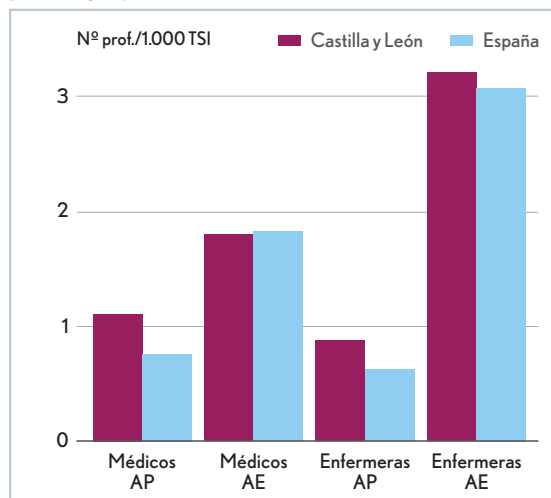
⁴ La mujer en Castilla y León. 2008. Datos Básicos 2009.

⁵ "Estadística de Hogares y Familias de Castilla y León. D. G. de Estadística de la Junta de Castilla y León 2009.



En este sentido, Castilla y León está organizada en 11 áreas de salud y un total de 249 zonas básicas de salud, de las cuales casi un 70% son rurales o semiurbanas. En el nivel de atención primaria cuenta con 246 centros de salud y 3.652 consultorios locales. En atención especializada dispone de 14 centros de especialidades, 11 complejos asistenciales hospitalarios y 3 hospitales comarcales que suman un total de 26 hospitales, con una dotación de al menos uno en cada área de salud, y de los cuales 4 tienen un nivel III y 1 tiene un nivel IV, en función del grado de complejidad de su cartera de servicios.

Figura 2.5. Dotación de médicos y enfermeras en atención primaria y especializada 2010



Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad

► 11.2

EVOLUCIÓN DEL PERFIL EPIDEMIOLÓGICO

En los últimos años ha variado el patrón epidemiológico de Castilla y León, con un incremento notable de las patologías crónicas. Como ya se ha reflejado, actualmente hay un conjunto de factores que contribuyen al incremento de la prevalencia de este tipo de enfermedades tales como el envejecimiento, los avances tecnológicos y terapéuticos en la medicina, los cambios en los estilos de vida (tabaquismo, hábitos nutricionales inadecuados y sedentarismo) y otros factores psicosociales.

Figura 2.6. Áreas y zonas básicas de salud de Castilla y León - 2011



Fuente: Elaboración propia Sacyl

Las patologías crónicas no afectan solamente a las personas mayores. Cada vez hay un número mayor de niños y jóvenes diagnosticados de este tipo de enfermedades que alcanzan la edad adulta y tienen una perspectiva de elevada supervivencia.

Según las estimaciones realizadas a partir de los resultados del Estudio de Riesgo Cardiovascular (2005) referido a la población de Castilla y León mayor de 15 años, la prevalencia de hipertensión arterial (HTA) en el conjunto de la Comunidad se cifra en un 38,8% (3 puntos más en hombres que en mujeres), es decir, más de 800.000 personas; este porcentaje va aumentando con la edad hasta llegar a más del 75% en personas mayores de 70 años.

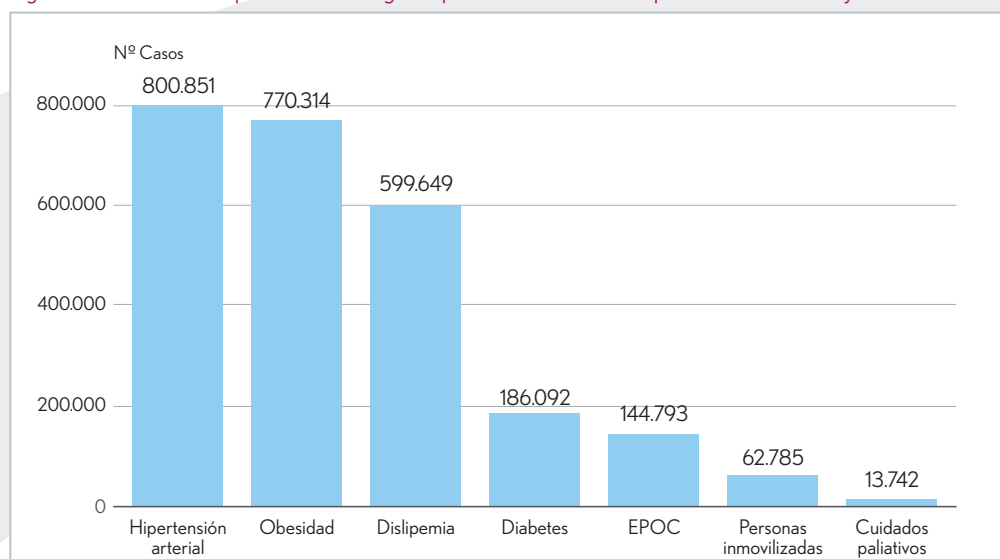
El mismo estudio refleja que la prevalencia estimada de diabetes es del 8,8% (2,5 puntos más hombres que mujeres), lo que supone que en torno a 190.000 personas estarían afectadas por esta enfermedad. Asimismo, un 28,9% de la población castellana y leonesa padece hiperlipemia (porcentaje similar en hombres y en mujeres), lo que supondría cerca de 600.000 personas afectadas.

Dentro de la cartera de servicios de Castilla y León se desarrollan numerosas actividades de prevención y tratamiento de la cronicidad

En relación al riesgo cardiovascular global elevado (más del 5% de riesgo de muerte por cardiopatía isquémica o por ictus en los próximos 10 años), los resultados del estudio demuestran que ya para población relativamente joven (entre 40 y 64 años) es del 7,5%; porcentaje que es cinco veces superior en los hombres que en las mujeres.

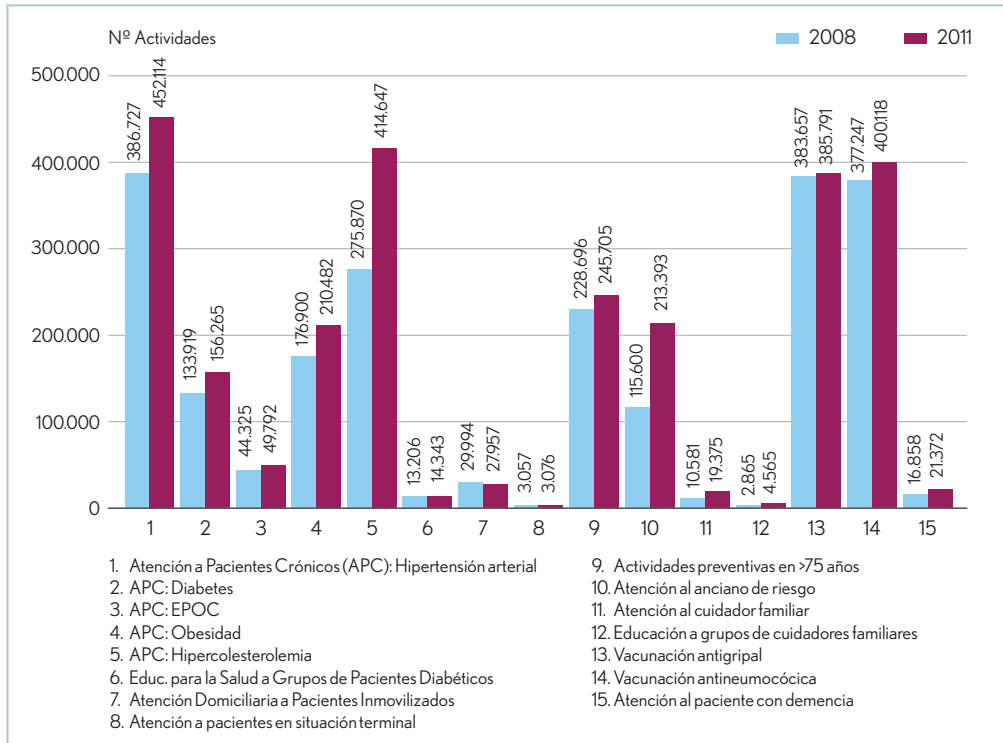
La cartera de servicios de atención primaria en Castilla y León incluye numerosas actividades orientadas a la prevención y tratamiento de la cronicidad tales como la promoción de hábitos saludables, la educación para la salud, las actuaciones para la detección precoz y seguimiento de patologías crónicas, así como la prevención de posibles complicaciones.

Figura 2.7. Estimación de prevalencia de algunos procesos crónicos en la población de Castilla y León - 2011



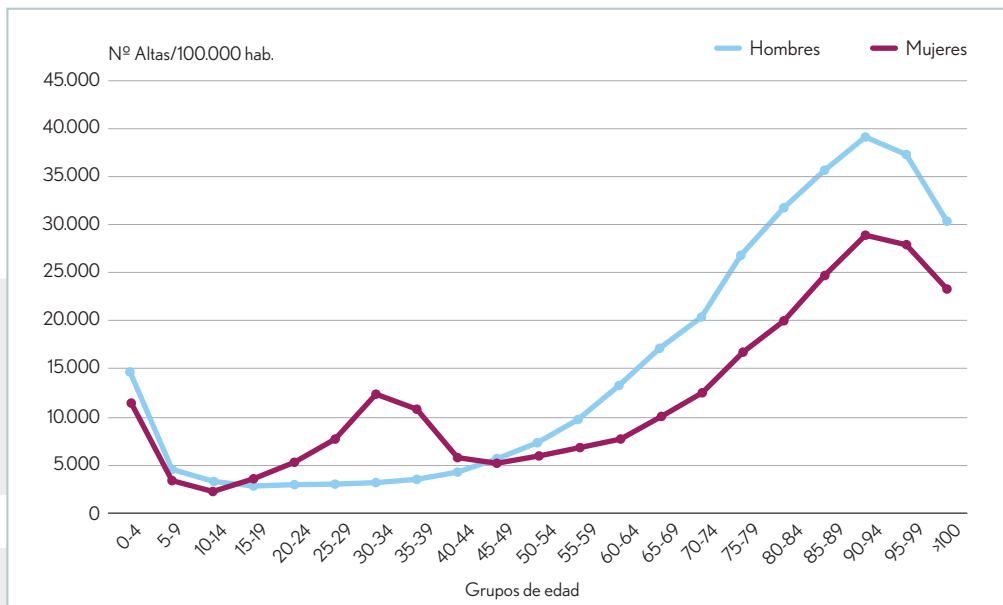
Fuente: Elaboración propia a partir del Estudio de Riesgo Cardiovascular de Castilla y León. 2005

Figura 2.8. Número de actividades dirigidas a pacientes crónicos en atención primaria 2008-2011



Fuente: Cartera de Servicios de atención primaria de Castilla y León.

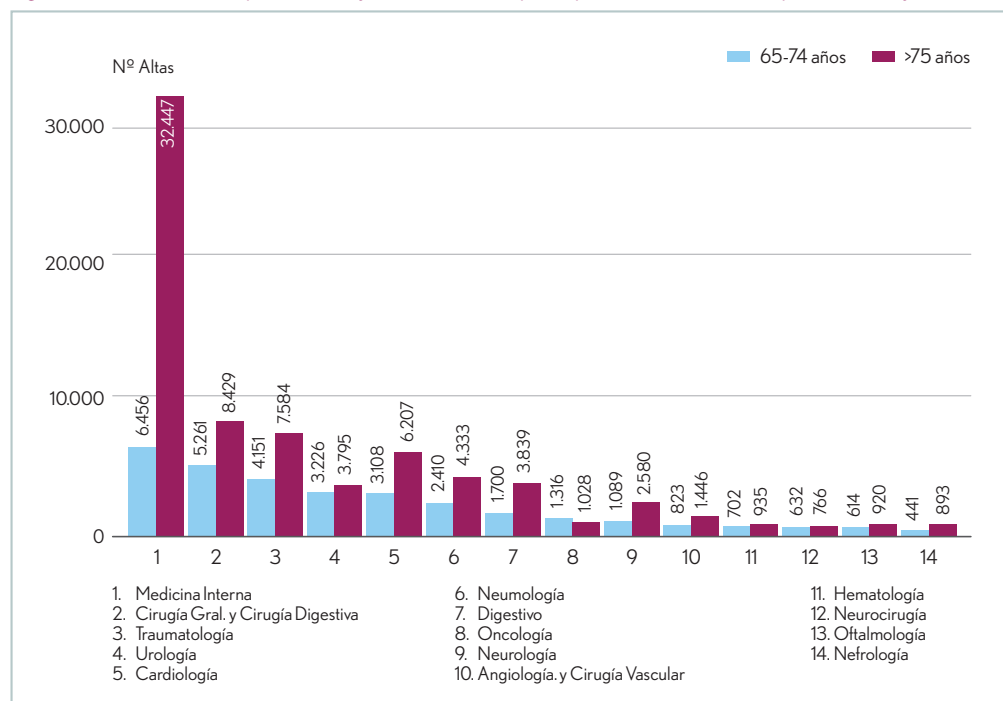
Figura 2.9. Tasa de altas hospitalarias por 100.000 habitantes y grupos de edad en Castilla y León - 2011



Fuente: CMBD SacyL.

Cabe destacar que la cobertura desde el nivel de atención primaria de la atención a pacientes con enfermedades crónicas tales como HTA, diabetes, enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), obesidad o hipercolesterolemia, tiene una tendencia claramente ascendente en los últimos años.

Figura 2.10. Nº de altas en personas mayores de 65 años, por especialidades, en los hospitales de Sacyl - 2011



Fuente: CMBD

Por otro lado, los cinco grandes grupos de enfermedades que causan mayor número de estancias hospitalarias en esta Comunidad son las enfermedades del sistema circulatorio (incluyendo el ictus), los trastornos mentales, los tumores, las enfermedades del aparato respiratorio y las enfermedades del aparato digestivo, que en su mayoría corresponden con enfermedades crónicas.

En cuanto a la evolución temporal de este tipo de enfermedades también se ha comprobado que es progresivamente creciente, con un aumento promedio de la frecuentación hospitalaria generada por este grupo de pacientes próximo al 7% anual.

El Anexo VI.2 recoge la comparación de las tasas de altas hospitalarias por motivos relacionados con la cronicidad, con las nacionales, lo que ha permitido apreciar un mayor uso de los servicios asistenciales por la población de Castilla y León comparativamente con la media nacional consecuente a las especiales características demográficas de nuestra Comunidad.

► 11.3

CONSECUENCIAS DE LA CRONICIDAD PARA EL SISTEMA DE SALUD

Entre el 70-80% del presupuesto de sanidad se destina a la atención de personas mayores de 65 años

Utilización de recursos

El envejecimiento de la población y el aumento de enfermedades crónicas han contribuido de forma importante, en las últimas décadas, al aumento de la carga asistencial y, en consecuencia, al consumo de recursos. Se estima que un 70-80% del presupuesto anual de sanidad se destina a las personas mayores de 65 años. Este grupo de población utiliza el 80% de las consultas totales (el 60% de las de AP), el 60% de los ingresos hospitalarios y un 33%1 de las visitas a los servicios de urgencias hospitalarios.

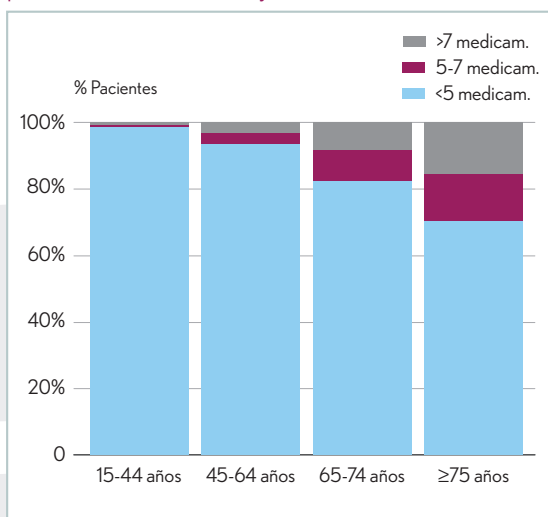
Consumo farmacéutico

La terapéutica farmacológica es un componente importante de la atención a los pacientes crónicos, muchos de ellos polimedicados. El envejecimiento no es sinónimo de enfermedad, pero a medida que aumenta la edad se incrementa la prevalencia de enfermedades y, en los pacientes mayores, es más frecuente la coexistencia de varias enfermedades crónicas que requieren tratamientos múltiples. Se estima una media de 2,8 padecimientos crónicos en personas de 65 a 74 años, elevándose a 3,2 procesos simultáneos en los mayores de 75 años.

Los medicamentos utilizados por los pacientes crónicos son adquiridos mayoritariamente a través de receta médica en oficinas de farmacia si bien, los que necesitan un especial control, se dispensan en los

servicios de farmacia hospitalarios. Si nos ciéramos a las patologías seleccionadas en esta Estrategia, el consumo de productos farmacéuticos en 2011 representó el 48% del gasto total en medicamentos de uso ambulatorio de Sacyl (medicamentos dispensados mediante receta médica más dispensación hospitalaria). En el Anexo VI.2 se detalla el consumo de estos productos por grupos de patologías, diferenciándose la dispensación hospitalaria de la realizada por receta médica.

Figura 2.11. Nº medicamentos diferentes consumidos al mes por tramos de edad. Castilla y León - 2011



Fuente: Gerencia Regional de Salud de Castilla y León (Sacyl)

Discapacidad

Padecer una enfermedad crónica no significa necesariamente sufrir discapacidad, pero una parte de la discapacidad es secundaria a estas enfermedades. Asimismo la propia discapacidad genera situa-

En España la atención a las personas con necesidades de cuidados esta a cargo, sobre todo, de las familias

ciones de mayor vulnerabilidad, sobre todo a medida que aumenta la edad. En la Encuesta de Discapacidad, Autonomía Personal y Situaciones de Dependencia (EDAD, 2008) algunos hallazgos llaman la atención: el 59,8% de las personas con discapacidad son mujeres, sin embargo el número de varones con discapacidad supera al de mujeres hasta los 44 años, y es a partir de esta edad cuando el número de mujeres con discapacidad es mayor al de hombres. Estas diferencias se hacen más ostensibles a partir de los 65 y sobre todo de los 80, hecho al que no es ajena la feminización de la vejez⁶. Por ello es preciso analizar sus consecuencias desde una

perspectiva sociológica, ya que el conjunto de mujeres maduras y mayores constituyen mayoría en la nueva redistribución social, consecuencia del importante cambio demográfico⁷ cuyo impacto no ha sido suficientemente ponderado tanto para el sistema sanitario como para el social. La tasa de discapacidad en Castilla y León (en mayores de 6 años) es del 10%, y para las discapacidades severa y total el número de mujeres duplica al de hombres.

Situación de los cuidados informales

La nueva situación sociodemográfica y epidemiológica descrita no sólo tiene consecuencias sobre el sistema sanitario, sino que tiene un fuerte impacto en las familias. En España la atención a las personas con necesidades de cuidados es proporcionada mayoritariamente por la familia. La cifra de mujeres cuidadoras informales es muy superior a la de varones en todos los estudios.

El 70% de las personas con discapacidad física y el 50% con discapacidad psíquica reciben cuidados por parte de la familia. Más del 80% de las personas mayores y enfermos no graves reciben atención por la familia^{8/9}, y los proveedores de los cuidados informales son mujeres en el 92,8% de los casos¹⁰. En Castilla y León la situación es similar, aunque de forma paulatina van incorporándose los hombres a la red de cuidados informales, sobre todo en el medio rural.

Por otra parte, diversos estudios han puesto de manifiesto que cuidar afecta a la salud y a la calidad de vida de las personas que cuidan, fundamentalmente a las mujeres debido a la desigual distribución de los cuidados informales sobre todo a personas dependientes.

Los cuidados formales también son mayoritariamente realizados por mujeres. La mejora de la atención a las personas dependientes es una necesidad y una prioridad social y sanitaria no sólo en España sino en todos los países desarrollados, a la que en nuestro país se intenta dar respuesta con la Ley de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia¹¹ y su desarrollo a través del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD), ha significado para muchas personas en situación de dependencia la posibilidad de acceder a recursos de apoyo que han posibilitado la mejora de los cuidados y de la autonomía para la persona afectada y, la mejora de la calidad de vida para las personas cuidadoras en el ámbito familiar. La atención a las personas que cuidan en el ámbito familiar será también objeto de esta estrategia.

⁶ Encuesta de Discapacidad, Autonomía Personal y Situaciones de Dependencia (EDAD). Instituto Nacional de Estadística. 2008.

⁷ Pérez Díaz. J. Feminización de la Vejez y el Estado de Bienestar. Reis.104-03. PP 91-121.

⁸ IMSERSO. Las personas Mayores en España. Informe. 2004.

⁹ MA. Durán Heras. Los costes invisibles de la enfermedad. Edit. BBVA. Rev. Esp Salud Pública 2009;83:393-406.

¹⁰ M García Calvente y cols. Cuidados y cuidadores en el sistema informal de salud. EASP e Instituto Andaluz de la mujer. 1999.

¹¹ Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia.



Estrategia de Atención al PACIENTE CRÓNICO en Castilla y León

NECESIDADES DE REORIENTACIÓN DEL SISTEMA DE SALUD DE CASTILLA Y LEÓN





NECESIDADES DE REORIENTACIÓN DEL SISTEMA DE SALUD DE CASTILLA Y LEÓN



DE DÓNDE PARTIMOS: ATENCIÓN A LA CRONICIDAD

La presente Estrategia de Atención al Paciente Crónico está alineada con los objetivos estratégicos de la Comunidad recogidos en su propia normativa y la de la Consejería de Sanidad, y es una herramienta que favorecerá el desarrollo de los mismos.

Los principales objetivos en salud de Castilla y León están recogidos en el III Plan de Salud 2008-2012, en las Líneas Estratégicas de la Gerencia Regional de Salud 2011-2015, el Plan de Calidad del Sistema Público de Salud de Castilla y León (2012) y en los Planes Sociosanitarios.

Los objetivos en salud se reflejan en el Plan de Salud de Castilla y León, así como en las Líneas Estratégicas de la Gerencia Regional de Salud

El primero, es el instrumento estratégico principal para la planificación del sistema sanitario de Castilla y León. Entre sus principios fundamentales se encuentra la equidad de las acciones, la integralidad del abordaje, la orientación de las distintas intervenciones hacia el ciudadano, la perspectiva de género en sus medidas, la evidencia científica de las recomendaciones, la eficacia y eficiencia de las actuaciones, la aplicabilidad de las intervenciones, la innovación de las líneas y la orientación a los resultados en salud. El Plan identifica y prioriza los problemas de salud encontrándose entre ellos algunas patologías crónicas incluidas en la presente Estrategia tales como la depresión, diabetes, ictus, enfermedades crónicas de las vías respiratorias, insuficiencia cardiaca y las enfermedades osteoarticulares entre otras. En este sentido a lo largo de los años 2008 a 2012, y ligadas a este Plan, se

han definido y desarrollado intervenciones concretas para la mejora de la salud de los ciudadanos y para la reducción de la incidencia, de la mortalidad, de la mortalidad prematura evitable y de la discapacidad generada por estas patologías en Castilla y León.

Por otra parte, las Líneas Estratégicas y objetivos de la Gerencia Regional de Salud 2011-2015, definen la misión, la visión y los valores a desplegar por la Gerencia Regional de Salud en este periodo temporal y basa su desarrollo en 7 líneas estratégicas. Precisamente su segunda línea trata sobre la "adaptación de nuestro Servicio de Salud a los nuevos modelos de atención", para cuyo desarrollo se debe tener en cuenta lo siguiente:

- Orientación al paciente crónico y pluripatológico.
- Potenciación de la capacidad resolutoria de la atención primaria.
- Incremento de la capacidad de resolución y mejora del rendimiento de los centros hospitalarios.
- Avance en la gestión compartida de los procesos asistenciales y en la implantación de la gestión por procesos.
- Coordinación y cooperación con el sistema de servicios sociales.

Los objetivos de las Líneas Estratégicas de la Gerencia Regional de Salud se trasladan a los Planes Anuales de Gestión que cada año suscribe ésta con cada una de las Áreas de Salud, y en los que hay incluidos indicadores específicos de cumplimiento dentro del ámbito de la cronicidad.

Como complemento a todo lo anterior, el Plan de Calidad del Sistema Público de Salud de Castilla y León (2012) se desarrolló para orientar a la organización sanitaria hacia la mejora continua, impulsar



el enfoque de sus servicios al cliente, facilitar su adaptación al nuevo escenario epidemiológico, impulsar el desarrollo y la motivación de sus profesionales y para apoyar la sostenibilidad del sistema. Con relación a la cronicidad este Plan se ha concretado en actuaciones que enfatizan la prevención y la gestión de los factores de riesgo del paciente, que aseguran la calidad en la atención, que apoyan una mejor gestión del conocimiento, que impulsan la mejora de la comunicación y fomentan la utilización de las TICs. De los proyectos del Plan los que tienen un mayor impacto en el ámbito de la atención al paciente crónico, son los siguientes:

- Mejorar la coordinación entre niveles asistenciales y asegurar una atención integral en el cuidado de los pacientes crónicos con pluripatologías.
- Avanzar en la coordinación sociosanitaria y en salud mental.
- Gestionar activamente las relaciones con los pacientes.
- Avanzar en el desarrollo de sistemas de información que apoyen la toma de decisiones, la gestión de procesos y la mejora de la práctica clínica.
- Facilitar la mejora de la efectividad y la traslación de la evidencia científica a la práctica diaria.
- Extender la historia clínica electrónica única a todos los niveles asistenciales.
- Utilizar las TICs para facilitar la comunicación y la colaboración entre los profesionales.
- Favorecer la participación del paciente en el autocuidado de su enfermedad.

Además en Castilla y León se han desarrollado otras actuaciones relacionadas con patologías crónicas tales como la elaboración de diversas Oncoguías (Cáncer de Mama, Cuidados Paliativos, Cáncer de Próstata, Melanoma y Cáncer Colorrectal) y una guía de actuación sobre la diabetes.

También desde hace tiempo está en marcha la Estrategia Regional de Salud Cardiovascular y el Plan de Atención Sanitaria Geriátrica con intervenciones eficaces para la prevención, tratamiento y rehabilitación de pacientes a los que se dirige estos planes, la Estrategia Regional de Salud Mental y Asistencia Psiquiátrica cuyo objetivo principal era el de garantizar la continuidad de cuidados para personas que sufrieran este tipo de enfermedades y los Planes Sociosanitarios de Castilla y León¹². Estos planes han permitido la consolidación de una estructura sociosanitaria en la Comunidad Autónoma que puede ser de gran utilidad para el desarrollo e implantación de la presente Estrategia.

La cartera de servicios de atención primaria ha incluido desde sus inicios la atención a las principales patologías crónicas, la prevención de los principales factores de riesgo y el diagnóstico precoz dentro del Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud (PAPPS), así como la detección del anciano frágil y la atención en el domicilio de personas inmovilizadas. Asimismo todos los centros de salud han contado con un Equipo de Coordinación de Base donde se tratan los casos sociosanitarios complejos, acciones todas ellas muy relacionadas con la atención a la cronicidad.

Las actuaciones descritas han estado enfocadas a la mejora de la continuidad de cuidados entre niveles asistenciales, la coordinación con el ámbito social, la prevención, el autocuidado del paciente y la homogeneización de los procedimientos de



¹² I y II Plan Sociosanitario (2003, 2007)

atención y en este sentido sientan la base sobre la que Castilla y León va a afrontar a partir de ahora el reto de una adecuada atención a la cronicidad.

III.2

MODELOS DE REFERENCIA EN LA ATENCIÓN A PACIENTES CRÓNICOS

Desde hace algunos años, los planes y las estrategias de atención al paciente crónico, sobre todo en los países desarrollados, tienen como modelos de referencia por su trayectoria temporal y su influencia, dos experiencias nacidas en EE.UU. a finales del siglo pasado. En España, algunas comunidades autónomas (CCAA) han desarrollado estrategias específicas de atención a la cronicidad, como el País Vasco, Andalucía y Valencia, y casi todas las comunidades han venido poniendo en marcha iniciativas que han facilitado la integración de cuidados y la continuidad con los servicios sociales en este ámbito.

Modelos de referencia a nivel internacional

Los dos modelos de referencia a nivel internacional son The Chronic Care Model (CCM) y la Pirámide de Kaiser Permanente. Las principales características de cada uno de ellos son las siguientes:

A. The Chronic Care Model (CCM) o Modelo de Atención a Crónicos: es el principal modelo de referencia internacional en la atención a crónicos, desarrollado por Wagner y sus colaboradores del *MacColl Institute for Healthcare Innovation* de Seattle, en EE.UU. (1998). Este modelo se caracteriza por interrelacionar diferentes estamentos: comunidad, sistema sanitario con sus recursos propios y pacientes. El fin último del modelo es que el encuentro clínico lo protagonicen pacientes activos e informados y un equipo de profesionales proactivos con las capacidades y habilidades necesarias para conseguir una atención de alta calidad, elevada satisfacción y mejora de resultados. El modelo identifica seis componentes clave para lograr una óptima atención al paciente crónico, recogidos en la Figura 3.1.

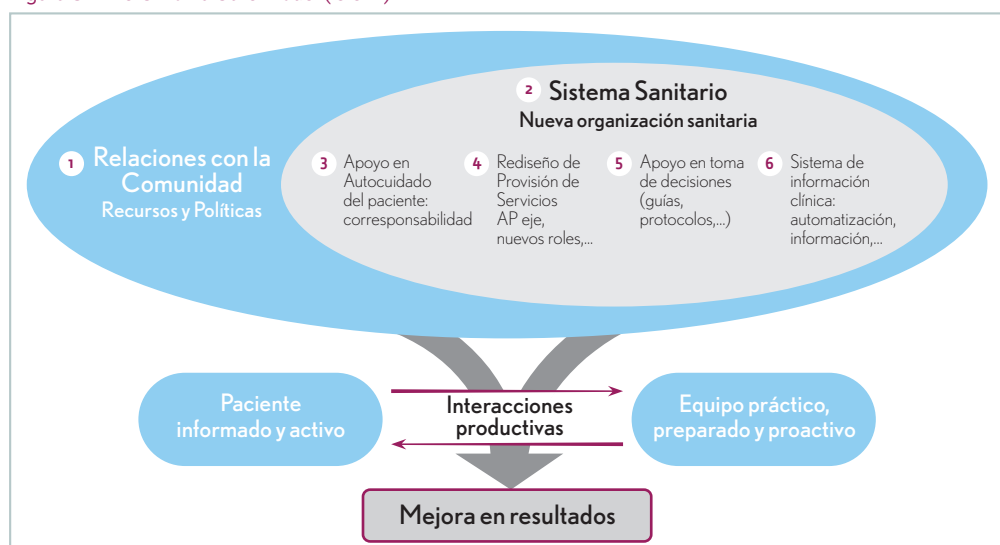
Este modelo se ha desarrollado en un contexto sanitario, cultural y social radicalmente diferente al europeo y sobre todo al español, lo que dificulta la traslación de esta experiencia de una manera global, no obstante hay bastantes aspectos positivos que se intentan recoger en una nueva propuesta de modelo realizada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) denominada The Innovative Care for Chronic Conditions Framework (ICCC), "Modelo de Atención Innovadora para Condiciones Crónicas".

Básicamente sigue el mismo esquema del anterior, sin embargo por la idiosincrasia de los actores del modelo, incide de una forma más importante en el enfoque de salud poblacional y presta más atención a los temas relacionados con la prevención. Asimismo, da más importancia a la toma de decisiones basada en la evidencia científica y en la calidad de la atención, todo ello condicionado a la necesidad de su instauración en cualquier país, independientemente de las características de su sistema de salud.

El modelo incide en tres niveles. El MICRO, centrado en el paciente, está basado en la reorganización de la atención sanitaria para garantizar la continuidad asistencial y la coordinación entre niveles asistenciales, mediante una planificación adecuada de las actuaciones y el apoyo en liderazgos internos y en los sistemas de información; por otra parte, considera necesaria la capacitación de los profesionales proporcionándoles apoyo tecnológico, mayor autonomía en el diagnóstico y en la comunicación



Figura 3.1. *The Chronic Care Model (CCM)*



Fuente: Desarrollado por ED. Wagner y colaboradores del MacColl Institute for Healthcare Innovation. Adaptado por Sacyl.

con el paciente facilitando su autogestión y contando con la participación de los pacientes y familiares. El nivel MESO, centrado en factores comunitarios, se basa en la utilización de los recursos disponibles en este ámbito como son los movimientos asociativos y los líderes naturales para concienciar y sensibilizar a la población respecto a la carga que suponen las patologías crónicas, mejorando los niveles de prevención al respecto y reduciendo el estigma asociado a las mismas. Por último, el nivel MACRO, incide en las políticas y las estrategias de salud y se basa en asegurar una adecuada financiación y provisión de recursos, adecuando el marco legislativo a la protección y cobertura de las personas con procesos crónicos.

Figura 3.2. *The Innovative Care for Chronic Conditions Framework (ICCC)*



Fuente: OMS. Adaptado por Sacyl.

B. Pirámide de Kaiser Permanente: este modelo surgió en 2002 y la primera versión fue realizada en el contexto de trabajo de Feachem y cols. Centra su actividad más en el paciente que en la organización y en una mayor inversión en servicios de atención primaria y comunitaria, favoreciendo la accesibilidad a servicios sanitarios excelentes, con tiempos de espera muy limitados y donde se minimiza el uso de camas hospitalarias de agudos. Dependiendo de su grado de complejidad establece un criterio de estratificación, a partir del cual se planifica la intervención adecuada a las necesidades del paciente crónico. Esta clasificación distingue entre:

- *Población general*, sobre la que se realiza promoción de estilos de vida saludables y prevención de la enfermedad.
- *Pacientes crónicos* que se autogestionan con mínimo apoyo profesional (Soporte a la autogestión).
- *Pacientes de alto riesgo* que precisan apoyo para poder autogestionar su enfermedad (Gestión de la enfermedad).
- *Pacientes de alta complejidad* (Gestión del caso).

Las máximas del modelo son:

- Prestar la atención en el nivel de la atención primaria siempre que sea posible consiguiendo con ello una mayor eficiencia de los recursos disponibles y una orientación al autocuidado.
- Mantener las estancias hospitalarias en un mínimo racional: protocolización de los cuidados y optimización de los recursos en este nivel.
- Optimizar los recursos humanos: desburocratización de los trabajos asistenciales.
- Desarrollar las competencias de enfermería.
- Búsqueda constante de la mejora y la reinversión en el modelo.
- Desarrollar los Sistemas de información.
- Atención integrada.

En el Reino Unido se ha hecho una adaptación del modelo anterior, King's Fund, que siendo básicamente igual, introduce en cada nivel de complejidad del paciente crónico la visión social y sanitaria según el grado de complicación de la patología y las características del paciente. Este modelo considera como elemento clave para la mejora de la eficiencia, la integración sociosanitaria y pone un énfasis especial en la reorganización de los recursos, más que en el incremento de los mismos, y en el autocuidado y la gestión de los ciudadanos de su propia salud, con el fin de conseguir una adecuada atención del paciente crónico.

Aunque todavía no se dispone de datos del todo concluyentes, múltiples estudios

Figura 3.3. Pirámide de Kaiser Permanente



Fuente: Nuño Solinis R. Buenas prácticas en gestión sanitaria: el caso Kaiser Permanente. Adaptado por Sacyl.

han investigado las posibilidades de los sistemas de atención integrada y las experiencias en marcha, sobre todo en el Reino Unido, EE.UU. y Canadá con un marco de sistemas sanitarios y sociales muy diferentes, y todos coinciden en la pertinencia y la necesidad de integrar la asistencia sanitaria primaria y especializada, la asistencia social, y contar con la participación de los ciudadanos y sus organizaciones. Cómo experiencias existentes hasta este momento podemos destacar las siguientes:

- El informe Nuffield describe experiencias de servicios de salud (atención primaria y hospitales) y servicios sociales trabajando juntos, que han sido objeto de evaluación. Se identificaron barreras para la integración de la atención, entre las que se reseñan: el estilo de gestión de los hospitales de agudos focalizados en el aumento de actividad y el modelo de incentivos por resultados de actividad (reducción listas de espera, etc.), que no parecen adaptarse al modelo de atención integrada; sin embargo se han puesto en marcha distintas fórmulas para dar respuesta a esta dificultad, como el Kaiser Management Care que utiliza la capitación para promover la prevención y la atención primaria.
- Algunas experiencias pioneras en integración de cuidados como la de Milton Keynes en salud mental en el Reino Unido, desarrollaron un modelo con un enfoque integral manteniendo sus propias estructuras organizativas y poniendo en común los recursos y administración, compartiendo información, coordinando servicios y gestionando la transición de los pacientes a través de los distintos dispositivos, con un acceso rápido y un desarrollo coordinado.
- En el National Health Service, el plan de mejora del 2004 introdujo la gestión de casos en la red asistencial y la capacitación de una enfermería de alto nivel para responsabilizarse de los mismos.
- En Francia, se han promovido las redes locales de proveedores para pacientes ambulatorios y la mejora de la continuidad entre la atención ambulatoria y hospitalaria. Otra experiencia destacable se sitúa en la provincia canadiense de Ontario que ha optado por promover redes de médicos de familia y redes de integración de la salud. La misión de estas redes locales de atención es mejorar la planificación, coordinación e integración de servicios de salud. La proximidad y la accesibilidad de las redes locales a la población hace que sean más sensibles a sus necesidades.

Podemos concluir, por tanto, que con la integración de la atención se ha mejorado el acceso a la asistencia, la gestión de la demanda y la reducción de la demora, aunque sin embargo el impacto en resultados clínicos y en coste-efectividad es aún escaso y difícilmente evaluable a corto plazo.

Es necesaria la integración de los recursos asistenciales sanitarios y sociales y la participación de ciudadanos, pacientes y sus asociaciones

Experiencias en España

En nuestro país, en los últimos años, también se han iniciado algunas experiencias en la gestión de los pacientes crónicos, ligadas en muchos casos a ámbitos geográficos y/o dispositivos asistenciales limitados con el fin de mejorar la continuidad asistencial o fomentar una mejor coordinación con el ámbito social. Las pioneras son el País Vasco y Andalucía con estrategias para afrontar la cronicidad ya definidas en el año 2010, y existen otras experiencias en proceso de implantación en varias Comunidades. En la actualidad, casi todas las CCAA están desarrollando alguna actuación en ese sentido, siguiendo las recomendaciones de la Declaración de Sevilla (2011)¹³ consensuada en la conferencia nacional para la atención al paciente con enfermedades crónicas que insta a la realización de planes autonómicos de atención a las personas con enfermedades crónicas, en el marco de una Estrategia nacional inte-

¹³ Ollero Baturone M, Orozco Beltrán D, Rico C. y col. Declaración de Sevilla. Conferencia Nacional para la atención a pacientes con enfermedades crónicas. Rev. Clin Esp. 2011;(11)604-606.



grada. El Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad ha elaborado e iniciado la puesta en marcha de una Estrategia para hacer frente a la cronicidad bajo su propio liderazgo.

Las recomendaciones de la Declaración de Sevilla del 2011 se orientan hacia:

- Énfasis en la prevención y promoción de la salud.
- Los pacientes no pueden ser receptores pasivos de la asistencia y deben desempeñar un papel activo en el cuidado de su salud.
- Planificación y gestión de la salud de la población a partir de la utilización de modelos de estratificación y de predicción.
- El papel de las enfermeras de atención primaria se puede ampliar con una cuidadosa selección de los colectivos vulnerables que pueden beneficiarse de los enfoques de manejo de casos.
- Avance hacia los procesos integrados de atención, que podrían incluir una figura de referencia en especializada para los centros de salud.
- HCE compartida en todos los niveles de atención.
- Incorporación de innovaciones en el campo de la e-salud y la teleasistencia.

Por otra parte, el Plan de Calidad del Sistema Nacional de Salud (SNS) que se desarrolla desde el año 2006 incluye las Estrategias en salud del SNS, que tienen por objeto mejorar la atención a pacientes con las enfermedades más prevalentes y que suponen una carga social elevada. Nueve de ellas ya están en marcha, y cubren enfermedades como el cáncer, la enfermedad isquémica, diabetes, EPOC, enfermedades raras, accidentes cerebrovasculares, o ámbitos específicos, tales como los cuidados paliativos y servicios de salud mental, procesos que en su mayoría son crónicos. Una característica común de todas estas Estrategias es que tienen que ser evaluadas periódicamente y contienen un conjunto de indicadores, tanto de buenas prácticas como de resultados de las mismas.

También la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del SNS y la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia, son otras dos referencias imprescindibles para la coordinación e integración entre la atención sanitaria y social.

En la *Estrategia para afrontar el reto de la cronicidad en Euskadi* se ha optado por un modelo de integración asistencial, con proyectos en marcha de integración de estructuras como la Organización Sanitaria Integrada de Bidasoa, y de procesos, como el caso del Hospital de Galdácano. También se está llevando a cabo la estratificación de su población y el diseño de intervenciones adaptadas a la misma.

La Declaración de Sevilla recomienda la aplicación de planes autonómicos de cronicidad, dentro de un marco de estrategia para el conjunto del SNS

Mientras, en el *Plan Andaluz de Atención Integrada a Pacientes con Enfermedades Crónicas (PAAIPEC)*, se cuenta con la experiencia innovadora de la Unidad de Pluripatológicos del Hospital Virgen del Rocío, a la que se han añadido otras unidades en diferentes Hospitales y Distritos, así como programas de integración funcional (fundamentalmente de procesos crónicos integrales). En realidad, el PAAIPEC pretende ser una Estrategia complementaria cuyo objetivo principal es la integración de servicios, desde una perspectiva globalizadora.

Otro ámbito a destacar es la Estrategia de atención al crónico de la *Comunidad Valenciana que tiene como pilar fundamental la e-salud con el programa VALCRONIC*, y destaca por el aprovechamiento de las TICs, que incluye el seguimiento a distancia de pacientes, el telecuidado y el apoyo a la decisión clínica, tomando como base una adecuada selección de pacientes. Esta experiencia está en fase de implantación.



El SNS recientemente ha aprobado la Estrategia para el abordaje de atención a la cronicidad en el SNS, entre cuyas líneas reseñamos la continuidad asistencial, la reorientación de la atención sanitaria y la equidad en salud y que ha sido tenida en cuenta como referente en la elaboración de la actual estrategia de Castilla y León.

Los pacientes tienen que pasar a desempeñar un papel más activo en el cuidado de su salud

► III.3

OPORTUNIDADES DE TRANSFORMACIÓN DEL SISTEMA DE SALUD

En una sociedad dinámica y cambiante como la actual, los Sistemas de Salud deben de ser *flexibles* y con *capacidad para adaptarse* a los cambios epidemiológicos y sociales, a los avances científico-técnicos y a los cambios organizativos que les permitan dar respuesta a las nuevas necesidades de salud de la población.

Castilla y León ha desarrollado diversas iniciativas en el ámbito de la salud que han ido dando respuesta a estos retos y que han contribuido al desarrollo de su Sistema de Salud. La actual Estrategia pretende crear el adecuado marco integrador de las diversas actuaciones que se están llevando a cabo, e incorporar otras nuevas, necesarias para mejorar la atención del paciente crónico reorientando el modelo hacia una atención más eficaz, resolutive y eficiente.

Aunque la Estrategia tiene un enfoque poblacional, la adaptación del sistema debe focalizarse sobre un segmento de la población que, por sus necesidades de atención, precisa de mayores cambios en la organización asistencial actual. Se trata fundamentalmente de pacientes que presentan *pluripatología, comorbilidad, con necesidades frecuentes de atención en diferentes niveles*, y en los que además concurren con frecuencia diferentes grados de discapacidad y dependencia.

Las necesidades de transformación del modelo en Castilla y León deben analizarse desde la perspectiva de los pacientes, de los profesionales y de la organización. En relación a la participación de los pa-

Tabla 3.1. Capacidades de un paciente activo*

Paciente activo				
Con capacidad de buscar, entender y utilizar la información disponible en salud para tomar decisiones informadas				
Acceso	Conocimiento	Educación	Autogestión	Decisión
• Acceso a información sobre salud y a los profesionales de la salud • Capacidad para entender la información sobre salud • Capacidad para identificar y reconocer los mensajes en salud	• Facultad de segmentar la información • Facultad de distinguir la información correcta o útil • Facultad para identificar la aplicabilidad de la misma	• Disposición a la participación positiva y activa • Capacidad de aprender nuevas técnicas y habilidades • Actitud y enfoque constructivo	• Autoevaluación, control y comprensión de lo que sucede • Planificación de la acción y resolución de problemas	• Acceso a participación en actividades saludables • Confianza para tomar la iniciativa en comunicación con profesionales • Apoyo clínico para participar y mantener comportamientos adecuados en salud

Fuente: Jordan JE, Briggs AM, Brand CA, Osborne RH. Enhancing patient engagement in chronic disease self-management support initiatives in Australia: the need for an integrated approach. Optimising care for people with chronic disease, 2008 (adaptada). *Adaptación del paciente activo

El nuevo modelo tiene en cuenta la perspectiva de todos los actores: pacientes, profesionales y la organización sanitaria

cientes y familiares hay un amplio campo de mejora que debe orientarse a conseguir una mayor implicación y un papel más activo de los mismos, así como una mayor autonomía y proactividad en la gestión de su enfermedad y en la prevención de complicaciones.

Para conseguir que un paciente actúe de una forma más autónoma, los profesionales sanitarios tienen un papel clave a través de la información, de la formación y capacitación de pacientes y familiares, apoyándoles, reconociéndoles su protagonismo en lo que concierne a su salud, facilitando su participación en la toma de decisiones, respetando sus opciones, considerando sus propuestas y dándoles participación en la organización de los planes de cuidados.

Asimismo, la organización debe adoptar un enfoque centrado en el paciente, a través de un modelo de atención integrada que garantice la continuidad de cuidados como objetivo clave. Por otra parte, la generalización de protocolos clínicos basados en la evidencia, permitirá disminuir la variabilidad en la práctica clínica.

En consecuencia, la estrategia persigue la mejora objetiva de la calidad en la prestación asistencial, en la gestión y en resultados en salud, y se considera fundamental para su éxito, que los intervinientes en la misma, pacientes, profesionales y organización perciban las mejoras y beneficios que llevará consigo su implantación y desarrollo.

Tabla 3.2. Beneficios de la transformación del modelo de prestación al paciente crónico

Beneficios	Pacientes y familiares	Profesionales	Organización
Calidad de la prestación asistencial	• Asistencia centrada en el paciente • Adaptación a las necesidades del paciente evitando la fragmentación de la atención • Paciente activo con mayor protagonismo y corresponsabilidad en el proceso de su enfermedad	• Mejora del acceso a información del paciente en todos los niveles asistenciales y a nivel social • Mejora del nivel de competencia y capacidad en la gestión en todos los niveles de organización y en enfermería • Mejora de la coordinación intersectorial y del acceso a los recursos de la red	• Evolución hacia un sistema más proactivo • Adecuación en cada momento a las necesidades del paciente a partir de una actuación multidisciplinar coordinada • Disminución de la variabilidad por la utilización común de protocolos, vías y guías clínicas homogéneas
Gestión y sostenibilidad	• Mayor autonomía del paciente y familiar en el autocuidado y en la gestión de su enfermedad • Acceso a consejo clínico e información sobre su enfermedad sin desplazamientos, desde el domicilio, evitando saturaciones de la red asistencial	• Uso mas adecuado de recursos • Agilidad en la gestión de los pacientes • Disminución de la demanda (evitar asistencias innecesarias) • Apoyo y colaboración con organizaciones y asociaciones de pacientes y familiares en la atención para conseguir una mayor autonomía del paciente	• Optimización por el uso racional de los recursos a nivel de dispositivos y tecnologías y otros medicamentos. • Mejora de la eficiencia del sistema • Cultura de evaluación y mejora continua
Resultados en salud	Pacientes • Disminución de la morbilidad: reagudizaciones o aparición de nuevas patologías • Mejora de la calidad de vida y mayor satisfacción de los pacientes y familiares • Disminución de la mortalidad evitable por enfermedades crónicas.		

Fuente: Elaboración propia Sacyl.



Estrategia de Atención al PACIENTE CRÓNICO en Castilla y León

MODELO DE ATENCIÓN AL PACIENTE CRÓNICO

IV



IV MODELO DE ATENCIÓN AL PACIENTE CRÓNICO

El desarrollo de una Estrategia de Atención al Paciente Crónico en Castilla y León es uno de los compromisos de la Consejería de Sanidad, se corresponde con una de las 7 Líneas estratégicas y con los Objetivos de SACYL para el periodo 2011 a 2015, y trata de dar respuesta a uno de los principales ámbitos de mejora detectados en su sistema de salud.

Su definición ha partido de una planificación estratégica estructurada en tres niveles. En el primero, se ha identificado *la visión y el objetivo de la Estrategia*, esto es, el fin último a conseguir. En un segundo nivel, se han desarrollado las bases de la Estrategia, *el alcance y el mapa de proceso marco de la asistencia al paciente crónico*, para lo que se han seleccionado las patologías objeto del mismo y los criterios preliminares de estratificación o clasificación de la población con el fin de identificar los pacientes a los que se dirige la Estrategia (población diana) y los niveles de cuidados que les darán soporte. Y por último, en un tercer nivel, se incluyen *los objetivos y líneas*, que se concretan en una serie de proyectos a implantar en nuestro sistema de salud.

Tabla 4.1. Planificación estratégica

Visión	Bases de la Estrategia	Desarrollo estratégico
• Visión • Objetivo general • Principios y ejes del cambio	• Alcance: - estratificación pacientes - patologías • Proceso de atención a crónicos	• Objetivos estratégicos • Líneas estratégicas • Proyectos y actuaciones

IV.1

VISIÓN Y OBJETIVO DE LA ESTRATEGIA

Visión y objetivo

La visión, es decir, el horizonte de futuro que la Consejería de Sanidad se plantea con la presente Estrategia de atención al paciente crónico, es la *de disponer de un servicio de salud que proporcione una atención integrada y continuidad de cuidados, con capacidad de innovación y adaptación a las necesidades del entorno, garantizando la calidad de la atención y la eficiencia*.

Algunas experiencias nacionales e internacionales han puesto de manifiesto que la implementación de nuevos modelos de atención al paciente crónico puede mejorar los resultados en salud y la eficiencia del sistema. La Estrategia de Castilla y León ha tenido en cuenta, para su elaboración, estas experiencias y su posible adaptación a las características y necesidades específicas de nuestra Comunidad.

Tras el análisis de situación actual, se ha concluido que, para dar respuesta a las necesidades de mejora de la atención a las personas con enfermedades crónicas, es necesaria una profunda *reorientación del Sistema de Salud*, con cambios funcionales que permitan la adecuación y optimización de los recursos y mejoren la eficiencia del sistema.

El **objetivo principal** de la Estrategia es *mejorar los resultados en salud y en calidad de vida de las personas con enfermedades crónicas a través de una atención integral de calidad, ajustada al nivel de necesidades de cuidados y en coordinación con los servicios sociales, en un entorno de sostenibilidad*.

Esto supone un gran reto para la organización cuyo éxito va a depender de diversos factores: será clave *lograr la implicación y compromiso* de los profesionales sanitarios, de los pacientes, sus familiares y sus asociaciones; además, serán necesarios cambios en los procesos asistenciales, en los roles profesionales y en las formas de trabajo, que exigirá una formación específica de los profesionales y disponer de la infraestructura informática adecuada que permita el desarrollo de *sistemas de coordinación* entre los distintos niveles asistenciales así como con los servicios sociales.

La Estrategia de Atención al Paciente Crónico en Castilla y León se propone:

- a. *Gestionar eficazmente la enfermedad crónica*: Para ello se pondrán en marcha acciones que mejoren la prevención de la enfermedad y que permitan un envejecimiento activo con una mejora de la calidad de vida; se seleccionarán cuidadosamente los procesos y las patologías crónicas más relevantes en las que incidir, identificando claramente los niveles de cuidados necesarios para cada tipo y estadio en el que se encuentren los pacientes, evitando variabilidades no justificadas en su atención. Además se impulsará la participación y la implicación de la persona enferma y de sus familias en el autocuidado de su enfermedad, corresponsabilizándose en la parte que sea posible en cada caso en el proceso clínico de que se trate.
- b. *Gestionar eficientemente los recursos*: Se adecuarán las formas de trabajo a las nuevas necesidades y cambios y se adaptarán algunos de los roles profesionales actuales; para ello será necesaria una adecuada formación de los profesionales. Se pondrán en marcha unidades específicas para la atención de pacientes crónicos según los niveles de cuidados que necesiten, con equipos multidisciplinares, y se facilitará la continuidad y la coordinación entre todos los niveles asistenciales implicados y con los servicios sociales. Asimismo será un objetivo la mejora de la adherencia terapéutica y la optimización del consumo de medicamentos de estos pacientes.
- c. *Generar una cultura de evaluación de los resultados y de mejora continua*: La gestión del cambio, el intercambio de experiencias y buenas prácticas, la generación de innovaciones y el impulso en el despliegue de las mismas contando con las iniciativas de los profesionales, deben ser apoyadas y potenciadas. Además, se consideran elementos clave para conseguir los objetivos el desarrollo de mecanismos de evaluación de resultados, así como el establecimiento de canales de comunicación ágiles que permitan una interrelación fluida, abierta y participativa entre los distintos integrantes del proceso.

Los cambios sólo se producirán con el compromiso y la implicación de profesionales, pacientes, familiares y asociaciones de pacientes

Figura 4.1. Visión de la Estrategia de Atención al Paciente Crónico en Castilla y León



Fuente: Elaboración propia Sacyl.

Principios y motores principales del cambio

El modelo de atención a la cronicidad en Castilla y León se sustenta en los siguientes **principios**:

1. *Atención centrada en las personas* considerando que son protagonistas de toda intervención y corresponsables de las decisiones en lo que concierne a su salud y su estilo de vida.
2. *Abordaje de la cronicidad con un enfoque de salud poblacional*. La Estrategia está diseñada para mejorar la salud de toda la población (personas sanas y personas enfermas), considerando asimismo los determinantes sociales de la salud, y orientada a la mejora de la calidad de vida de las personas.
3. *Enfoque sobre necesidades de salud*. Supone clasificar a los pacientes en función de los procesos y su gravedad, haciendo especial énfasis en el control del paciente crónico y pluripatológico, más vulnerable a la fragmentación y falta de coordinación de los servicios asistenciales.
4. *Integración asistencial* que garantice la continuidad en la atención mediante la coordinación funcional de estructuras y el desarrollo de procesos integrados.
5. *Coordinación intersectorial* entre el sistema sanitario y social.
6. *Atención Primaria como eje de la atención* a la persona con enfermedad crónica. El proceso de atención a la cronicidad se sustentará en una atención primaria potente, con capacidad resolutoria y accesible; exigirá asimismo una cierta reorganización y adaptación funcional de la atención

especializada, focalizando los esfuerzos de este nivel asistencial en el paciente con pluripatología en un grado avanzado.

7. Establecimiento de *alianzas y creación de redes* (entre profesionales de distintos niveles y sectores, centros, asociaciones comunitarias, etc.), que promuevan los cambios, participen en su desarrollo y fomenten la corresponsabilidad en la utilización de los servicios.

Para poder llevar a la práctica esta Estrategia a partir de los principios anteriormente descritos, la organización debe asumir una serie de cambios funcionales y nuevas herramientas de gestión, para lo que será preciso:

1. Adaptar *las formas de trabajo y las interrelaciones* que se producen entre profesionales y con los pacientes.
2. Adaptar *los dispositivos asistenciales* adecuando su organización, su funcionamiento y su cartera de servicios para satisfacer las nuevas necesidades de la población.
3. Desarrollar *nuevas tecnologías de la información* que permitan que la misma sea compartida: Sistemas de información integrados, canales de comunicación entre profesionales de diferentes ámbitos y con los pacientes y familiares, y herramientas de ayuda a la toma de decisiones (acceso compartido a Historia Clínica Electrónica (HCE), guías asistenciales, prescripción electrónica intrahospitalaria).
4. Incorporación de la *evaluación sistemática* de los procesos y de su impacto, que llevará consigo planes de mejora e identificación de buenas prácticas.

▶ IV.2

BASES DE LA ESTRATEGIA

El modelo de atención al paciente crónico, supone un paso más en el desarrollo del Sistema de Salud de Castilla y León y en la adaptación de éste a las necesidades de la población y a las características específicas de la enfermedad crónica, seleccionando la población a incluir en la Estrategia según patología y nivel de riesgo.

Alcance

En primer lugar, se seleccionará la “población diana” objeto de la Estrategia, y para ello se han establecido unos criterios de estratificación de la población, según niveles de riesgo, poniendo el foco principal en los llamados pacientes crónicos pluripatológicos, es decir aquellos en los que coexisten *“dos o más enfermedades crónicas que conllevan la aparición de reagudizaciones y patologías interrelacionadas que condicionan una especial fragilidad clínica y una disminución gradual de su autonomía y capacidad funcional, generando una frecuente demanda de atención a diferentes ámbitos asistenciales (atención primaria, atención especializada, servicios sociales)”*.

Para elaborar el modelo de clasificación de pacientes de Castilla y León se han contemplado cuatro niveles, cuya categorización se realizará utilizando un sistema de análisis de la morbilidad mediante agrupadores CRG (*Clinical Risk Groups*), tomando como base la severidad que pondera la gravedad de la patología, la comorbilidad, el uso de los servicios sanitarios y la complejidad que pondera el consumo de recursos.

Este modelo de atención a la cronicidad supone una respuesta a las necesidades cambiantes de la población y una mejora importante de la organización asistencial

Se realizará un análisis exhaustivo de la población mediante éste sistema de clasificación a partir de los datos de registro de morbilidad y utilización de recursos tanto de atención primaria como de atención especializada y, como resultado del mismo, la población quedará clasificada en cuatro grupos (G0, G1, G2 y G3) según necesidades y riesgos, lo que va a permitir una planificación más adecuada de las intervenciones específicas para cada grupo de pacientes así como la asignación de los recursos necesarios para la puesta en marcha del proceso de atención. Un mayor detalle de cómo se configuran estos 4 grupos se recoge en la figura siguiente.

Figura 4.2. Criterios de estratificación de la población de Castilla y León

Objetivo intervención	Ámbito		Tipo de intervención
Pacientes pluripatológicos severos con necesidades de atención sanitaria elevadas y con frecuencia con necesidades sociales	Atención compartida por atención primaria, hospital y servicios sociales (Hospital, UCSS, Domicilio/ Residencia)	G3	- Atención y control del proceso clínico por parte de atención primaria compartida con atención especializada (UCA) según protocolo, mediante la gestión de procesos y casos y, con la participación de los recursos sociales en cualquiera de sus ámbitos. - Promoción de la responsabilidad del paciente y de la familia en el cuidado de sus problemas de salud.
Pacientes pluripatológicos estables o con una patología en estado avanzado con necesidades de atención sanitaria moderada	Atención primaria + apoyos puntuales de especializada + atención domicilio/ comunitario (Protocolo)	G2	- Atención y control del proceso clínico por parte de atención primaria con apoyos puntuales del médico de atención especializada según protocolo, mediante la gestión de procesos y casos. - Promoción de la responsabilidad del paciente y de la familia en el cuidado de sus problemas de salud.
Pacientes con una patología en estadio estable o inicial con baja necesidad de atención sanitaria	Atención primaria + domicilio/ comunitario (Protocolo)	G1	- Atención y control del proceso clínico en el marco de la atención primaria, según protocolo siguiendo la metodología de gestión de procesos. - Promoción de la responsabilidad de los pacientes en el cuidado de su problema de salud
Personas sanas o con procesos agudos no significativos	Atención primaria + domicilio/ comunitario	G0	- Promoción y prevención primaria con control de factores de riesgo (Ej.: Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud-PAPPS- de atención primaria). - Promoción de la responsabilidad de las personas en el cuidado de la salud.

Fuente: Elaboración propia Sacyl.

Para facilitar su puesta en marcha, la Estrategia de Atención al Paciente Crónico en Castilla y León ha priorizado los procesos crónicos de mayor prevalencia e impacto en los ciudadanos y en el sistema sanitario, habiendo seleccionado en una primera fase los siguientes:

- Enfermedades del área cardiológica: insuficiencia cardiaca, cardiopatía isquémica y arritmias.
- Ictus.
- Enfermedades neurodegenerativas y demencia.
- Diabetes.
- Enfermedades respiratorias: EPOC y asma.
- Enfermedades del área digestiva: enfermedad inflamatoria crónica y hepatopatías crónicas.
- Enfermedades osteomusculares: artrosis, osteoporosis y artritis.
- Enfermedades mentales: trastornos psicóticos, depresión mayor crónica.
- Enfermedad renal crónica.

A lo largo del desarrollo de la Estrategia se irán incorporando otras patologías de forma progresiva. Como citábamos anteriormente no aparecen patologías crónicas tales como las neoplasias o el VIH, debido a que la Consejería de Sanidad de Castilla y León ya dispone de estrategias específicas e independientes para su atención, pero en todo caso se procederá a su adaptación a los principios de este modelo y estarán en consonancia con la Estrategia.

En la fase inicial
en la Estrategia
se han priorizado
los procesos
crónicos de mayor
impacto y prevalencia

Este nuevo modelo de atención obliga asimismo a poner en marcha acciones que modifican la cultura y las formas de trabajo actuales de la organización, de manera que será necesario avanzar hacia sistemas de atención compartida, con una metodología de trabajo de gestión por procesos que obligará a definir algunos cambios en los roles profesionales y la adaptación de los recursos asistenciales a las nuevas necesidades del paciente crónico.

Proceso de atención al paciente crónico

Esta Estrategia, para ser eficaz, ha de vertebrarse a partir de un *Proceso de Atención al paciente crónico*, que defina claramente los objetivos, las interrelaciones, las responsabilidades y los flujos entre los distintos niveles asistenciales.

La base es un proceso marco que facilite una visión global de la atención al paciente crónico y permita representar la relación entre los distintos niveles asistenciales o de cuidados y las partes involucradas (pacientes, profesionales, sociedad, etc.). En este proceso marco se identifican tres niveles diferenciados:

- Estratégico:** son los elementos que adecuan el proceso a las necesidades y expectativas de los principales usuarios (los pacientes crónicos), de los actores del entorno (familiares, profesionales, etc.) y lo orientan hacia su desarrollo futuro. Son, por tanto, los Planes Directores y Estratégicos que enmarcan la prestación asistencial y la legislación marco de actuación en Castilla y León en el ámbito de la salud (Planes de Salud, Planes de formación, gestión del conocimiento, etc.).
- Clave u Operativo:** engloban todas las actividades que generan mayor valor añadido y tienen mayor influencia sobre la satisfacción del usuario, esto es, las que tienen un impacto directo en el estado de salud y la calidad de vida de los pacientes crónicos. En definitiva, son los procesos clave de la prestación asistencial, los que conllevan una labor directa de contacto con el paciente en función de sus características y el nivel de cuidados que precisan.
- Soporte:** son los elementos que generan recursos o proporcionan el apoyo que precisan los demás ámbitos. Esto es, todos aquellos que sirven de complemento a la labor asistencial y que permiten que la atención del paciente crónico pueda desarrollarse de una manera óptima (tecnología, generación de competencias profesionales, estratificación de pacientes, etc.).

El desarrollo en el ámbito operativo del *Proceso de Atención al paciente crónico*, tendrá como eje la atención primaria con una mayor capacidad resolutoria y de gestión, por su mayor grado de proximidad y mejor acceso del paciente, pero la gestión de los pacientes deberá ser compartida con atención especializada, especialmente para aquellos pacientes pluripatológicos o de mayor complejidad, cuya entrada en este nivel asistencial se realizará fundamentalmente a través de las denominadas Unida-

El desarrollo del proceso de atención al paciente crónico precisa de una atención primaria potente y con capacidad resolutive y agilidad en la gestión

des de Continuidad Asistencial, que facilitarán un acceso y una gestión ágil de los pacientes entre los dos niveles asistenciales, proporcionando los cuidados adecuados a sus necesidades y al nivel de progreso de su enfermedad. Asimismo este nivel de atención tendrá un papel asesor y coordinador a través de las figuras del médico interconsultor (en general especialistas en Medicina Interna o en Geriatría) y de la *enfermera coordinadora hospitalaria*.

Como en toda estrategia poblacional se han de contemplar no sólo las actuaciones de atención a la persona enferma, sino también las orientadas a la promoción de la salud y a la prevención de las enfermedades crónicas, o lo que es lo mismo, a conseguir una disminución de su prevalencia, de forma que se consiga un envejecimiento activo y una mejora de la calidad de vida de la población de Castilla y León.

Estas actuaciones van dirigidas a la población sana y se desarrollarán, fundamentalmente, promoviendo estilos de vida saludables, siendo atención primaria, en colaboración con otras administraciones y/o movimientos asociativos, la responsable del impulso y el desarrollo de este tipo de acciones.

Cuando se detecta una patología crónica en su estadio inicial (G1), atención primaria es la responsable del seguimiento de la misma, estableciendo intervenciones para limitar su avance, prevenir su agudización o evitar la aparición de complicaciones. Los profesionales de atención primaria deben disponer de acceso a la información, a pruebas diagnósticas y a tecnologías, que les permitan una alta capacidad resolutive, y evitar derivaciones innecesarias al segundo nivel.

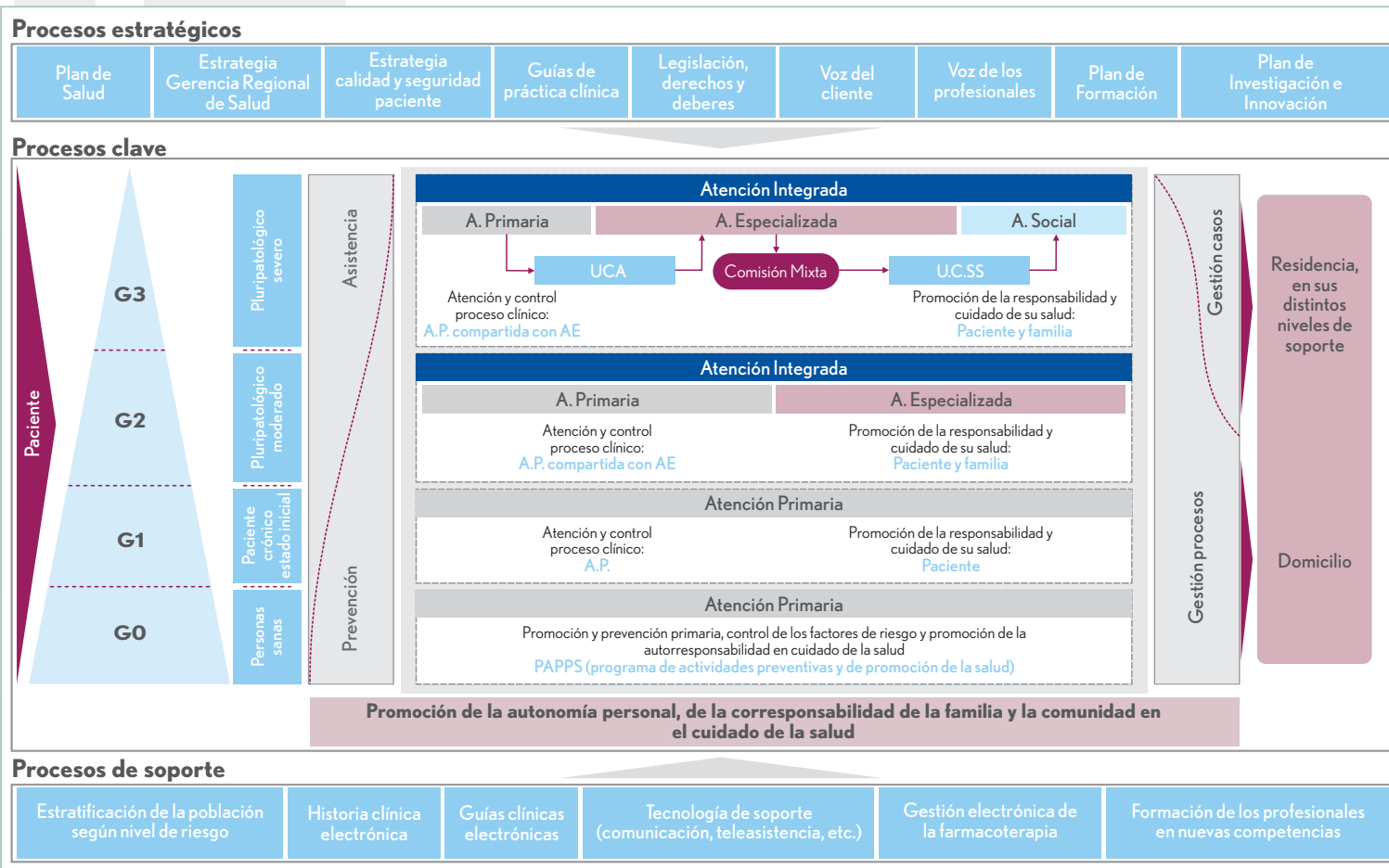
Una vez que el paciente ha desarrollado más de una patología crónica o presenta una complejidad moderada (G2), su seguimiento aunque seguirá pivotando sobre atención primaria, precisará mayor participación de los recursos habituales de atención especializada y de una mayor coordinación de los cuidados que se le prestan, definidos todos ellos en el proceso clínico asistencial y en el protocolo que lo sustente. El objetivo es mantener el mayor tiempo posible a la persona en su medio habitual con el mejor nivel de cuidados y de calidad de vida. En este nivel el papel de la familia es muy importante como apoyo y soporte para la persona enferma y como referente y figura de enlace para los profesionales sanitarios, por ello es importante la corresponsabilidad de la familia en el cuidado del enfermo.

En el caso de los pacientes pluripatológicos severos (G3), se les proporcionará un soporte asistencial, a través de la coordinación de la gestión entre atención primaria y especializada, teniendo en este caso, un papel más relevante el hospital en la gestión personalizada de los casos a través de las Unidades de Continuidad Asistencial que coordinarán el recurso hospitalario más adecuado para el paciente (la atención en hospital de día, su ingreso en el hospital o la hospitalización domiciliaria, o con otros recursos disponibles). El proceso se integra dentro de los circuitos habilitados para la gestión de aquellos recursos de atención sociosanitaria que posibiliten la atención en el entorno más adecuado a sus necesidades clínicas fuera del ámbito hospitalario, favoreciendo con ello la eficiencia del sistema. La coordinación con el ámbito social se realizará a través de una comisión mixta que será quién valore el dispositivo más adecuado para cada caso.

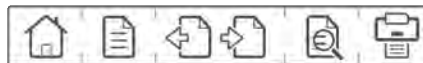
Un elemento que tiene especial importancia a lo largo de todo el proceso es la participación de pacientes y familiares en el mismo. Para ello será necesario proporcionarles apoyo y formación, para conseguir mejorar su autonomía en relación a los cuidados habituales que necesitan, y contribuir a la



Figura 4.3. Mapa de procesos de la atención al paciente crónico



Fuente: Elaboración propia Sacyl.



Las personas cuidadoras familiares son claves y necesitan del apoyo profesional y la formación en cuidados

prevención de complicaciones. La figura de la persona cuidadora familiar es clave, y exigirá el desarrollo de nuevos programas de formación y atención dirigidos a estos grupos. En este campo se cuenta ya con experiencias de interés en casi todas las áreas de la Comunidad.

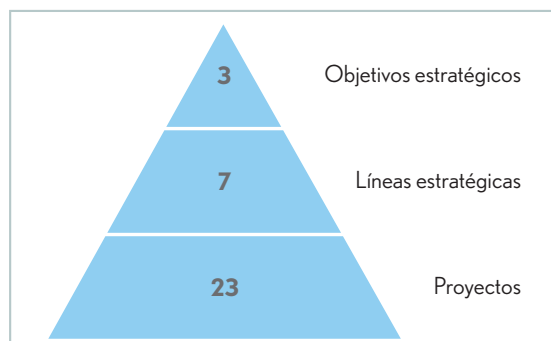
En el proceso de atención a la cronicidad se elaborarán e implantarán los subprocesos de atención a las patologías más prevalentes y las guías clínicas asistenciales que den soporte a los mismos (algunas ya implantadas en el momento actual). Entre estos subprocesos priorizados están los siguientes:

- Enfermedades del área cardiológica:
 - Insuficiencia cardiaca
 - Cardiopatía isquémica
 - Arritmias
- Ictus
- Enfermedades neurodegenerativas
- Demencia
- Diabetes
- Enfermedades respiratorias:
 - EPOC
 - Asma
- Enfermedades del área digestiva:
 - Enfermedad inflamatoria crónica
 - Hepatopatías crónicas
- Enfermedades osteomusculares:
 - Artrosis
 - Osteoporosis
 - Artritis
 - Fibromialgia
- Enfermedades mentales:
 - Trastornos psicóticos
 - Depresión mayor crónica
- Enfermedad renal crónica.

IV.3

DESARROLLO DE LA ESTRATEGIA DE ATENCIÓN A LA CRONICIDAD

Figura 4.4. Desarrollo de la Estrategia de Atención a la Cronicidad



Una vez definidos el objetivo, la visión y las bases conceptuales del modelo se concretan las actuaciones que han de llevarse a cabo para su desarrollo. Teniendo en cuenta la situación de partida y las necesidades prioritarias de la Comunidad de Castilla y León, se establecen *3 objetivos estratégicos*, *7 líneas estratégicas* y *23 proyectos* que implican a todos los actores de la Estrategia y que estarán soportados para su adecuado despliegue en un mayor desarrollo de los sistemas de información utilizados en la actualidad.

OBJETIVO ESTRATÉGICO 1: Asegurar la continuidad asistencial

La organización del trabajo ha de garantizar la atención de las personas en el ámbito más adecuado y por los profesionales que mejor puedan dar respuesta a sus necesidades, fomentando la gestión compartida de los procesos asistenciales y el trabajo en equipos multidisciplinares, y definiendo de forma flexible las competencias y responsabilidades de todos los profesionales implicados en el abordaje de la cronicidad. Con ello se pretende mejorar la calidad asistencial y facilitar a las personas su tránsito a través de los dispositivos asistenciales del sistema sanitario y del sistema de servicios sociales sin barreras administrativas y consiguiendo agilidad en la gestión mediante la coordinación de servicios, que conducirá a mayores niveles de eficiencia en la organización. Para su consecución se desarrollarán las siguientes líneas:

Línea Estratégica 1. Integración asistencial

La *atención integrada* es un modelo de gestión que tiene como objetivo la prestación de una atención integral a los ciudadanos que asegure la continuidad asistencial y la coordinación funcional entre los diferentes intervinientes o proveedores mediante la gestión compartida de los recursos, aspecto ya contemplado tanto en la Ley 8/2010 de Ordenación del Sistema de Salud de Castilla y León, como en la ley 16/2010 de Servicios Sociales de Castilla y León; esta define la atención integrada de carácter social y sanitario, como el conjunto de actuaciones encaminadas a promover la integración funcional de los servicios y prestaciones que correspondan respectivamente al sistema sanitario y al de servicios sociales en el ejercicio de las competencias propias de la Comunidad, así como todas aquellas medidas que garantizan la continuidad de cuidados en función de las necesidades de los ciudadanos. Su finalidad es proporcionar al ciudadano la atención que dé la mejor respuesta a su necesidad y el recurso que mejor se adapte a su situación. Para ello se requiere la estratificación adecuada de los pacientes, como primer paso, y la descripción del proceso asistencial con el rediseño de los circuitos y flujos internos que den respuesta a las necesidades específicas de los pacientes, lo que permitirá elaborar y aplicar planes de cuidados personalizados según las necesidades y el grado de desarrollo de la enfermedad.

Línea Estratégica 2. Continuidad con la atención sociosanitaria

Se entiende por atención sociosanitaria el conjunto de cuidados destinados a los enfermos, generalmente crónicos, que por sus especiales características pueden beneficiarse de la actuación simultánea y sinérgica de los servicios sanitarios y sociales para aumentar su autonomía, paliar sus limitaciones o sufrimientos y facilitar su reinserción social.

La nueva organización asistencial potencia una atención primaria resolutoria e incorpora las unidades de continuidad asistencial (UCA) y de convalecencia sociosanitaria (UCSS)

El proceso integrado de atención a la cronicidad se enmarca dentro de la política de coordinación Sociosanitaria de Castilla y León e incorpora la atención compartida entre servicios sanitarios y servicios sociales que se presta a los pacientes crónicos tal como recoge la normativa vigente¹⁴ respecto a la atención sociosanitaria que dice será compartida con los servicios sociales, y contempla la integración y coordinación de recursos y cuidados sanitarios con los recursos y cuidados de servicios sociales, de manera que se garantice la continuidad de la atención, la coordinación centrada en las personas, la elección del recurso más adecuado en cada caso y la atención a las personas con problemas de salud.

Línea Estratégica 3. Adaptar la organización a las necesidades del paciente crónico

Este nuevo modelo de atención exige tener una visión global del paciente, proporcionar atención multidisciplinar, una adecuada planificación de los cuidados en cada estadio de la enfermedad, coordinación eficaz y gestión compartida de los recursos.

La atención debe pivotar, por un lado, sobre una atención primaria resolutoria y potente que sea la responsable de atender y gestionar las necesidades de los pacientes de la forma más autónoma posible y, por otro, sobre una adecuación de los actuales dispositivos asistenciales de atención especializada, incorporando nuevos recursos sanitarios y sociosanitarios de acuerdo con el Sistema de Servicios Sociales (Unidades de Continuidad Asistencial y Unidades de Convalecencia Sociosanitaria). Será también necesario definir las nuevas competencias y roles profesionales que se adapten y den respuesta a las nuevas necesidades y cambios en la organización y que contribuyan a mejorar la calidad de la atención y una mayor eficiencia en la gestión de los recursos.

OBJETIVO ESTRATÉGICO 2: Potenciar la autonomía y la responsabilidad del paciente

Su finalidad es corresponsabilizar a los pacientes y sus familiares en el desarrollo de actuaciones que les permitan participar activamente en el mantenimiento y mejora de su salud y en el control de la enfermedad, asumiendo un mayor protagonismo en todas aquellas decisiones que conciernen a su salud y a su calidad de vida. Para ello, será necesario que se desarrollen acciones ligadas a las siguientes líneas:

Línea Estratégica 4. Autocuidado, corresponsabilidad y participación

Se pretende que los pacientes se corresponsabilicen de su propia salud a partir de actuaciones orientadas a mejorar su información, formación, implicación, interacción y comunicación, con el apoyo de las Asociaciones de Pacientes y Familiares. Iniciativas ya existentes como el “paciente experto” o el Aula de Pacientes contribuyen a que los pacientes conozcan mejor sus enfermedades, la forma de evitar la aparición de complicaciones y los signos que indican que deben solicitar apoyo de los profesionales sanitarios.

¹⁴ Ley 8/2010 de 30 de agosto, de Ordenación del Sistema de Salud de Castilla y León



Línea Estratégica 5. Promoción de la salud y prevención de la enfermedad

Pretende conseguir reducir la prevalencia de las enfermedades crónicas y el fomento del envejecimiento activo en buena salud de la población, potenciando la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad en el conjunto de la población mediante el desarrollo de intervenciones sobre los estilos de vida y los factores de riesgo.

OBJETIVO ESTRATÉGICO 3: Innovación y gestión del conocimiento

Incorporar innovaciones en la gestión y en las formas de trabajo e implementar nuevas tecnologías que permitan compartir información entre niveles asistenciales y entre profesionales, facilitará un abordaje más eficaz de la patología crónica. Estas innovaciones son imprescindibles para hacer posibles los cambios en la organización sanitaria que supone la implantación de este nuevo modelo de atención a la cronicidad. Asimismo serán necesarias actuaciones que favorezcan la difusión de las mejores prácticas, así como el apoyo a la formación de los profesionales y el impulso a la investigación en relación a la cronicidad en sus diferentes vertientes: clínica, epidemiológica y evaluativa.

Línea Estratégica 6. Tecnologías facilitadoras del cambio

Los nuevos procesos, canales de comunicación y de interrelaciones, la historia clínica electrónica compartida entre atención primaria y hospital y el acceso compartido a cierta información con servicios sociales, son indispensables para asegurar la continuidad asistencial. Por ello, las tecnologías actuales de que dispone SACYL deberán adaptarse para dar soporte a las nuevas necesidades que derivan de esta Estrategia, con la finalidad de asegurar que la información esté disponible donde se precise en cada momento y pueda ser compartida por cualquiera de los profesionales que intervenga en el proceso. Asimismo la utilización de las nuevas tecnologías de la comunicación son fundamentales para el desarrollo de la consulta no presencial tanto la consulta directa con los pacientes, así como para la interconsulta entre profesionales. La consulta no presencial, tanto telefónica, como a través del correo electrónico, puede ser un elemento de mejora de la accesibilidad y la seguridad para los pacientes, y asimismo una herramienta para facilitar la gestión de pacientes agilizando el intercambio de información entre profesionales.

Línea Estratégica 7. Formación e investigación

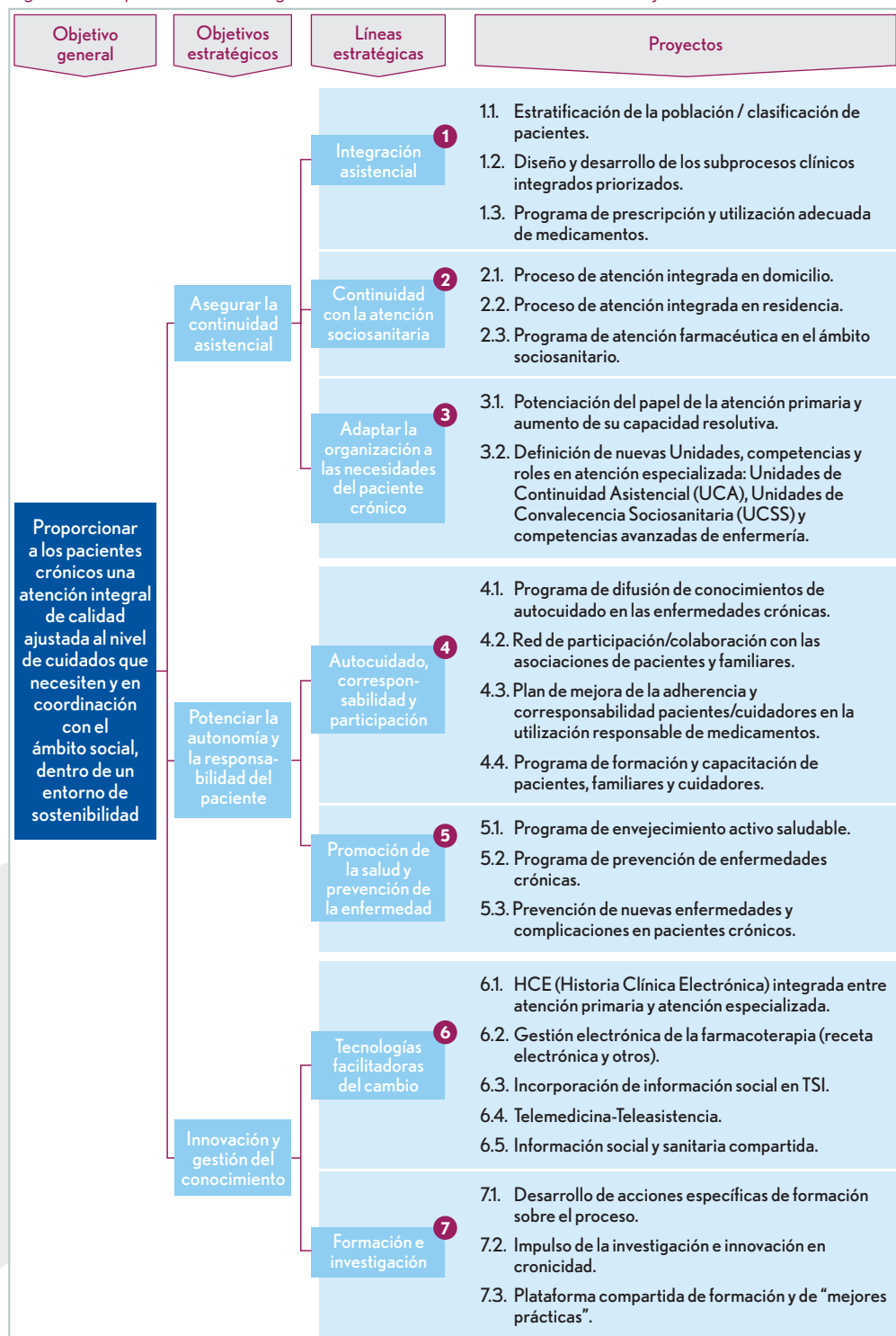
Los cambios en los roles profesionales relacionados con la atención a la cronicidad hacen necesaria la formación de los profesionales en nuevas competencias derivadas de la gestión por procesos, implementación de guías clínicas y protocolos, gestión clínica y utilización de las TICs, entre otras.

Asimismo será necesario impulsar la investigación en el ámbito de la cronicidad para generar evidencia científica que avale las intervenciones propuestas. También se fomentará la difusión y el conocimiento de las buenas prácticas, así como el impulso para la implantación y evaluación de experiencias innovadoras mediante la investigación evaluativa y la aplicación de metodologías de calidad.

A continuación se expone un esquema global de la Estrategia y una explicación detallada de cada línea estratégica, con una visión de la situación general, las oportunidades de cambio, las acciones que SACYL ya tiene en marcha y una ficha descriptiva en la que se incluyen los objetivos, los proyectos y las propuestas de actuaciones específicas a desarrollar en los próximos 4 años.



Figura 4.5. Esquema de la Estrategia de Atención al Paciente Crónico en Castilla y León



LÍNEA ESTRATÉGICA I : INTEGRACIÓN ASISTENCIAL

Situación y oportunidades

Cualquier modelo que tenga como objetivo dar respuesta a las necesidades de atención a los enfermos crónicos asegurando la continuidad asistencial, exige la incorporación de modelos de integración de cuidados, más eficaces y eficientes, como se está demostrando en diferentes experiencias en países desarrollados.

Esta exigencia se refiere fundamentalmente a la integración funcional entre los diferentes intervinientes (Atención Primaria, Especializada, Servicios Sociales y Organizaciones Comunitarias y de Pacientes) si queremos dar una respuesta adecuada a las necesidades de este grupo de población, que junto a sus problemas de salud, presenta también con frecuencia necesidades sociales no cubiertas.

En este modelo de trabajo, se comparte la atención centrada en los pacientes, intervienen equipos multidisciplinares, exige un sistema de coordinación eficaz, se comparte información relevante y se gestionan conjuntamente los recursos. La atención integrada es por tanto un modelo de gestión que tiene como objetivo lograr una atención integral al ciudadano, eliminando las barreras entre los diferentes niveles de atención y superando la fragmentación de la asistencia. Su finalidad es proporcionar al ciudadano la atención que dé la mejor respuesta a su necesidad y la utilización del recurso más adaptado a su situación, lo que garantizaría una atención de mayor calidad y una mayor eficiencia. Pero para conseguir esta integración asistencial es necesario que la organización tenga suficiente flexibilidad para que el tipo, el lugar y la intensidad de los cuidados se ajusten en cada momento a los procesos clínicos y a su gravedad, así como a las necesidades sociales concomitantes o derivadas del mismo, asegurando, en todos los casos, la continuidad de los cuidados que se prestan.

Para ello, es necesario disponer, desde el principio, de una estratificación de la población en función de niveles de riesgo y una clasificación de los pacientes de acuerdo con sus necesidades de atención, como paso previo para la planificación del proceso de atención a la cronicidad.

La atención integrada
es un modelo de
gestión orientado
a superar la
fragmentación
asistencial

Punto de partida

La Consejería de Sanidad de Castilla y León dispone en la actualidad, en consonancia con su compromiso desde hace años con el abordaje de la cronicidad, de acciones en marcha enfocadas a mejorar la coordinación asistencial interniveles, y alguna experiencia de atención integrada. Estas actuaciones previas serán el punto de partida para los proyectos que se abordarán en esta Estrategia y que en concreto son las siguientes:

- Proceso integrado de atención sociosanitaria a personas con discapacidad por enfermedad mental: pilotado, evaluado e implantado en todas las Áreas de Salud de la Comunidad. Este proceso constituye el modelo más completo de integración asistencial y de coordinación sociosanitaria llevado a cabo en Castilla y León y uno de los más avanzados de España.
- Programa de Gestión de Altas Hospitalarias: Destinado a los pacientes que necesitan continuidad de cuidados en atención primaria tras el alta hospitalaria.
- Programa de coordinación entre los Servicios de Rehabilitación de atención especializada y las unidades de fisioterapia de atención primaria.
- Otros procedimientos de atención compartida y coordinada, entre atención primaria y especializada:
 - Equipos de Valoración y Cuidados Geriátricos
 - Control de la Terapia Anticoagulante Oral (TAO).
 - Atención temprana y atención compartida a la hipoacusia.
 - Consultas de Atención Inmediata (Unidades Clínicas de Atención Inmediata).
 - Protocolo de Coordinación en la Atención al Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH)

Desarrollo de la Línea Estratégica 1

Objetivo Estratégico	Asegurar la continuidad asistencial
Línea Estratégica	1 INTEGRACIÓN ASISTENCIAL
Objetivo General	Garantizar la continuidad en la atención integral a las personas con procesos crónicos en el nivel o dispositivo más adecuado y por los profesionales que mejor puedan dar respuesta a sus necesidades a lo largo del proceso asistencial.
Objetivos Específicos	a. Estratificar a los pacientes mediante un sistema que, teniendo en cuenta el tipo de proceso, su gravedad, los niveles de riesgo y la utilización de los servicios sanitarios; clasifique a los pacientes en función de sus necesidades de atención. b. Diseñar e implantar procesos asistenciales integrados (o vías clínicas) de atención sanitaria de las enfermedades crónicas más prevalentes y que más impacto tienen en el paciente, la familia y el sistema sanitario, fomentando el trabajo compartido por equipos multidisciplinares. c. Establecer un programa de prescripción y utilización adecuada de medicamentos para profesionales y usuarios que participen en los procesos de atención integrada al paciente crónico a fin de conseguir un uso racional y seguro de los medicamentos en los pacientes.

Actuaciones de despliegue

1. Estratificación de la población/clasificación de pacientes

- Desarrollar la herramienta que realice el análisis para estratificar según necesidades de atención del paciente.
- Analizar la población mediante el sistema CRG adaptado.
- Agrupar pacientes en segmentos y definir las intervenciones específicas para cada grupo de pacientes (G0-G1-G2-G3).
- Realizar el pilotaje de la herramienta de análisis de la morbilidad y complejidad (CRG) en 2 Áreas de Salud.
- Estudiar la morbilidad y complejidad con la herramienta de análisis y el agrupador de pacientes en todas las áreas de salud, zonas básicas y profesionales.
- Presentar los resultados a los clínicos y, planificación de las intervenciones y reasignación de recursos necesarios.

2. Diseño y desarrollo de los subprocesos clínicos integrados priorizados

- Definir una cartera de servicios para crónicos por procesos integrados.
- Diseñar los procesos clínicos con la participación de los profesionales bajo la metodología de gestión por procesos.
- Implantar los procesos asistenciales integrados: IC, Ictus, EPOC, fractura de cadera, ...
- Desarrollar guías clínicas asistenciales electrónicas compartidas y los sistemas de información clínica.
- Establecer los mecanismos de coordinación y comunicación entre niveles asistenciales (organización y recursos).
- Realizar el pilotaje en 2 áreas sanitarias, monitorizar actuaciones y evaluar resultados.
- Desplegar una estrategia de comunicación y formación en la red asistencial e implantar el modelo en todas las áreas de Castilla y León antes de finalizar el tercer año de la estrategia.

3. Programa de prescripción y utilización adecuada de medicamentos

- Promover canales de comunicación y coordinación entre AP y AE para establecer criterios comunes de selección y uso adecuado de medicamentos y revisarlos anualmente.
- Promover la revisión del Plan Terapéutico por parte del médico prescriptor y apoyar la actuación de enfermería y la participación de la oficina de farmacia para mejorar la adherencia terapéutica del paciente.
- Proporcionar herramientas de apoyo para la realización, registro y evaluación de las actuaciones de mejora de la adherencia terapéutica.
- Implementar programas de conciliación de la medicación entre niveles asistenciales, al ingreso y al alta, así como planificación de la terapéutica de los pacientes al alta.

LÍNEA ESTRATÉGICA 2: CONTINUIDAD CON LA ATENCIÓN SOCIOSANITARIA

Situación y oportunidades

La necesidad de coordinación entre el sistema sanitario y social no es algo nuevo. Fue identificada como tal hace décadas cuando se conoció mejor la interrelación entre los problemas de salud y las necesidades sociales, que interactúan, se relacionan y cobran especial relevancia en las edades tardías de la vida, cuando las enfermedades y la discapacidad son más frecuentes y disminuyen las posibilidades de las personas y la familia para poder gestionar eficazmente estos casos.

Los servicios sociales se han visto sobrecargados de prestaciones sanitarias ante una población cada vez más mayor y más enferma, los servicios de salud perciben que los problemas sociales derivados de situaciones de enfermedad son un motivo de sobrecarga en las consultas y en los servicios de urgen-

cias, y generan un incremento de la carga asistencial en servicios hospitalarios orientados principalmente para atender procesos agudos. Además, en el momento actual en que se cuestiona la sostenibilidad financiera del sistema sanitario debido, entre otros factores, al impacto de las enfermedades crónicas y las patologías secundarias al envejecimiento, resulta necesario promover cambios en los modelos asistenciales adaptándolos a este nuevo contexto. Todo esto es lo que nos ha llevado a la búsqueda de soluciones que proporcionen a la persona una atención más acorde a sus necesidades sanitarias y sociales pero que también aporten una mayor eficiencia.

Los avances hacia esta atención integrada exigen flexibilidad, espíritu innovador, visión de futuro y capacidad para la gestión de cambios por parte de las personas que lideran las instituciones implicadas, de manera que, superando las barreras organizativas que pudieran existir, se desarrollen servicios más adaptados a las necesidades de las personas a través de modelos organizativos más eficientes. Castilla y León ha consolidado en la última década una estructura de coordinación socio-

sanitaria estable (Equipos de Coordinación de Base y Comisiones de Coordinación Sociosanitaria de área) regulada normativamente¹⁵, que entre sus funciones tiene el desarrollo de la atención sociosanitaria. Esta estructura cuenta con una larga trayectoria y experiencias de interés relacionadas con personas con enfermedades crónicas tan frecuentemente asociadas a situaciones de dependencia, y puede ser un importante elemento facilitador de los cambios necesarios para un desarrollo óptimo de esta Estrategia.

La integración asistencial precisa flexibilidad, innovación, gestión de los cambios y perspectiva. El conjunto de los cambios pretende servicios más adaptados a las necesidades de los ciudadanos en un marco de eficiencia

¹⁵ *Decreto 74/2000, de 13 de abril, sobre estructuras de coordinación sociosanitaria de la Comunidad de Castilla y León, modificado por Decreto 49/2003 de 24 de abril.



Punto de partida

La Junta de Castilla y León ha venido impulsando de forma importante la atención sociosanitaria, consiguiendo que su modelo sea hoy un referente en el conjunto del Estado. Por ello, es adecuado dar continuidad a las actuaciones en marcha en estos momentos, mejorándolas donde sea necesario e integrándolas en esta Estrategia.

La Comunidad cuenta con varias experiencias de coordinación entre los ámbitos de la salud y de los servicios sociales entre las que podemos destacar:

- Protocolo de Coordinación Sociosanitaria entre la Consejería de Sanidad y la Consejería de Familia e Igualdad de Oportunidades. El objetivo del mismo es alcanzar una plena y efectiva coordinación entre ambos sistemas, sanitario y social.
- Procedimientos de atención compartida y coordinada, entre atención primaria y servicios sociales, tanto para el desarrollo de la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia, como para la prestación integrada de servicios en el domicilio de los pacientes.
- Designación de responsables de atención a la dependencia en cada Área de Salud que se reúnen periódicamente e intercambian información con los responsables de la atención a la dependencia en cada Gerencia Territorial de Servicios Sociales.
- Proceso integrado de atención sociosanitaria a personas con discapacidad por enfermedad mental, compartido entre la Gerencia Regional de Salud y la Gerencia de Servicios Sociales.
- Programa de atención farmacéutica en centros residenciales públicos de personas mayores, con suministro directo de la medicación a los centros residenciales desde los Servicios de Farmacia de los hospitales de Sacyl.

Hay experiencias importantes en Castilla y León que han conseguido buenos resultados a través de la coordinación entre salud y servicios sociales

Desarrollo de la Línea Estratégica 2

Objetivo Estratégico	Asegurar la continuidad asistencial
Línea Estratégica	2 CONTINUIDAD CON LA ATENCIÓN SOCIOSANITARIA
Objetivo General	Mejorar la calidad de vida y la atención de las personas con enfermedades crónicas y necesidades de atención sanitaria y social, especialmente a aquellas en situación de dependencia, garantizando la continuidad de cuidados, y conseguir una utilización eficiente de los recursos.
Objetivos Específicos	a. Prestar atención sociosanitaria a las personas dependientes que viven en el domicilio y a sus cuidadores mediante el desarrollo de un proceso de atención sociosanitaria integrada. b. Proporcionar atención sociosanitaria integrada a personas con necesidades sanitarias y sociales que viven en centros residenciales. c. Promover la máxima coordinación entre los profesionales de sanidad y de servicios sociales implicados en la atención sociosanitaria mediante el establecimiento de protocolos de actuación, intercambio de información y nuevas formas de organización asistencial.

Actuaciones de despliegue**1. Proceso de atención integrada en domicilio**

- Elaborar e implantar el proceso de atención integrada a personas dependientes que viven en su domicilio:
 - Definir los criterios de inclusión para la atención en domicilio.
 - Establecer el catálogo de cuidados básicos que debe recibir una persona dependiente en su domicilio.
 - Definir el rol de los intervinientes (médico de familia, enfermera responsable del paciente y trabajadora social).
 - Definir e implantar el proceso de atención conjunto, social y sanitario, para personas dependientes en su domicilio en Castilla y León.
- Desarrollar el Programa de Atención y Capacitación para personas que cuidan a dependientes y valoración de requerimientos sociosanitarios en sus domicilios:
 - Identificar necesidades específicas de los cuidadores y elaboración de un protocolo de actuación.
 - Elaborar el subproceso de atención conjunto entre servicios sanitarios y sociales para personas que cuidan.
 - Diseñar un protocolo de actuación de apoyo a cuidadores para prevenir su agotamiento.
 - Diseñar e impartir conjuntamente programas de formación para los cuidadores.

2. Proceso de atención integrada en residencia

- Definir el proceso de atención social y sanitaria integrada en centros residenciales.
- Definir el catálogo de prestaciones sanitarias y sociales que debe recibir una persona dependiente en una residencia.
- Elaborar modelos de Asistencia Sanitaria para diferentes tipos de residencia.
- Adaptar guías de referencia para las patologías o situaciones clínicas prevalentes.
- Implantar el modelo en Castilla y León.

3. Programa de atención farmacéutica en el ámbito sociosanitario

- Analizar la prescripción realizada a estos pacientes mediante receta u orden médica: seguimiento de consumo y mediante indicadores cuantitativos y cualitativos.
- Identificar áreas de mejora de la calidad de prescripción y establecer protocolos de tratamiento o selección de medicamentos teniendo en cuenta las características de los pacientes y el tipo de residencia.
- Elaborar modelos de Prestación Farmacéutica según tipo de residencia (pública, privada, rural, urbana, tamaño).
- Mejorar la utilización de productos sanitarios en residencias (Residencias de Servicios Sociales, privadas, etc.). Para ello es necesario:
 - Analizar las necesidades de material (apósitos, sondas, tiras reactivas, absorbentes...).
 - Establecer un sistema de suministro y control de la utilización, a fin de conseguir un uso adecuado de los mismos.
- Implantarlo en todas las áreas de salud Castilla y León.
- Mejorar la seguridad en la utilización de medicamentos.



LÍNEA ESTRATÉGICA 3: ADAPTAR LA ORGANIZACIÓN A LAS NECESIDADES DEL PACIENTE CRÓNICO

Situación y oportunidades

En Castilla y León en los últimos años se han venido desarrollando algunas iniciativas que han impulsado aquellos mecanismos que mejoran la coordinación entre niveles sanitarios y con los servicios sociales. También se ha adoptado la metodología de gestión por procesos y el modelo EFQM, como herramientas para la gestión de la calidad y se han hecho avances notables en la implantación de las TICs. Aún así, este esfuerzo debe continuar abordando cambios en la organización de las actividades asistenciales que permitan adaptarse mejor a las nuevas necesidades. Esto implica dotar al sistema de nuevas estructuras organizativas asistenciales focalizadas en la atención a los pacientes pluripatológicos, así como desarrollar equipos de trabajo multidisciplinares, que obligará a cambios de roles en algunos perfiles profesionales para adaptarse mejor a las características de este nuevo modelo de atención.

Algunos profesionales tendrán que adaptar su trabajo a las características que requieren los nuevos procesos y la reorganización asistencial

Todas estas actuaciones vienen a dar continuidad a las iniciativas del Ministerio de Sanidad que, junto con un grupo de expertos, ha definido los estándares y recomendaciones con los que debieran constituirse las llamadas Unidades de Pacientes Pluripatológicos (UPP), describiéndolas como “una organización de profesionales sanitarios que ofrecen una atención multidisciplinaria mediante un amplio espectro de modalidades de asistencia a pacientes frágiles con pluripatología, y que cumplen unos requisitos funcionales, estructurales y organizativos, que garantizan las condiciones adecuadas de calidad, seguridad y eficiencia para desarrollar esta actividad”.

Punto de partida

En Castilla y León ya se han desarrollado experiencias dirigidas a reforzar el papel de la atención primaria y mejorar la continuidad de cuidados con atención especializada, lo que ha dado lugar al desarrollo de nuevas unidades y roles entre los profesionales de la red asistencial. Estas experiencias van a ser de una gran utilidad para el desarrollo de esta Estrategia y se destacan entre ellas las siguientes:

- Catálogo único de pruebas diagnósticas para toda la Comunidad, que mejora la capacidad de resolución de atención primaria, y refuerza el consenso y la comunicación entre los profesionales de uno y otro nivel asistencial en cuanto a cómo gestionar este tipo de pruebas.
- Participación activa de enfermería en la valoración y atención a enfermos dependientes en colaboración con los servicios sociales de base (CEAS).
- Comisiones de Coordinación Asistencial, que establecen canales de comunicación entre profesionales de ambos niveles asistenciales y, además, definen objetivos compartidos en los Planes Anuales de Gestión.
- Unidades asistenciales sociosanitarias, de las que ya disponemos de alguna experiencia piloto en marcha, que ponen a disposición algunas camas sociosanitarias en residencias públicas de personas mayores, que permite una mejor atención a las personas y un uso mas adecuado de los recursos.
- Áreas de gestión única, actualmente en proceso de implantación en las áreas sanitarias de Castilla y León y que implica la integración de los dos niveles asistenciales (atención primaria y atención especializada) bajo una misma estructura organizativa, lo que facilitará el desarrollo de protocolos y procesos de continuidad asistencial y mejorará la posibilidad de disponer de una visión global del paciente.
- Por último, se está realizando un gran esfuerzo en el ámbito organizativo para que toda la organización asuma y conozca la metodología de gestión por procesos como herramienta de adecuación a nuevas formas de trabajo y como herramienta de mejora continua.

Desarrollo de la Línea Estratégica 3

Objetivo Estratégico	Asegurar la continuidad asistencial
Línea Estratégica	3 ADAPTAR LA ORGANIZACIÓN A LAS NECESIDADES DEL PACIENTE CRÓNICO
Objetivo General	Adaptar la organización de la Gerencia Regional de Salud, los dispositivos asistenciales y programas, a las necesidades de los pacientes y al nuevo modelo de integración asistencial.
Objetivos Específicos	a. Crear una estructura de recursos residenciales de gestión compartida por los servicios de salud y sociales con atención sanitaria de baja o moderada complejidad (Unidades de convalencia sociosanitaria) en los que se preste atención sociosanitaria integrada al paciente crónico. b. Fomentar el trabajo compartido por equipos multidisciplinares y establecer las competencias y responsabilidades de profesionales intervinientes en el mismo, potenciando la Medicina Interna como gestora de la enfermedad crónica dentro de la atención especializada. c. Reforzar el papel de la atención primaria como eje clave en el cuidado de pacientes crónicos con la creación de nuevos roles profesionales y dispositivos enfocados a estas patologías.

Actuaciones de despliegue

1. Potenciación del papel de la atención primaria y aumento de su capacidad resolutive

- Establecer cupos óptimos de atención primaria.
- Incorporar cambios en el modelo de atención a la demanda que mejore la gestión asistencial del paciente crónico.
- Potenciar la actividad de la enfermera de AP, adaptando sus tareas y capacidades a la gestión de casos crónicos.
- Garantizar el acceso a pruebas diagnósticas y terapéuticas (que deberán definirse en cada proceso asistencial).
- Desarrollar e implantar las tecnologías que favorezcan la capacidad resolutive de la AP (ecografías y retinografías).
- Poner en marcha un plan de desburocratización, que permita disponer del tiempo necesario en la consulta.
- Asegurar el acceso a la información compartida (HCE y Guías clínicas).
- Incorporar al trabajador social en la valoración y gestión de pacientes crónicos con necesidades sociosanitarias.
- Establecer un sistema de comunicación ágil entre los profesionales de diferentes niveles para facilitar la gestión conjunta de los casos, especialmente de los complejos.
- Fomentar la implantación de consultas no presenciales en AP.

2. Definición de nuevas Unidades, competencias y roles: Unidades de Continuidad Asistencial (UCA), Unidades de Convalencia Sociosanitaria (UCSS) y competencias avanzadas de enfermería

- Unidades de Continuidad Asistencial (UCA).
 - Definir la oferta de servicios de la Unidad (consulta externa, hospital de día e interconsultas con atención primaria).
 - Diseñar el subproceso asistencial (funciones, estructura, el papel de los intervinientes, etc.).
 - Establecer relación funcional con otros servicios y recursos hospitalarios como: urgencias, hospitalización, diagnóstico, hospitalización a domicilio, unidad de paliativos, etc.
 - Establecer los mecanismos de coordinación con AP y servicios sociales.
 - Definir el papel de la enfermería en la UCA.
 - Definir el papel de médico interconsultor.
 - Formar al personal, comunicar a la red asistencial y desplegar las nuevas unidades.
- Unidades de Convalencia Sociosanitaria (UCSS).
 - Definir el recurso de Unidad de Convalencia Sociosanitaria (UCSS) y sus objetivos.
 - Elaborar el proceso de atención en las UCSS (perfil de usuario, procedimientos de acceso, características de la prestación del servicio).
 - Coordinar la prestación de servicios mediante la creación de Comisiones Mixtas de Valoración donde se asignan los recursos más adecuados.
 - Analizar la demanda no cubierta y su repercusión en términos de limitación de la capacidad y dependencia.
 - Implantar y evaluar experiencia piloto en 2 Áreas de Salud.
 - Extender estas UCSS a todas las áreas de la Comunidad.
- Competencias avanzadas de enfermería.
 - Definir las relaciones que han de mantener con los demás intervinientes.
 - Formar/capacitar a las enfermeras coordinadoras seleccionadas para sus nuevas funciones.
 - Implantar la enfermera de referencia para cada equipo de atención primaria.
 - Asignar tareas de fomento de la comunicación y coordinación entre AP y AE
 - Establecer reuniones semestrales de revisión de protocolos de actuación para acordar criterios y evaluar desarrollo.

LÍNEA ESTRATÉGICA 4: AUTOCUIDADO, CORRESPONSABILIDAD Y PARTICIPACIÓN

Situación y oportunidades

En los procesos crónicos resulta indispensable un adecuado seguimiento a lo largo del tiempo para poderlos mantener estables, esto implica que, además de las intervenciones de los profesionales, el paciente y las personas cuidadoras deben de conocer el comportamiento de la enfermedad o de las enfermedades que les afecten, los factores de riesgo que las pueden desestabilizar o reagudizar y las recomendaciones que tienen que seguir ante la sospecha de que se están produciendo alteraciones en su estado.

Autocuidado significa implicación activa en el mantenimiento de la propia vida, de la salud y del bienestar

De ahí la necesidad de desarrollar iniciativas con la finalidad de que pacientes y personas cuidadoras dispongan del conocimiento suficiente de su enfermedad, ajustado a sus niveles de comprensión, de conseguir su motivación para que se impliquen en el tratamiento y de facilitarles herramientas para que puedan adoptar las decisiones que, a su nivel y en cada momento, puedan ser las más favorables para el paciente. Hay que destacar que estas actuaciones serán siempre complementarias de las que realicen los profesionales y siempre bajo su supervisión; se trata de

que los pacientes y las personas cuidadoras tengan el conocimiento, las capacidades y habilidades que les permitan un papel mucho más activo en la gestión de su enfermedad.

Así, autocuidado se define como la práctica de actividades que las personas realizan para el mantenimiento de su propia vida, salud y bienestar. En todos los nuevos proyectos de atención a la cronicidad, tanto a nivel nacional como internacional, el rol del autocuidado del paciente y el de las personas cuidadoras, en relación con la enfermedad, es uno de los pilares fundamentales del cambio de modelo.

El reto actual es cambiar el rol tradicional de paciente receptor pasivo de cuidados que le ofrece el sistema, por el de un paciente/ciudadano activo que sea cada vez más responsable y más consciente de lo que puede hacer para mantener y mejorar su propia salud. Frente al concepto de “cumplimiento” estricto de los tratamientos indicados, el de “adherencia” supone que el comportamiento del paciente se corresponde con lo acordado con los profesionales de la salud en la administración de su medicación (implica mayor seguridad en su uso), en el seguimiento de una alimentación adecuada o en los cambios relacionados con los estilos de vida. Así pues, su papel puede ser clave, no sólo en la prevención de la enfermedad y en el mantenimiento de su salud, sino en la detección precoz y tratamiento temprano de la enfermedad, así como en el seguimiento de la misma, retrasando o evitando la progresión a la dependencia y la discapacidad.

Cuando se potencia el autocuidado y la corresponsabilidad del paciente, se ha podido constatar en diferentes experiencias, que los ingresos hospitalarios de pacientes crónicos se reducen, al igual que las complicaciones; los niveles de autonomía se prolongan en el tiempo, aumenta la satisfacción de pacientes y profesionales y, en conjunto, mejora la calidad de vida del paciente. En conclusión el autocuidado mejora tanto la efectividad como la eficiencia del tratamiento de la enfermedad.

Punto de partida

Las actuaciones que se están desarrollando actualmente en la Comunidad, en el abordaje de la cronicidad, orientadas al autocuidado y a la corresponsabilidad del propio paciente, son los siguientes:

- Portal de Salud - "Aula de pacientes": herramienta de información sanitaria que se centra sobre todo en las patologías crónicas que generan mayor impacto en morbi-mortalidad en nuestro entorno como: procesos oncológicos (cáncer de mama, pulmón, próstata, colon y melanoma), diabetes, EPOC, insuficiencia cardíaca y enfermedad renal crónica. Incluye guías sobre la enfermedad que recogen las cuestiones básicas que se considera necesario conocer por parte del paciente, el familiar y el cuidador acerca de la enfermedad.
- Servicio de atención a las personas ancianas de riesgo, que incluye la valoración de la situación de personas mayores de 75 años, para prevenir y detectar problemas cuando existan antecedentes en la historia clínica. Actualmente se trabaja en los relacionados con la incontinencia urinaria, antecedentes de caídas, consumo de varios fármacos, ingresos hospitalarios, etc. Como resultado se obtiene un plan de cuidados adaptado a cada persona, en función de los problemas identificados.
- Programa de mejora de la adherencia terapéutica en los pacientes polimedicados: se dirige a los pacientes que toman 5 ó más medicamentos diferentes de forma crónica o habitual, con el fin de mejorar la adherencia al tratamiento y, en consecuencia, maximizar su efectividad y seguridad. Comprende la actuación coordinada de los profesionales sanitarios de los equipos de atención primaria y de los farmacéuticos comunitarios.
- Programas de atención farmacéutica desarrollados en los servicios de farmacia de los hospitales, centrados en tratamientos con medicamentos de uso hospitalario para diversas patologías (artritis reumatoide, esclerosis múltiple, VIH, insuficiencia renal crónica, hepatitis, etc.). Con el objetivo de promover un uso racional de los medicamentos y mejorar la adherencia, se realiza un seguimiento de los tratamientos dispensados a los pacientes, se informa al paciente, se detectan errores y problemas relacionados con el uso de los medicamentos.

El papel e implicación de pacientes y familiares es clave en esta Estrategia

Desarrollo de la Línea Estratégica 4

Objetivo Estratégico	Potenciar la autonomía y la responsabilidad del paciente
Línea Estratégica	4 AUTOCUIDADO, CORRESPONSABILIDAD Y PARTICIPACIÓN
Objetivo General	Impulsar y reforzar la capacitación de las personas y de la comunidad para promover la autonomía y el autocuidado del paciente crónico con la participación de asociaciones de pacientes y familiares, creando un espacio de diálogo e intercambio de información con la Administración Sanitaria.
Objetivos Específicos	a. Impulsar la información, formación y capacitación de ciudadanos y pacientes en el autocuidado de la salud a través de herramientas y plataformas de apoyo a la difusión. b. Promover intervenciones y programas intersectoriales que ayuden a mantener la capacidad funcional y la autonomía de estos pacientes. c. Fomentar el desarrollo de fórmulas de participación y colaboración con asociaciones de pacientes y familiares.

Actuaciones de despliegue**1. Programa de difusión de conocimientos de autocuidado en las enfermedades crónicas**

- a. Diseñar y desplegar una herramienta de formación y difusión accesible a profesionales y pacientes-familiares, con contenidos que fomenten la implicación y la corresponsabilización del paciente respecto a su enfermedad.
- b. Elaborar alternativas para pacientes que no puedan utilizar estos canales de información/formación para el autocuidado.
- c. Fomentar nuevas fórmulas de comunicación profesional-paciente que faciliten la resolución de problemas desde el domicilio.
- d. Incrementar la actividad en las redes sociales, vinculadas al Aula de Pacientes para favorecer la participación y difusión de los vídeos relacionados con la estrategia fuera del ámbito sanitario, a través de canales en redes de mayor difusión.
- e. Promover la colaboración en el Aula de Pacientes de las sociedades científicas y asociaciones de pacientes.

2. Red de participación/colaboración con las asociaciones de pacientes y familiares

- a. Potenciar la participación de las asociaciones de pacientes en la elaboración de planes, estrategias, guías y protocolos.
- b. Colaborar e impulsar acciones de formación con las asociaciones en prevención y promoción de la salud de pacientes crónicos, recogiendo sus demandas y necesidades, y acercando a los profesionales a estas organizaciones.
- c. Facilitar información a los pacientes adaptada a sus necesidades de comprensión.
- d. Promover actuaciones de voluntariado en el apoyo a los pacientes crónicos y sus familias.

3. Plan de mejora de la adherencia y corresponsabilidad de los pacientes y de las personas cuidadoras en la utilización responsable de medicamentos

- a. Identificar las patologías crónicas y los pacientes que precisan de un mayor esfuerzo y seguimiento para lograr una adecuada adherencia.
- b. Difundir información al usuario en relación con la prestación farmacéutica y el uso adecuado de medicamentos (Portal de Salud).
- c. Utilizar la publicación Scylipe, para promover comportamientos adecuados y seguros en el consumo de los medicamentos.
- d. Diseñar en el Aula de Pacientes contenidos sobre "salud y medicamentos" dirigidos a pacientes crónicos y/o a las personas que les cuidan.
- e. Difundir la información y propuesta de formación en aspectos relacionados con la automedicación responsable.
- f. Promocionar el Programa de mejora de adherencia terapéutica entre las personas con más riesgo de presentar efectos adversos y problemas relacionados con los medicamentos (personas mayores y polimedicadas).
- g. Introducir en Medora instrucciones sobre manejo y dosificación de medicamentos concretos, para poder proporcionar esta información al paciente en el momento de la prescripción.

4. Programa de formación y capacitación de pacientes, familiares y cuidadores.

- a. Analizar las necesidades de capacitación por patología y perfil de paciente.
- b. Diseñar el plan de formación global, identificando los objetivos y actuaciones del Programa.
- c. Desarrollar los contenidos y ajuste de las plataformas y canales de desarrollo de la formación.
- d. Planificar la comunicación del Programa a aquellos pacientes, familiares y cuidadores que lo requieran.
- e. Poner en marcha el mismo.
- f. Evaluar los resultados e incorporación de mejoras.



LÍNEA ESTRATÉGICA 5: PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LA ENFERMEDAD

Situación y oportunidades

El envejecimiento progresivo implica un aumento de la probabilidad de padecer ya no uno, sino varios procesos crónicos y sufrir discapacidades en diverso grado. A lo largo de los últimos años la cronicidad ha generado un importante impacto en la actividad asistencial y en los costes de la atención; sin embargo, también hay evidencia de que es posible conseguir que aumente el porcentaje de personas que alcancen edades avanzadas en buen estado de salud si se trabaja a lo largo de la vida en mantener estilos de vida favorecedores de la salud, en prevenir los principales factores de riesgo y en detectar precozmente el desarrollo de enfermedades, tanto agudas como crónicas.

Para conseguirlo, es fundamental desarrollar estrategias de promoción de la salud y de prevención de la enfermedad, dirigidas por una parte a las personas que ya están diagnosticadas de enfermedades crónicas, para intentar en estos casos estabilizar su situación y para poner en marcha intervenciones que limiten al máximo la evolución de la enfermedad o las enfermedades que padecen, y por otra parte, dirigidas a la población general considerada sana, para adoptar estilos de vida saludables, especialmente en lo referente a la alimentación y la realización de actividad física. Los resultados finales, en términos de salud de estas estrategias, se producen, generalmente, a medio y largo plazo.

Los principales factores de riesgo modificables sobre los que se proponen intervenciones son: el tabaco, el uso abusivo del alcohol, la hipertensión arterial, la hipercolesterolemia y el sedentarismo. Además, hay otros factores de riesgo de tipo comunitario que van desde la situación socioeconómica (pobreza, desempleo, educación, aislamiento social) a las condiciones medioambientales y del medio en que se desarrolla la vida (tipo de vivienda y condiciones higiénicas de la misma, polución atmosférica y temperaturas extremas). Las intervenciones frente a este tipo de factores, no serán, en general, sólo de tipo sanitario y estarán relacionadas con las estrategias derivadas de "Salud en Todas las Políticas".

Tabaco, uso abusivo del alcohol, hipertensión arterial, hipercolesterolemia y sedentarismo siguen siendo los principales factores de riesgo para la salud en nuestro entorno

Punto de partida

La promoción de la salud y la prevención de la enfermedad son compromisos fundamentales de la Junta de Castilla y León por lo que su Consejería de Sanidad ya tiene actualmente en marcha numerosas actuaciones en este sentido, muchas de ellas específicamente relacionadas con las enfermedades crónicas.

En esta línea estratégica, y en aras de conseguir un envejecimiento activo saludable, se están desarrollando las siguientes actuaciones:

- Portal de Salud - "Ciudadanos": incluye recomendaciones habituales para proteger la salud, la alimentación, y un apartado específico para la mujer, la salud infantil, la salud joven, etc.
- Proyectos de Alimentación saludable y actividad física en la escuela mediante la elaboración de material dirigido a escolares de 6 a 16 años de los centros docentes de Castilla y León.
- Convenios de Colaboración con Ayuntamientos y Diputaciones cuyo objetivo es la realización de programas de Promoción de la Salud, con acciones relacionadas con la actividad física.
- Programa DE-Plan (Diabetes in Europe): Para determinar el riesgo de padecer diabetes mellitus tipo2 (DM2) en la población y que incluye una evaluación de un programa de intervención EDUCATIVA comunitaria sobre modificación de estilos de vida para prevenir la DM2.
- Actividades preventivas y de promoción de la salud (PAPPS) en centros de atención primaria: Consta de 7 programas que tienen como objetivo promover la integración de actividades preventivas y de promoción de la salud en las consultas de atención primaria, a partir de recomendaciones actualizadas y fundamentadas en la evidencia científica. Está implantado, con diferente grado de desarrollo, en los centros de salud de Castilla y León.
- Actividades que vienen desarrollando los farmacéuticos comunitarios en relación con la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad (nutrición, obesidad, medicamentos de autocuidado, fotoprotección...)

Desarrollo de la Línea Estratégica 5

Objetivo Estratégico	Potenciar la autonomía y la responsabilidad del paciente
Línea Estratégica	5 PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LA ENFERMEDAD
Objetivo General	Potenciar la promoción de la salud en el conjunto de la población y mejorar la prevención de las enfermedades más prevalentes en Castilla y León.
Objetivos Específicos	a.Reducir la prevalencia y mejorar el control de factores de riesgo que influyen en las enfermedades crónicas más prevalentes en Castilla y León. b.Potenciar la promoción de la salud en el conjunto de la población castellana y leonesa. c.Promover intervenciones y programas intersectoriales que ayuden a mantener la capacidad funcional y la autonomía de la población mayor y/o dependiente. d.Mejorar los resultados en la prevención de complicaciones asociadas a las enfermedades crónicas más prevalentes, reduciendo los factores de riesgo y la aparición de nuevas enfermedades favorecedoras de discapacidad y dependencia.

Actuaciones de despliegue

1. Programa de envejecimiento activo saludable

- a. Promover estilos de vida saludable dirigidos al conjunto de la población a través de la colaboración con otros sectores no sanitarios (educativo, social, municipal, medio ambiente, etc.).
 - Definir el marco de colaboración con otras Administraciones para fomentar hábitos de vida saludable.
 - Promoción intersectorial del ocio saludable en adultos y en niños.
 - Promoción y difusión de programas que favorezcan la participación social y la colaboración a través de programas de voluntariado.
- b. Desarrollar actuaciones específicas para lograr un envejecimiento activo y saludable, con el fin de mantener la capacidad funcional el mayor tiempo posible en la vejez.
 - Diseñar específicamente actividades físicas para los grupos anteriores por parte del CEREMEDE.
 - Impulsar, entre las personas mayores, la creación de grupos de práctica de actividad deportiva habitual.
 - Difundir la documentación relativa a actividad física (tablas de ejercicios, tipos de actividades...) a través del Aula de Pacientes.

2. Programa de prevención de enfermedades crónicas

- a. Identificar e impulsar proyectos de "Salud en todas las políticas" en la Comunidad.
- b. Fomentar institucionalmente las medidas de Educación para la Salud que dispongan de suficiente evidencia.
 - Ampliar contenidos de promoción de la salud y prevención en el portal de sanidad (videos, material descargable).
 - Solicitar la colaboración de las Sociedades Científicas para publicar en los medios de comunicación y en el Portal de Salud aspectos relacionados con la promoción de la salud.
- c. Facilitar en los centros la orientación individual más eficaz y eficiente frente a diversos factores de riesgo para la salud.
 - Adecuar e incrementar el consejo sanitario sobre alimentación, tabaco y actividad física en las consultas de AP.
 - Realizar el análisis de evolución de actividades de promoción de la salud de la cartera de servicios.
 - Incorporar la práctica de consejos preventivos al alta hospitalaria.
- d. Fomentar la participación de los farmacéuticos comunitarios en el desarrollo de programas de promoción y prevención.
- e. Evaluar el grado de desarrollo e implantación del PAPPs en los centros de AP con el fin de impulsar su desarrollo.

3. Prevención de nuevas enfermedades y complicaciones en pacientes crónicos

- a. Seleccionar grupos diana con mayor riesgo de complicaciones y/o comorbilidad compleja e implantación de la "estrategia de seguridad de pacientes al ingreso hospitalario".
- b. Monitorizar factores de riesgo individuales.
- c. Desarrollar las recomendaciones del PAPPs en prevención y detección precoz en el ámbito de la cronicidad.
- d. Difundir entre los pacientes información acerca de los signos que advierten de que un determinado proceso no está bien controlado y de las medidas a adoptar.
- e. Desplegar programas de ejercicio físico controlado en el ámbito comunitario para pacientes con determinadas patologías como insuficiencia cardíaca, diabetes, cardiopatía isquémica, EPOC o cáncer.

LÍNEA ESTRATÉGICA 6: TECNOLOGÍAS FACILITADORAS DEL CAMBIO

Situación y oportunidades

El desarrollo de las tecnologías de la información y de la comunicación en los últimos años ha supuesto una oportunidad para mejorar la atención a los pacientes. La principal característica de este desarrollo es la posibilidad de compartir información para que esté disponible en el momento que se produce y en cualquier lugar. Esta posibilidad de compartir información, no sólo a nivel sanitario sino también incluyendo el ámbito social, debe poder permitir:

- Mejorar los procedimientos de flujo de pacientes entre diferentes niveles (interconsulta no presencial: on line, telefónica,...).
- Intercambiar información clínica en tiempo real de forma fiable.
- Disminuir las pruebas a realizar, evitando repeticiones innecesarias.
- Mejorar la seguridad de los tratamientos farmacológicos.
- Detectar de forma precoz las complicaciones.
- Mejorar la comunicación entre los profesionales que atienden a cada paciente.
- Mejorar la comunicación con los pacientes utilizando medios telemáticos, como la consulta telefónica o el correo electrónico.
- En definitiva, mejorar los resultados clínicos y disminuir los costes, es decir, mejorar la eficiencia del Sistema.

Además de compartir la información de los pacientes, las tecnologías permiten desarrollar y poner a disposición de los profesionales herramientas de ayuda en la toma de decisiones tanto diagnósticas como terapéuticas. En esta línea, las nuevas aplicaciones informáticas pueden proporcionar una ayuda personalizada para cada paciente en función de sus características personales, clínicas y condicionantes de salud.

Otro factor a tener en cuenta y que adquiere especial relevancia en nuestra Comunidad, es el desarrollo de la Telemedicina (teleconsulta y telemonitorización) y la Teleasistencia que permitirán facilitar la interacción entre los pacientes y los profesionales, de tal forma que las distancias y los tiempos se puedan acortar, además de generar un valor añadido en las relaciones entre ellos.

En este sentido se abren posibilidades diversas tales como el desarrollo de la teleneurología para la atención al ictus, la teleoftalmología, telecardiología, telerradiología, teledermatología, etc. Por otro lado, existen en el mercado productos tecnológicos de fácil uso que incorporan sensores y sistemas de medición de determinados parámetros clínicos que pueden facilitar el intercambio de información entre paciente y profesionales que faciliten el seguimiento y la continuidad asistencial evitando desplazamientos innecesarios y sobrecarga de los servicios de salud.

La posibilidad de compartir la información sanitaria, garantizando su seguridad, es un cambio necesario para mejorar la atención coordinada de los pacientes

Punto de partida

SACYL ha apostado decididamente por disponer de unos sistemas de información, homogéneos en toda su red de centros que permitan dar soporte a los procesos asistenciales y a las necesidades de información de los intervinientes en el proceso asistencial de la cronicidad. Para ello se dispone de la Historia Clínica Electrónica (HCE) en la totalidad de los centros de salud de atención primaria y está en



un avanzado proceso de implantación el modelo de HCE en los hospitales de la Comunidad, compatible con el anterior.

En este sentido, en Castilla y León se han desarrollado ya diversas actuaciones que serán un soporte fundamental en el desarrollo de la presente Estrategia, entre ellas:

- Jimena/Siclinica: HCE de atención especializada, que incluye también el desarrollo y la gestión de los procesos asistenciales.
- Desarrollo de guías asistenciales en la HCE, algunas de las cuales ya están incluidas en la actualidad.
- MEDORA: HCE de atención primaria, incorpora un módulo de prescripción desde el punto de vista funcional, que puede optimizarse con la integración de nuevas herramientas de ayuda a la selección, prescripción y utilización de medicamentos.
- Desarrollo de sistemas de prescripción informatizada integrados tanto en atención primaria como en especializada.
- Programa de prescripción electrónica intrahospitalaria.

En la gestión electrónica de la prestación farmacéutica se han desarrollado dos aplicaciones, CONCYLIA y REMEDIOS, que facilitarán en gran medida los proyectos a desarrollar en el ámbito farmacológico enmarcados en este plan.

- CONCYLIA: es el sistema de información de farmacia clave para el seguimiento de la prestación farmacéutica. Recoge información estructurada de todas las recetas facturadas al Servicio de Salud y de las adquisiciones y consumos hospitalarios procedentes de los sistemas de gestión de los Servicios de Farmacia de los Hospitales.
- REMEDIOS: es la base de datos de medicamentos y productos sanitarios de Castilla y León, adaptada a las necesidades de prescripción, dispensación y facturación a través de receta, así como a las de adquisiciones directas y por concurso y de los consumos de medicamentos en los hospitales.

Proyectos puestos en marcha en el ámbito de la e-salud:

- Digitalización de la imagen radiológica, que permite la disposición inmediata y en cualquier lugar, de los resultados de estas pruebas.
- Petición electrónica de pruebas diagnósticas, que facilita la gestión de solicitudes y la remisión de resultados, a través de su integración en la HCE.
- Telemedicina, desarrollo de los programas de teleoftalmología, telecardiología y telepsiquiatría.
- Cita previa multicanal, que permite solicitar cita, además de personalmente en el centro de salud, por vía telefónica (IVR), internet o SMS.

En comunicación interprofesional y relación con el ciudadano, se ha llevado a cabo:

- Página web corporativa, (Portal de salud), con contenidos a disposición de los pacientes (Subportal "Ciudadano"), con información de salud dirigida a la comprensión y autocuidado en determinadas patologías (Aula de Pacientes) y con espacios reservados a los profesionales (Subportal "Profesional") donde se aloja información que puede servir de ayuda en el ámbito asistencial, así como espacios específicos para grupos colaborativos de trabajo.
- Correo electrónico corporativo, que permite a los profesionales la comunicación con pacientes y con otros profesionales del mismo o de diferentes niveles de atención.
- Gestión de la asistencia sociosanitaria. Se está trabajando en la conexión efectiva de las historias sanitaria y social, de modo que permita el acceso compartido a determinada información (previamente acordada) de la historia de salud por parte de los servicios sociales y viceversa.

Las tecnologías de la información aportan a los profesionales ayuda en la toma de decisiones clínicas

Desarrollo de la Línea Estratégica 6

Objetivo Estratégico	Innovación y gestión del conocimiento
Línea Estratégica	6 TECNOLOGÍAS FACILITADORAS DEL CAMBIO
Objetivo General	Garantizar una atención de calidad en la asistencia al paciente crónico, a través de una mejora de la accesibilidad al sistema sanitario, asegurando la continuidad asistencial, mediante la optimización de procesos que mejoren la eficiencia de la gestión y la prestación de servicios, aumentando la participación de los pacientes y los profesionales sanitarios, mediante el uso y aprovechamiento de las oportunidades que ofrecen las TIC (Tecnologías de la Información y Comunicación) en la planificación, la gestión y la prestación de servicios.
Objetivos Específicos	a. Mejorar las ayudas al diagnóstico y seguimiento del paciente crónico facilitando el acceso a la visión global del paciente y a la historia clínica del mismo en el momento y tiempo adecuado, tanto entre atención primaria con especializada, como con atención social. b. Mejorar los resultados clínicos y facilitar la prescripción de tratamientos a partir de la homogeneización y la mejora en el acceso a las herramientas de farmacoterapia. c. Facilitar el manejo de los pacientes a distancia y en tiempo real, evitando desplazamientos innecesario de los pacientes crónicos.

Actuaciones de despliegue**1. HCE (Historia Clínica Electrónica) integrada entre atención primaria y atención especializada**

- a. Desarrollar la HCE en atención primaria, con la incorporación de nuevos módulos de apoyo a la práctica clínica (Planes de Cuidados de Enfermería).
- b. Implantar la HCE en atención especializada.
- c. Consolidar la integración de la HCE de atención primaria y atención especializada.

2. Gestión electrónica de la farmacoterapia (receta electrónica y otros)

- a. Integrar en Medora herramientas de ayuda para la prescripción farmacológica y la adecuación terapéutica (Guías Terapéuticas de Sacyl de Medicina Familiar y Pediatría, Farmafichas), y aquellas que faciliten la revisión automatizada y estructurada del plan terapéutico del paciente.
- b. Rediseñar el Portal del Uso Racional del Medicamento (URM), dotarlo de nuevos recursos y mejorar su accesibilidad.
- c. Fomentar el feed-back de información a los profesionales de AP y AE sobre sus perfiles de prescripción a través de los informes de Concyliya y facilitando su acceso directo desde Medora.
- d. Rediseñar el aspecto del módulo de prescripción de Medora para que la pantalla sea más amigable, manteniendo las herramientas que permiten mejorar la eficiencia y optimizar la utilización de recursos.
- e. Completar la implantación del módulo de prescripción informatizada de Medora en AE.
- f. Desarrollar la receta electrónica en coordinación con las oficinas de farmacia.
- g. Implantar un programa de prescripción electrónica intrahospitalaria en todos los Hospitales de la GRS.

3. Incorporación de información social en TSI

- a. Definir las necesidades de información para una adecuada coordinación entre el ámbito sanitario y el social a lo largo del proceso de atención al paciente crónico.
- b. Identificar las fuentes de información donde radica la información necesaria.
- c. Establecer un modelo de Identificación de los pacientes de Sacyl en residencias:
 - En la base de Tarjeta Sanitaria se alojará un fichero actualizado de las residencias en alta y de su código de identificación y características.
 - Se asociará en la base de datos de Tarjeta Sanitaria a cada CIP con el código de residencia en la que vive el paciente.
 - Se realizarán en el programa de tarjeta las modificaciones que faciliten la carga de datos y las herramientas para su mantenimiento.
- d. Describir las necesidades funcionales para tener la información en tiempo y forma adecuadas al proceso de atención al paciente crónico.
- e. Establecer canales de comunicación bidireccionales de transmisión de la información.

4. Telemedicina-Teleasistencia

- a. Consolidar el programa de telecardiología.
- b. Ampliar la cobertura del programa de teleoftalmología.
- c. Ampliar la cobertura del programa de telepsiquiatría integrando nuevos Centros de Salud en la red.
- d. Realizar el estudio de necesidades para la implantación de la Teleasistencia domiciliaria en pacientes crónicos.

5. Información social y sanitaria compartida

- a. Diseñar e implantar de forma progresiva un Sistema de Información interconectado que centralice la actividad e información asistencial y sociosanitaria.
- b. Incluir la Guía Clínica informatizada de Gestión de Casos en el sistema de información.
- c. Definir la atribución de tareas y roles entre los diferentes profesionales en el manejo de los casos compartidos.
- d. Informar y formar a los profesionales sobre la utilización de los recursos sanitarios y sociales y los mecanismos de gestión.



LÍNEA ESTRATÉGICA 7: FORMACIÓN E INVESTIGACIÓN

Situación y oportunidades

Cualquier estrategia que se plantee para mejorar la salud de los ciudadanos debe contemplar la formación continuada de los profesionales implicados en la implantación de nuevos procesos de atención. Esta formación deberá estar orientada a actualizar conocimientos y habilidades clínicas, destrezas para el uso eficaz de las nuevas tecnologías sanitarias y herramientas informáticas, así como habilidades de comunicación con los pacientes y con otros profesionales del mismo o de otros niveles asistenciales. Así mismo, los profesionales deberán adquirir los conocimientos necesarios para la implantación de nuevas metodologías de gestión, operativas o de soporte que cada proceso asistencial requiera. La formación ha de servir también para mejorar las actitudes de los profesionales fomentando la responsabilidad, el compromiso con la organización, la capacidad de liderazgo y el compromiso con los pacientes y con la sociedad.

La formación continuada es uno de los procesos de apoyo necesarios en la implantación de las intervenciones de esta Estrategia

La investigación biomédica y sociosanitaria resulta especialmente necesaria para avalar las intervenciones y las nuevas prácticas con evidencias científicas. La atención a los pacientes crónicos ha sido objeto de investigación biomédica en lo que se refiere a terapéutica y, en menor medida, a prevención, aún así en lo relativo a la validación de modelos integrados de atención sociosanitaria y su repercusión en la salud y el bienestar de los pacientes, la experiencia es muy limitada. Los escasos estudios existentes en el ámbito de la cronicidad han ido dirigidos, en general, a evaluar los costes de los procesos asistenciales y, en menor medida, a valorar los resultados en salud y en calidad de vida de pacientes, cuidadores y familiares.

Por ello, es necesario contar con estudios de efectividad y de eficiencia que aseguren que las nuevas intervenciones son eficaces en nuestro contexto y que ayuden a la sostenibilidad del sistema. La investigación, por ello, debe tener no sólo una orientación clínica, sin duda imprescindible, sino también contemplar la gestión de los procesos asistenciales en sus diferentes campos. Para optimizar la calidad de los servicios de salud, conseguir una mejor y más rápida incorporación de avances científicos en la prevención, diagnóstico y tratamiento de las enfermedades, así como para incorporar los valores éticos y la eficiencia en la práctica clínica y en la gestión sanitaria se debe garantizar la integración de la investigación y la generación de innovaciones en la práctica asistencial en sus diversas facetas.

El Sistema Público de Salud de Castilla y León pretende avanzar en la integración de la investigación con la práctica clínica para promover una mayor calidad en la atención y una mejor implantación de los avances científicos conseguidos, premisas básicas que pretenden guiar las actuaciones relacionadas con la Investigación. El *Plan Estratégico de Investigación Biomédica y Ciencias de la Salud de Castilla y León (2011-2013)* constituye un instrumento que traza la política de investigación, desarrollo e innovación (I+D+i) biomédica en Castilla y León, tiene como fin promocionar y fomentar tanto la investigación científica como la innovación tecnológica, ya que ambas constituyen una prioridad estratégica para garantizar el progreso social y económico de cualquier sociedad moderna.

Asegurar la investigación clínica y la innovación tecnológica es estratégico para lograr progreso social y económico

Punto de partida

Los diferentes *Planes Estratégicos de Formación Continuada* de la Consejería de Sanidad, han tratado de apoyar el modelo de gestión de recursos humanos de la Gerencia Regional de Salud, ofreciendo a los profesionales los medios necesarios para su desarrollo profesional, y proporcionando los recursos adecuados para la mejora del desempeño de su trabajo, y constituye una práctica consolidada y evaluada con una trayectoria de más de una década. En dicho Plan, se contempla ampliamente la formación continuada de los profesionales para la mejor atención al pa-

ciente crónico, constituyendo el bloque de actividades relacionadas con la cronicidad un porcentaje relevante de la totalidad. Así, durante el año 2010, se realizaron 212 acciones formativas relacionadas con la cronicidad, con 1.370,5 horas impartidas, en las que participaron 5.388 profesionales. También se ha desarrollado un elevado número de actividades de formación en metodología de gestión por procesos.

Existe una experiencia avanzada de formación en atención sociosanitaria, dirigida tanto a profesionales del sistema sanitario como de servicios sociales, que en muchas ocasiones se ha realizado de forma conjunta, y cuyos contenidos han estado orientados a la expansión del modelo de atención sociosanitaria en Castilla y León, formación metodológica en gestión por procesos y gestión de casos, herramientas para la aplicación de la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia en el nivel asistencial, formación compartida con profesionales y asociaciones de personas con discapacidad y familias (CERMI), formación técnica a profesionales en campos concretos de la discapacidad, trastorno mental grave y crónico, maltrato e inmigración entre otros, así como en comunicación de experiencias y buenas prácticas de cara a su generalización.

La Gerencia Regional de Salud en su compromiso con la actualización de las competencias de los profesionales y la consecución de los objetivos institucionales que se fijan a través de estrategias como la que nos ocupa, pretende dar respuesta con acciones formativas orientadas a las competencias que han de desarrollar los profesionales en los nuevos roles y exigencias definidas en los procesos de atención a la cronicidad.

Respecto a la investigación biomédica y sociosanitaria, la Consejería de Sanidad y la Gerencia Regional de Salud convocan con periodicidad anual ayudas para proyectos de investigación que permitan mejorar el conocimiento disponible sobre diversos aspectos del abordaje de la cronicidad, entre otras áreas temáticas. SACYL prioriza aquellos que, bien sea directa o indirectamente, se vinculan al ámbito sociosanitario, tales como la investigación clínica aplicada a enfermedades crónicas, telemedicina, cuidados de enfermería clínica, gestión, calidad, evaluación de los servicios de salud y problemas sociosanitarios relevantes en la atención. En definitiva, líneas de investigación relacionadas con el envejecimiento activo y la prevención de la dependencia y líneas de investigación sobre las necesidades de personas en riesgo o situación de dependencia, acordes a las desarrolladas en la Estrategia Regional de I+D+i 2007-2013 y en el III Plan de Salud 2008-2012.

En el marco de la política de I+D+i de la Junta de Castilla y León y en relación con la patología crónica, en el año 2010 se desarrollaron 27 proyectos de investigación en biomedicina (investigación de carácter básico, clínico, epidemiológico y de salud pública), en las áreas temáticas de cáncer, cardiovasculares, demencias y trastornos cognitivos, diabetes, tabaquismo y degeneración macular; un proyecto sobre cumplimiento terapéutico y 4 proyectos de Investigación en atención sociosanitaria (envejecimiento activo y prevención de la dependencia, necesidades de personas en riesgo o en situación de dependencia, organización y promoción de la calidad de vida).



Desarrollo de la Línea Estratégica 7

Objetivo Estratégico	Innovación y gestión del conocimiento
Línea Estratégica	7 FORMACIÓN E INVESTIGACIÓN
Objetivo General	Formar a los profesionales de la red asistencial en las nuevas competencias profesionales necesarias para el desarrollo de la Estrategia de atención a la cronicidad e impulsar acciones de I+D+i y la generalización de los resultados de la innovación.
Objetivos Específicos	Formación: a. Promover la capacitación de los profesionales para la adquisición de competencias específicas definidas en los nuevos procesos y roles incorporados en la Estrategia de atención a la cronicidad, potenciando el uso de nuevas tecnologías. Investigación: b. Promover la investigación básica, clínica y epidemiológica, priorizando la investigación en cronicidad como línea preferente de interés en la Comunidad Autónoma y fomentando el desarrollo de la investigación sociosanitaria al objeto de incrementar el conocimiento y la evidencia científica en este campo. c. Impulsar los mecanismos de comunicación, implantación y generalización de innovaciones en el ámbito de crónicos.

Actuaciones de despliegue

1. Desarrollo de acciones específicas de formación sobre el proceso

- Identificar las necesidades de formación, tanto a nivel institucional (en la organización) como en los propios profesionales, referente a la Estrategia de atención al paciente crónico.
- Diseñar un plan de formación específico para el desarrollo de la Estrategia, que recoja:
 - Formar en gestión por procesos de atención a la cronicidad
 - Formar en nuevos roles y herramientas identificadas como necesarias en el proceso de atención a la cronicidad.
 - Formar en nuevas competencias para los profesionales (médicos, enfermería,...) necesarios para el desarrollo de la Estrategia.
- Promover la utilización de TICs para el desarrollo de las acciones formativas.
- Evaluar los resultados de la formación y su impacto en la práctica asistencial del nuevo proceso de atención al crónico.

2. Impulso de la investigación e innovación en cronicidad

- Convocar subvenciones y ayudas que prioricen los proyectos de investigación sobre cronicidad.
- Promocionar los proyectos de investigación grupales en las convocatorias competitivas.
- Difundir e implementar las recomendaciones del Banco de Evidencia en Cuidados.
- Difundir la actividad investigadora e innovadora en crónicos de Castilla y León a través de una canal de comunicación multidireccional.
- Desarrollar proyectos cooperativos en red que favorezcan la comunicación entre investigación básica y práctica asistencial.
- Promover la calidad en la realización de estudios sobre uso de medicamentos en pacientes crónicos, facilitando datos de consumo.
- Impulsar el desarrollo de proyectos de investigación sociosanitaria multicéntricos y fomentar la participación de distintos niveles y sectores.

3. Plataforma compartida de formación y "mejores prácticas"

- Potenciar el uso de la plataforma de Formación Continuada (Campus Virtual).
- Fomentar la creación de grupos de trabajo colaborativo.
- Creación de un espacio que integre las mejores prácticas asistenciales.

Estrategia de Atención al PACIENTE CRÓNICO en Castilla y León

PLAN DE DESPLIEGUE



V PLAN DE DESPLIEGUE

El plan de despliegue en la Estrategia de Atención al Paciente Crónico tiene como finalidad fijar las bases que van a guiar su puesta en práctica, establecer una hoja de ruta que refleje una adecuada planificación y estructuración de los proyectos, valorando sus dependencias e interrelaciones de forma que se eviten retrasos, desviaciones y barreras en su implantación y, por último, desarrollar un cuadro de indicadores con el que monitorizar el grado de implantación de la Estrategia y los resultados conseguidos.

En este plan se han incluido los elementos que se consideran relevantes y que son:

- Definir cuáles son las responsabilidades de cada uno de los niveles de la organización involucrados en la estrategia.
- Establecer la cronología de las intervenciones previstas, debido a la interdependencia de algunas respecto a otras para su desarrollo.
- Todos los proyectos incluidos en la Estrategia se consideran necesarios para obtener los resultados esperados, no obstante se ha decidido priorizar aquellos que se consideran clave para el éxito de la Estrategia, teniendo en cuenta criterios tales como el mayor impacto asistencial y la efectividad organizativa y de gestión. Asimismo se han identificado aquellos proyectos de apoyo que resultan indispensables para el desarrollo de la misma y que podrían considerarse, en cierta medida, requisitos.
- **Plan de comunicación:** se considera necesario poner en marcha un conjunto de actuaciones dirigidas a:
 - **Los profesionales** con los siguientes objetivos:
 - Informar: los profesionales de los servicios sanitarios y sociales deben conocer los objetivos, características, plan de despliegue en sus ámbitos de trabajo, la relevancia de la estrategia así como el impacto esperado en su práctica asistencial.
 - Motivar: es necesaria la implicación de los profesionales para el desarrollo de las estrategias, por eso debe transmitirse la importancia de su papel en el proceso de atención a la cronicidad y los beneficios esperados para pacientes, profesionales y organización.
 - **A pacientes, familiares y ciudadanía.** Se trata de una estrategia en la que tienen un papel relevante los pacientes, familiares y asociaciones comunitarias, por ello se considera imprescindible:
 - Informar del contenido de la estrategia a:
 - La población general
 - Las asociaciones de pacientes
 - Impulsar y motivar para su implicación y participación activa en el desarrollo de la estrategia, reconociendo la importancia de su papel en la misma, transmitiendo el compromiso de formación a y apoyo a pacientes y familiares y personas cuidadoras, por parte de la organización y sus profesionales.

La Estrategia tiene previsto un plan de formación necesario para su puesta en marcha y desarrollo

La capacitación de profesionales es un paso necesario y previo a la puesta en marcha de la estrategia, por lo que es necesario tener diseñado un plan de formación específico y la previsión de su desarrollo.

Asimismo, en el plan de despliegue se informará del plan de actuaciones formativas a desarrollar con pacientes y con las asociaciones.



V.1

BASES DE LA IMPLANTACIÓN

Las bases de la implantación se concretan, por un lado, en la creación de una estructura organizativa que facilite un adecuado desarrollo y elaboración de los proyectos y, por otro, en el compromiso para asegurar el despliegue de los mismos de una manera coherente en función del objetivo último.

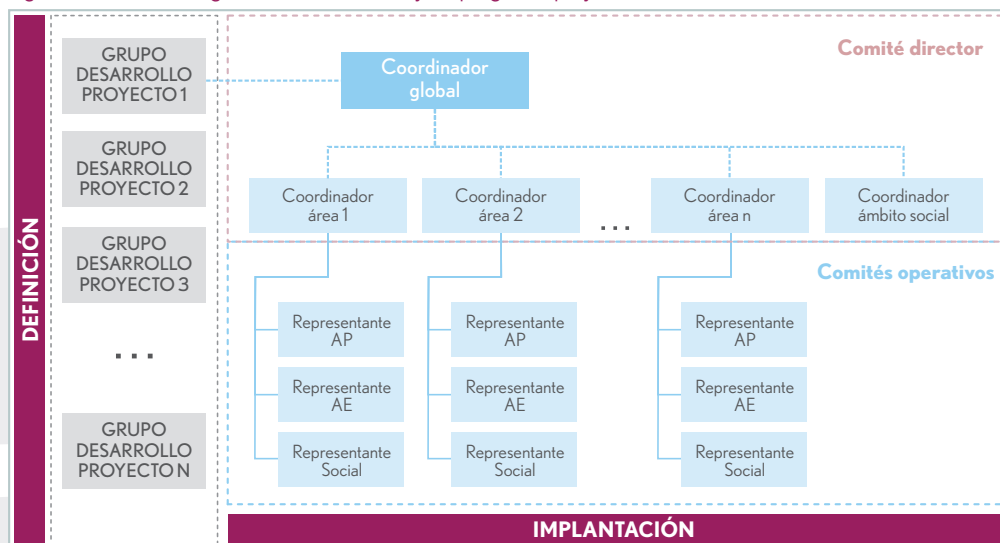
A tal efecto se procederá a constituir a nivel central un equipo responsable de la coordinación general del despliegue e implantación.

A nivel organizativo, para la concreción de los proyectos, se formarán grupos de desarrollo constituidos por profesionales tanto de servicios centrales como de los centros asistenciales y, cuando proceda, representantes del ámbito social y asociativo. La responsabilidad de estos grupos es concretar los proyectos en todas sus fases, diseñar la estrategia de implantación, decidir el seguimiento, monitorización, las propuestas de mejora y la expansión del proyecto en la Comunidad, junto con la misión de evaluación de resultados.

En cada Área de Salud se designará un responsable de la estrategia que coordinará la implantación de los proyectos en los centros de su área y actuará como interlocutor con los servicios centrales. Contará para ello con un grupo de apoyo. Su función será la de coordinar un adecuado despliegue de los proyectos en su área, motivando la participación en acciones de formación y sensibilización a los profesionales y asegurando que la comunicación e información sobre los contenidos de la Estrategia llegue tanto a éstos como a los pacientes. Este grupo evaluará y trasladará los resultados del seguimiento de la Estrategia en su ámbito al equipo directivo del Área.

En el proceso de implantación de la Estrategia se prevén grupos de profesionales de desarrollo que contarán con representantes del ámbito social y asociativo

Figura 51. Estructura organizativa de definición y despliegue de proyectos



Son necesarias iniciativas de los profesionales para mantener la mejora de la calidad asistencial y la sostenibilidad del sistema de salud

Por último, en línea con uno de los principales fines de esta Estrategia, como es el impulso a la participación, los profesionales de la red podrán propiciar el desarrollo de iniciativas que se encuadren bajo esta Estrategia y que tengan impacto en la mejora de la calidad asistencial y en la sostenibilidad del sistema de salud. Estas iniciativas “de abajo-arriba”, serán propuestas por los profesionales a los responsables de su área de salud para su aprobación, cuando corresponda, por parte del órgano director. Deberán cumplir asimismo los mecanismos de implantación, seguimiento y evaluación que se recogen en esta Estrategia siendo el coordinador de área el encargado de su seguimiento. Tras su evaluación, las prácticas que se consideren de interés se difundirán para facilitar su aplicación en el resto de la red asistencial.

► V.2

HOJA DE RUTA DEL DESPLIEGUE Y PROYECTOS ESTRELLA

Para llevar a la práctica la *Estrategia de atención al paciente crónico* es importante fijar el calendario de todas aquellas actuaciones y proyectos previstos de forma que se pongan en práctica de una manera ordenada, así como la selección de las principales palancas de cambio sobre las que se va a apoyar el nuevo modelo de atención. Para ello, se ha identificado una hoja de ruta a seguir durante los cuatro primeros años de vigencia de la Estrategia.

Hoja de Ruta

Se presentan los 23 proyectos en los que se concreta la planificación estratégica, con sus respectivas subfases, en una hoja de ruta cuya función es la de establecer el cronograma de ejecución de los mismos entre los años 2013 y 2016, de una forma ordenada y coherente a partir de los tres objetivos estratégicos identificados: asegurar la continuidad asistencial, potenciar la autonomía y la responsabilidad del paciente, e innovación y gestión del conocimiento. Esta ordenación será la base sobre la que se valore con posterioridad y periódicamente si existen áreas de mejora en el despliegue de cada uno de los proyectos.

Matriz de priorización e identificación de los “proyectos estrella”

Se ha realizado un ejercicio de priorización de los 23 proyectos que conforman las siete Líneas Estratégicas, con el fin de identificar y ordenar los elementos considerados de mayor impacto asistencial y efectividad a fin de conseguir que se produzca un auténtico cambio organizativo en la atención al paciente crónico.

Todos los proyectos forman parte de la Estrategia y se desplegarán tal como figura en el cronograma. Sin embargo, para una parte de ellos ya existen intervenciones en marcha y precisarán un impulso y una cierta reorientación (proyectos de prevención, formación, participación, etc.), mientras que para otros proyectos, que en general coinciden con los que son más novedosos (nuevas unidades, integración de la historia clínica, implantación de procesos, etc.), va a ser necesario realizar una mayor labor de reorganización. Los ocho proyectos que según la priorización realizada destacan por este mayor potencial de cambio, son los que aparecen remarcados en la Figura 5.3.



Figura 5.2. Hoja de Ruta de la Estrategia de Atención al Paciente Crónico en el periodo 2013-2016

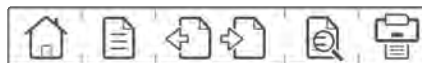
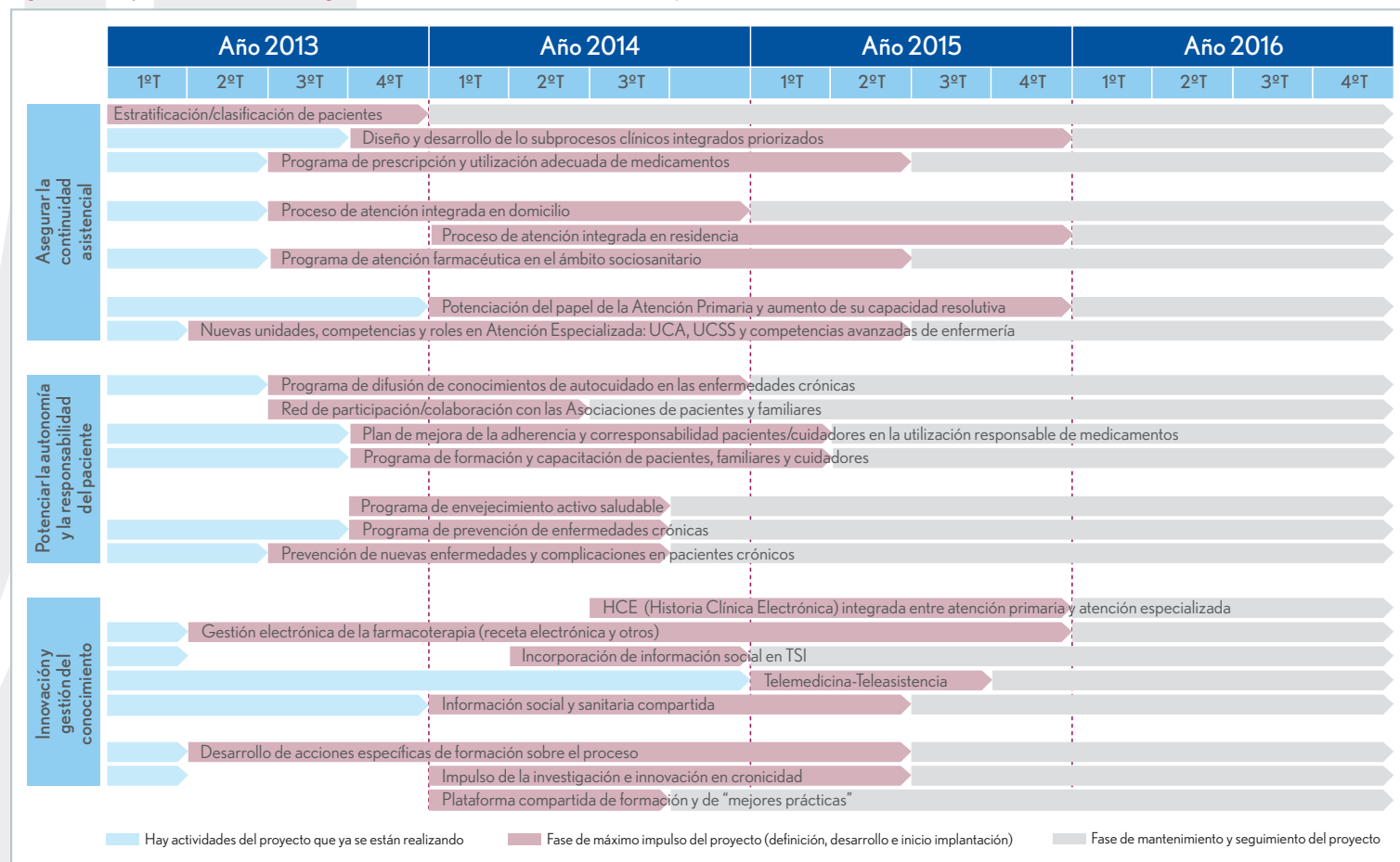
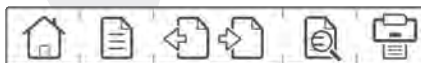
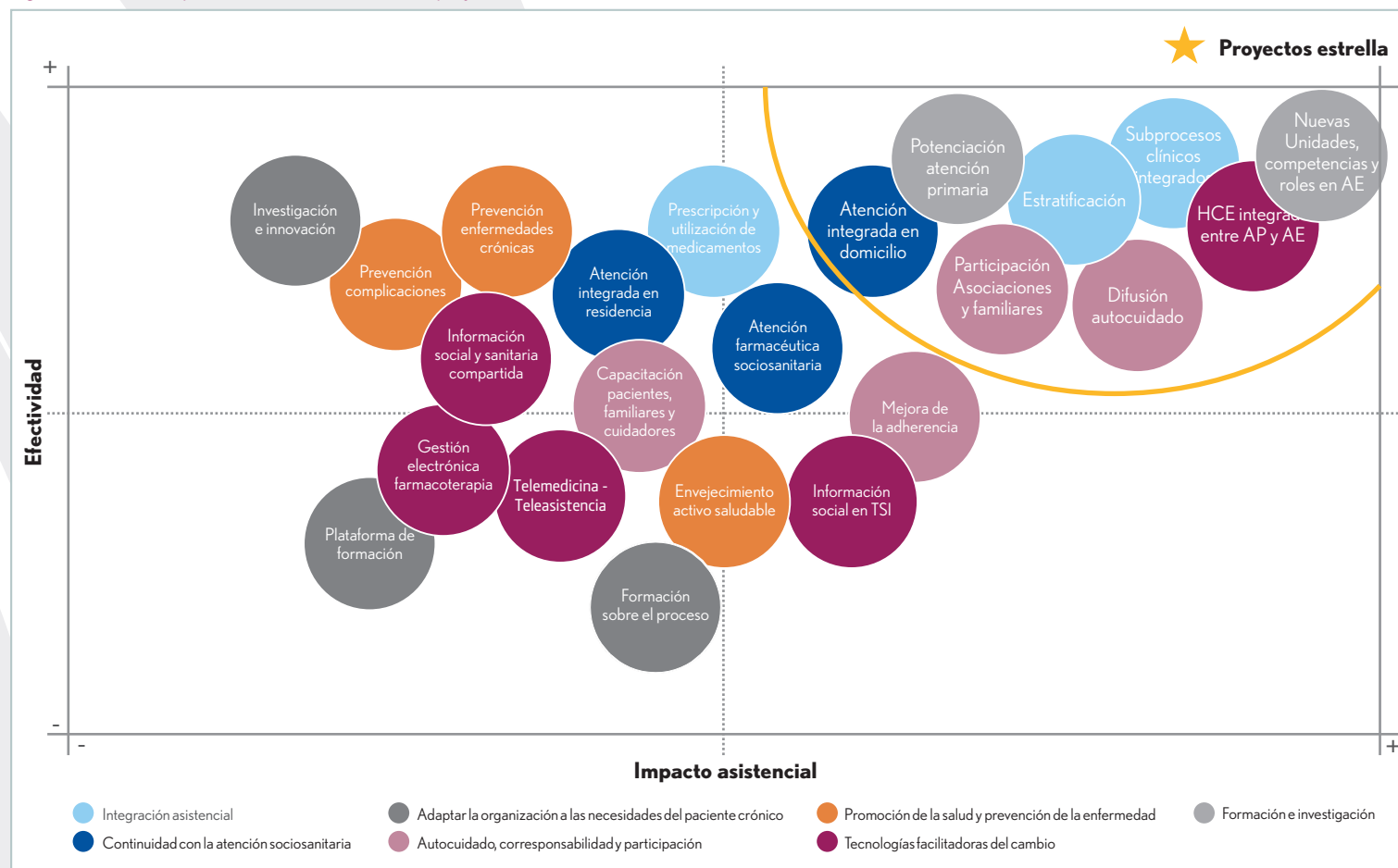


Figura 5.3. Matriz de priorización e identificación de "proyectos estrella"



► V.3

MECANISMOS DE CONTROL Y EVALUACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DEL PLAN

Uno de los propósitos de la estrategia ya mencionado, es *generar una cultura de evaluación de los resultados y de mejora continua*.

Los cambios que se van a afrontar en el desarrollo de esta estrategia hacen necesaria la evaluación rigurosa del cumplimiento de las distintas actuaciones previstas, así como el impacto de las mismas en pacientes, profesionales y organización.

A lo largo del periodo de vigencia se establecerán las medidas de seguimiento anual del desarrollo de los distintos proyectos referidas a:

1. **Estructura.** A través de indicadores de dedicación de recursos y creación de estructuras necesarias para el desarrollo de la estrategia. Un porcentaje importante de los indicadores a evaluar corresponden a este grupo, ya que con frecuencia son requisitos para el desarrollo de las acciones posteriores.
2. **Proceso.** Desarrollo del mismo, a partir de los correspondientes indicadores de actividad seleccionados para cada una de las acciones, y suponen la mayoría de los indicadores propuestos
3. **Resultados.** A lo largo de la trayectoria de desarrollo de la estrategia, y al finalizar el primer cuatrienio, se evaluarán resultados intermedios, y, en la medida que sea factible, se evaluará el impacto a medio plazo en los pacientes destinatarios de la estrategia, así como en los profesionales que la van a desarrollar y también en las organizaciones implicadas. Los resultados se desagregarán por sexos y se evaluarán desde la perspectiva de género en los mismos.

La duración de cuatro años de la fase inicial de la Estrategia limita las posibilidades de evaluación de algunas acciones en términos de resultados en salud, aunque los registros actuales permitirán en fases posteriores evaluar resultados a más largo plazo, sobre todo en relación al impacto en la salud y bienestar de las personas objeto de esas acciones. Asimismo, se realizarán estudios de coste/efectividad de algunas intervenciones cuando su desarrollo esté suficientemente avanzado.

Los indicadores de cada uno de los proyectos correspondientes a las líneas estratégicas se presentan a continuación en la siguiente tabla.

Tabla 5.1. Indicadores de evaluación (1/5)

Objetivo General 1: Asegurar la continuidad asistencial					
Proyectos		Indicador	Fuente	Criterio	Periodo
L.E. 1: INTEGRACIÓN ASISTENCIAL					
L.1.1	Estratificación/clasificación de pacientes	% de población clasificada por grados	Sistemas de Información Sanitaria (DG Planif.)	> 90% pacientes estratificados en el periodo 2013-2015	Anual
L.1.2	Diseño y desarrollo de subprocesos clínicos integrados	Nº de procesos elaborados disponibles en la red	MEDORA	Elaborados y accesibles a profesionales en la red	
		Pacientes incluidos en procesos integrados seleccionados	MEDORA y CMBD	Cumplimiento de criterios de inclusión	
		Variación en nº de ingresos y reingresos en pacientes incluidos en procesos integrados seleccionados	CRGs y CMBD	Altas G2 y G3 atendidos en proceso integrado	
		Mortalidad evitable por enfermedades crónicas	DG de Salud Pública. INE	Diferencia de tasas	Inicio a fin de estrategia
L.1.3	Prescripción y utilización adecuada de medicamentos	Nº EAP con criterios comunes de selección y uso de medicamentos entre AP y AE	Memoria de actividades elaborada por las GAP.	Tener criterios terapéuticos actualizados y consensuados entre AP y AE en patologías crónicas	
		Nº de centros con Programas de conciliación/Nº de centros con Historial Farmacoterapéutico único accesible desde Medora	MEDORA Servicio de Farmacia Hospitalaria	Tener desarrollados Programas de Conciliación consensuados en uno o mas servicios de hospital con MEDORA disponible	
L.E. 2: CONTINUIDAD CON LA ATENCIÓN SOCIO SANITARIA					
L.2.1	Atención integrada en domicilio	Nº personas dependientes grado moderado y severo con valoración de salud /nº de personas con esos grados	MEDORA	Figure en HC valoración funcional Fin de estrategia> 70%	Anual
L.2.2	Atención integrada en residencia	% de residencias de <50 personas atendidas por EAP	MEDORA	Al menos el 50% de pacientes atendidos	
L.2.3	Programa de atención farmacéutica en el ámbito sociosanitario	% de pacientes que están en residencias que disponen de un modelo revisado de prestación farmacéutica y de utilización de productos sanitarios (PFUPS)	Memoria GAP Base de datos de TSI en pacientes institucionalizados	El paciente dispone de un modelo revisado de PFUPS	
		% de residencias que han puesto en marcha un plan de mejora de la prescripción	Memoria de actividades elaborada por las GAP	Tiene realizado el análisis de prescripción y estrategias de mejora	
		Nº de protocolos terapeuticos elaborados y adaptados para procesos prevalentes en el anciano ingresado en residencias	Sistemas de Información de la DT F	Se dispone de los protocolos comunes adaptados	

Nota: Se entiende como "fin" o "final" de la Estrategia la finalización del periodo inicial de cuatro años en 2016

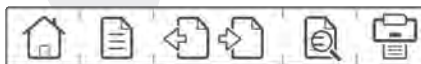


Tabla 5.1. Indicadores de evaluación (2/5)

Objetivo General 1: Asegurar la continuidad asistencial				
Proyectos	Indicador	Fuente	Criterio	Periodo
L.E. 3: ADAPTAR LA ORGANIZACIÓN A LAS NECESIDADES DEL PACIENTE CRÓNICO				
L.3.1	Potenciación del papel de la atención primaria y aumento de su capacidad resolutive	% de derivaciones de crónicos de AP/AE	SIAE	Derivaciones de pacientes G2/G3
		% consultas no presenciales entre niveles (on-line, teléfono)	Memoria Gerencias	% de profesionales con consultas no presenciales
		% áreas con catálogo pruebas diagnósticas para AP definidas en proceso	Memoria Gerencias	Catálogo de pruebas aprobado
		% de ratios en rango óptimo (población/profesionales)	S.I. DT Organización Asistencial	Rangos óptimos según normativa
		% consultas con programa de "desburocratización"	MEDORA	Frecuentación de consultas para repetición de recetas
L.3.2	Definición de nuevas unidades, competencias y roles en: Unidades de Continuidad Asistencial (UCAS), Unidades de Convalecencia Sociosanitaria (UCSS) y definición de competencias avanzadas de enfermería	Nº de UCAS en funcionamiento / nº Hospitales	Memoria Gerencias	Proceso implantado y Estructura funcional completa
		Nº de UCSS en funcionamiento / nº Hospitales	DTPA: Coordinación SS	Proceso implantado
		Nº de plazas en UCSS/ 1000 personas > 65 años	DTPA: Coordinación SS	Plazas sociosanitarias disponibles en UCSS
		% de EAP con interconsultor de la UCA	Memoria Gerencias	Criterio al menos 2 interconsultas/año
		% de pacientes G2 con valoración y Plan de cuidados en la HC	MEDORA y GACELA	Que cumplan al menos 2 criterios de valoración
		Nº de equipos/hospitales con enfermeras asignadas para continuidad de cuidados	Memoria Gerencias	Enfermeras nombradas para funciones de continuidad (coordinadora UCAs, EAP)
L.3.3	Nuevos modelos de atención a demanda en AP	Actividad realizada mediante nuevos modelos de atención a la demanda: consulta enfermería on-line, telefónica, intervención proactiva...)	MEDORA	Numero de consultas no presenciales

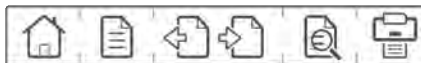


Tabla 5.1. Indicadores de evaluación (3/5)

Objetivo General 2: Potenciar la autonomía y la responsabilidad del paciente					
Proyectos		Indicador	Fuente	Criterio	Periodo
L.E. 4: AUTOCUIDADO, CORRESPONSABILIDAD Y PARTICIPACIÓN					
L.4.1	Programa difusión de conocimientos autocuidado	Nº de guías clínicas disponibles en el aula de pacientes/Nº Objetivo	Portal de Salud	Guías elaboradas disponibles en la red	Anual y fin de estrategia
L.4.2	Red participación asociaciones	Nº de asociaciones de pacientes incluidas en la Red	Memoria Gerencias	La asociación esta incorporada formalmente a la red	
L.4.3	Plan de mejora de la adherencia terapéutica y corresponsabilidad	% de farmacias, respecto al total de la CCAA, que participan en el Programa de mejora de la adherencia terapéutica	Memoria GAP y Actas Sistemas Información CONCYL	Disponen de acreditación para realizar actividades en el programa	Semestral
		Nº de pacientes incluidos en el Programa de mejora de adherencia terapéutica	Sistemas Información CONCYL (BOT-PLUS)	Tener registro en Medora y Bot-Plus de pacientes incluidos en programa	
L.4.4	Programa de formación y capacitación de pacientes, familiares y personas cuidadoras	Nº de pacientes y familiares que participan en la formación	Memoria GAP	Hay registro de participación en actividad de formación reglada para pacientes, familiares, y para cuidadores acreditados	Anual y fin de estrategia
		Nº de cuidadores/as formados	Memoria GAP	Registro de formación reglada para cuidadores/as familiares, y la específica para cuidadores acreditados	
L.E. 5: PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LA ENFERMEDAD					
L.5.1	Envejecimiento saludable	% personas con cambios en hábitos de vida: ejercicio, tabaco y alcohol	Encuesta de salud	Cambios Tasa prevalencia	Inicio y fin de estrategia
L.5.2	Prevención enfermedades crónicas	% de personas incluidas en el programa de prevención en adultos y en mayores de 75 años de cartera de servicios	MEDORA	Cumple criterios de inclusión	Anual y fin de estrategia
L.5.3	Prevención de nuevas enfermedades y complicaciones	% Ingresos en pacientes crónicos G2 y G3 (Diabetes, IC, y EPOC)	CMBD y CRGs	Ingreso hospitalario (altas) CMBD	
		Reingresos en pacientes crónicos G2 / G3	CMBD y CRGs	Reingresos CMBD	
		% Amputaciones en diabéticos	CMBD	Amputaciones de extremidades en cualquiera de sus grados en diabéticos	

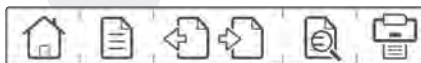


Tabla 5.1. Indicadores de evaluación (4/5)

Objetivo General 3: Innovación y gestión del conocimiento					
Proyectos		Indicador	Fuente	Criterio	Periodo
L.E. 6: TECNOLOGÍA FACILITADORA DEL CAMBIO					
L 6.1	HCE sanitaria AP y AE	% población con HCE compartida AP/ AE	Informe DG Planificación	Población cubierta por historia compartida	Anual
L 6.2	Gestión electrónica de la farmacoterapia (receta electrónica y otros)	Disponibilidad en MEDORA de herramienta para la revisión del plan terapéutico	MEDORA/JIMENA	Está disponible: Si/No	Fin 2013
		Nº de centros de salud y hospitales con receta electrónica implantada	DT Sist de Información DT Farmacia	Receta electrónica por centros: Si/No	Trimestral
		Nº de centros de AE con implantación del módulo de prescripción de MEDORA	DT Sist Información	Si/No	
		Nº de Hospitales con implantación del programa PEI	Inf. DG Planificación	El programa está implantado	Anual
		Nº de entradas registradas al Portal de URM	DT Sistema Información DT Farmacia	Nº de accesos registrados a al portal de URM	
		Nº de médicos que consultan los informes de indicadores establecidos en patologías crónicas	Servicio de soporte al Sist. Inform. Concyliya	Registro de médicos que consultan los informes de Prescripción de Concyliya	Trimestral
L 6.3	Incorporación de información social a la TSI	% de personas en residencias identificados en TSI	Registros de TSI	Vive en residencia y esta identificada en TSI	Anual
L 6.4	Teleasistencia-Telemedicina	% de profesionales que tienen disponible el correo electrónico corporativo para consultas de pacientes	Informe Gerencia	Disponibilidad de uso Si/No	Anual y fin de estrategia
		% de profesionales con disponibilidad de herramienta telemática para interconsulta en la HCE	DG Planificación	Si/No	
		% de especialidades que dan respuesta a la interconsulta telemática por áreas de salud	Informes Gerencias	Se constata en registros que están dando respuesta	
		Implantación y disponibilidad de eleconsulta y telemonitorización	Memoria Gerencias	Si/No	
		Nº de pacientes que han utilizado estas tecnologías	Memoria Gerencias	Han utilizado al menos una vez	
L 6.5	Información social y sanitaria compartida	Vías de comunicación telemática entre s. sanitarios y sociales (SAUS-MEDORA) establecidas	DG Planificación S. Sociales	Si/No	
		% de Equipos de At. Primaria con acceso a información compartida (sanitaria y social)	DG Planificación S. Sociales	Disponen del acceso a la información compartida	

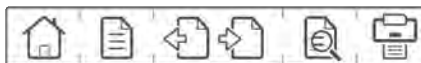
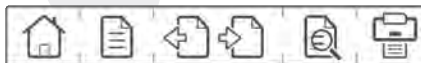


Tabla 5.1. Indicadores de evaluación (5/5)

Objetivo General 3: Innovación y gestión del conocimiento				
Proyectos	Indicador	Fuente	Criterio	Periodo
L.E. 7: FORMACIÓN E INVESTIGACIÓN				
L.7.1*	Formación profesionales	% de profesionales que han realizado cursos on-line sobre aspectos sanitarios en atención a la cronicidad relacionados con medicamentos	Sist. de información de RRHH para formación (FOSA)	Profesionales que han superado la evaluación del curso
		Nº de actuaciones realizadas en las Gerencias para mejorar la prescripción en patologías crónicas	Memoria Gerencias	Nº de sesiones y otras actividades con profesionales
		% de profesionales formados en el proceso de atención a la cronicidad (PAC)	FOSA	Profesionales que han realizado curso de formación sobre PAC
		% de enfermeras formadas en competencias avanzadas / nº enfermeras UCAS	FOSA	Profesionales que han realizado curso de formación PAC
L.7.2	Investigación e innovación	Nº de proyectos financiados por la CCAA sobre cronicidad	Resolución convocatorias CCAA	Financiado en convocatoria pública de la Junta de C y L
		% de presupuesto de investigación en proyectos de enfermedades crónicas	Informe S. de Investigación	% de presupuesto/ Presupuesto total en invest. pública de la CCAA
		Nº de estudios y publicaciones realizados sobre utilización de medicamentos	Memoria de Gerencia y de la DTF Registro de cesión de datos de Concylla	Estudios realizados, publicaciones, comunicaciones a Congresos en diferentes ámbitos
L.7.3*	Plataforma formación y de "mejores prácticas"	Disponibilidad en la plataforma de Formación de acceso a un banco de buenas practicas en atención a la cronicidad	Campus virtual	DG Planificación
		Nº de buenas practicas validadas	Memoria Gerencias	Prácticas validadas en CCAA u otros organismos (MSSSI, etc)

*Fuente: Memoria Gerencias.



Estrategia de Atención al PACIENTE CRÓNICO en Castilla y León

ANEXOS

VI



▶ VI.1

SIGLAS Y ABREVIATURAS

AE:	Atención Especializada
AP:	Atención Primaria
CCAA:	Comunidades Autónomas
CCM:	<i>Chronic Care Model</i>
CEAS:	Centros de Acción Social
CERMI:	Comité Español de Representantes de Personas con Discapacidad
CEREMEDE:	Centro Regional de Medicina Deportiva de Castilla y León
CMBD:	Conjunto Mínimo Básico de Datos
CRG:	<i>Clinical Risk Groups</i>
EEUU:	Estados Unidos
EFQM:	Modelo de Excelencia y Calidad de la <i>European Foundation for Quality Management</i>
EPOC:	Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica
EV:	Esperanza de Vida
EVBS:	Esperanza de Vida en Buena Salud
EVL:	Esperanza de Vida Libre de Incapacidad
HCE:	Historia Clínica Electrónica
HTA:	Hipertensión Arterial
IC:	Insuficiencia Cardíaca
ICCC:	<i>Innovative Care for Chronic Conditions</i>
INE:	Instituto Nacional de Estadística
NHS:	<i>National Health Service</i>
OMS:	Organización Mundial de la Salud
PAAIPEC:	Plan Andaluz de Atención Integrada a Pacientes con Enfermedades Crónicas
PAPPS:	Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud
PIA:	Programa Individual de Atención
PEI:	Prescripción Electrónica Intrahospitalaria
RE:	Receta Electrónica
SACYL:	Sanidad de Castilla y León (Gerencia Regional de Salud)
SFH:	Servicio de Farmacia Hospitalaria
SIAE:	Sistema de Información de Atención Especializada
SNS:	Sistema Nacional de Salud
SSI:	Sistema de Información
TIC:	Tecnologías de la Información y de la Comunicación
TSI:	Tarjeta Sanitaria Individual
UCA:	Unidad de Continuidad Asistencial
UCSS:	Unidad de Convalecencia Sociosanitaria
UE:	Unión Europea
URM:	Uso Racional del Medicamento
VIH:	Virus de la Inmunodeficiencia Humana



▶ VI.2

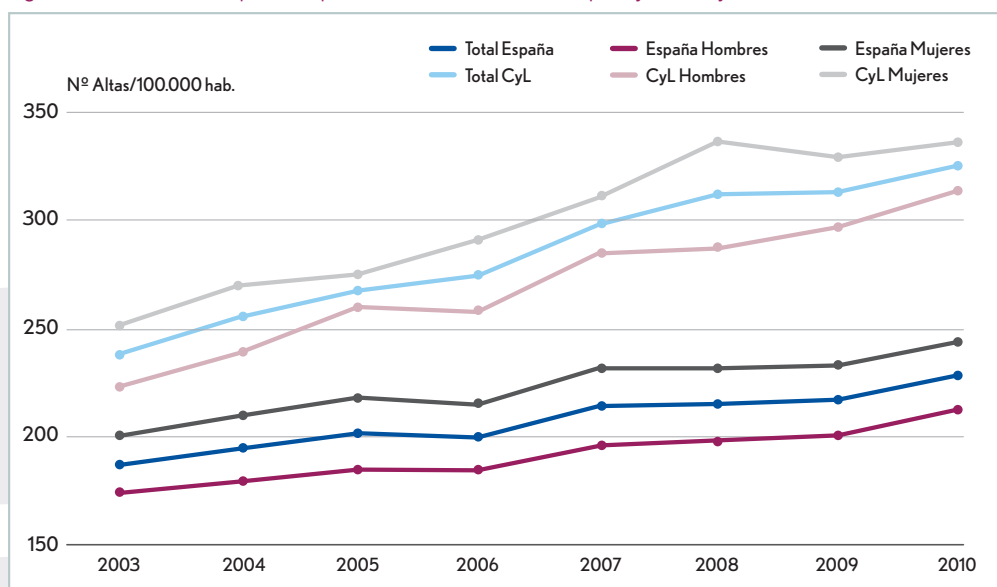
ACTIVIDAD HOSPITALARIA Y CONSUMO FARMACÉUTICO GENERADO POR PATOLOGÍA CRÓNICA

Detalle de la actividad hospitalaria generada por patología crónica

A continuación se detalla la evolución de la tasa de altas de las enfermedades foco de la Estrategia de atención al paciente crónico en Castilla y León en los últimos años, aportando una visión comparativa con la media nacional. Se han seleccionado inicialmente las siguientes patologías:

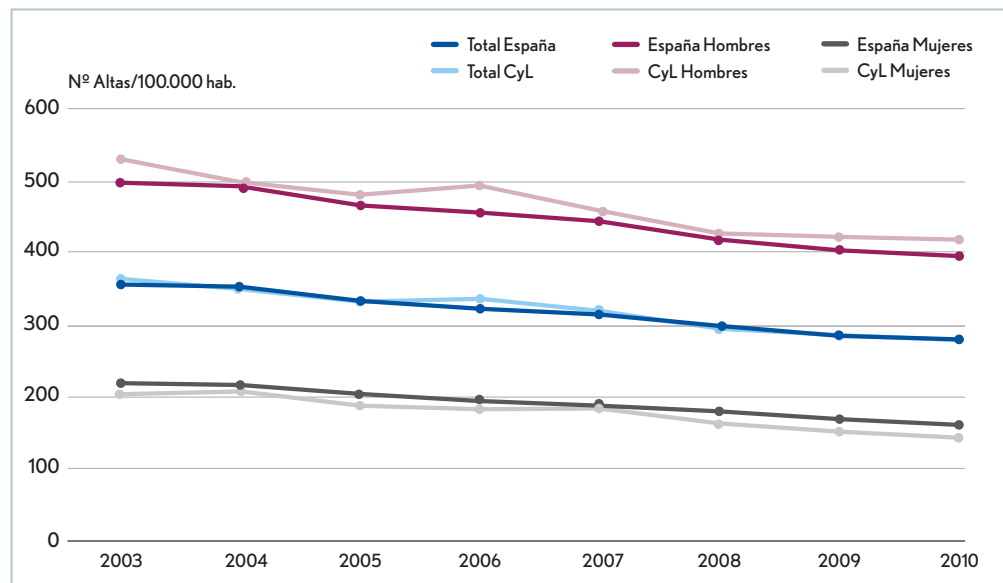
- Enfermedades del área cardiológica: insuficiencia cardiaca, cardiopatía isquémica y arritmias.
- Ictus.
- Enfermedades neurodegenerativas y demencia.
- Diabetes.
- Enfermedades respiratorias: EPOC y asma.
- Enfermedades del área digestiva: enfermedades inflamatorias crónicas y hepatopatías crónicas.
- Enfermedades osteomusculares: artrosis, osteoporosis y artritis.
- Enfermedad renal crónica.

Figura 6.1. Tasa de altas hospitalarias por insuficiencia cardiaca en España y Castilla y León



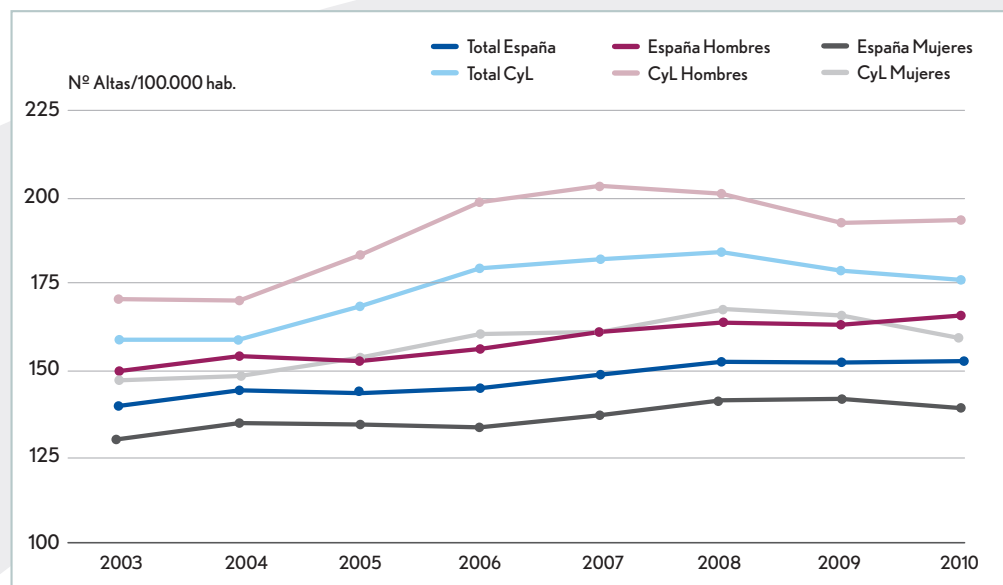
Fuente: Encuestas de Morbilidad Hospitalaria. INE

Figura 6.2. Tasa de altas hospitalarias por cardiopatía isquémica en España y Castilla y León



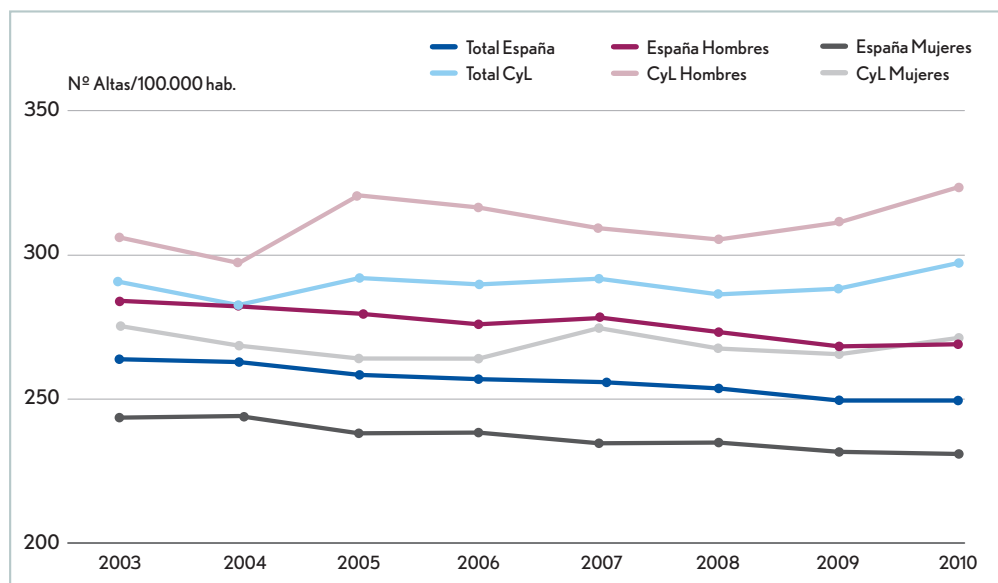
Fuente: Encuestas de Morbilidad Hospitalaria. INE

Figura 6.3. Tasa de altas hospitalarias por trastornos de conducción y disritmias cardíacas en España y Castilla y León



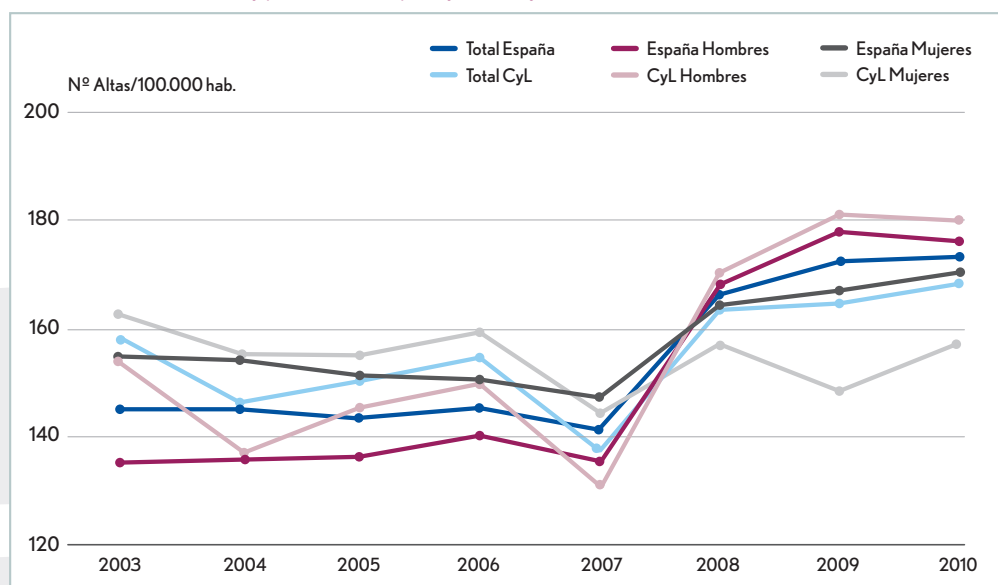
Fuente: Encuestas de Morbilidad Hospitalaria. INE

Figura 6.4 Tasa de altas hospitalarias por enfermedad cerebrovascular en España y Castilla y León



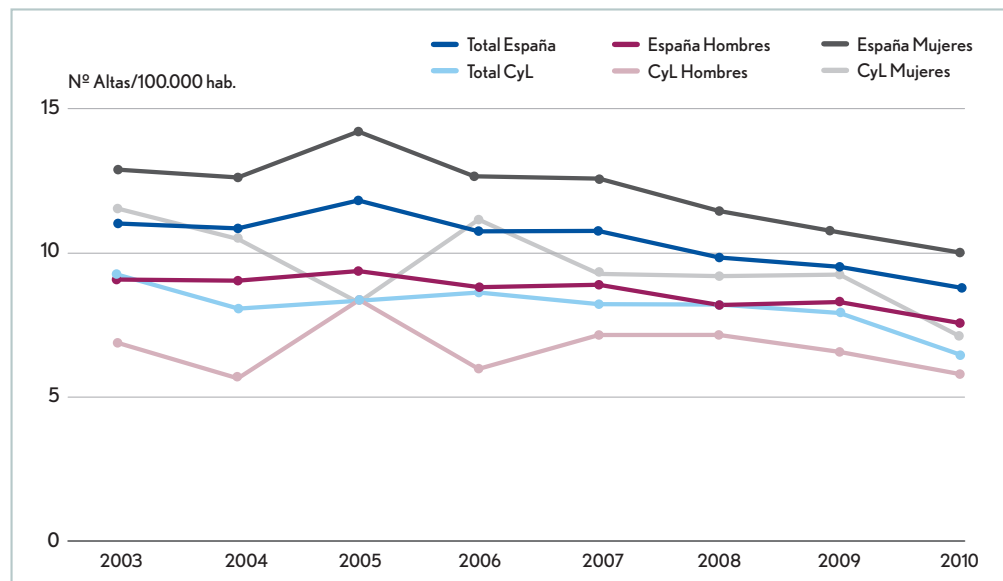
Fuente: Encuestas de Morbilidad Hospitalaria. INE

Figura 6.5. Tasa de altas hospitalarias por enfermedades inflamatorias, hereditarias, degenerativas y otros trastornos del sistema nervioso central y periférico en España y Castilla y León



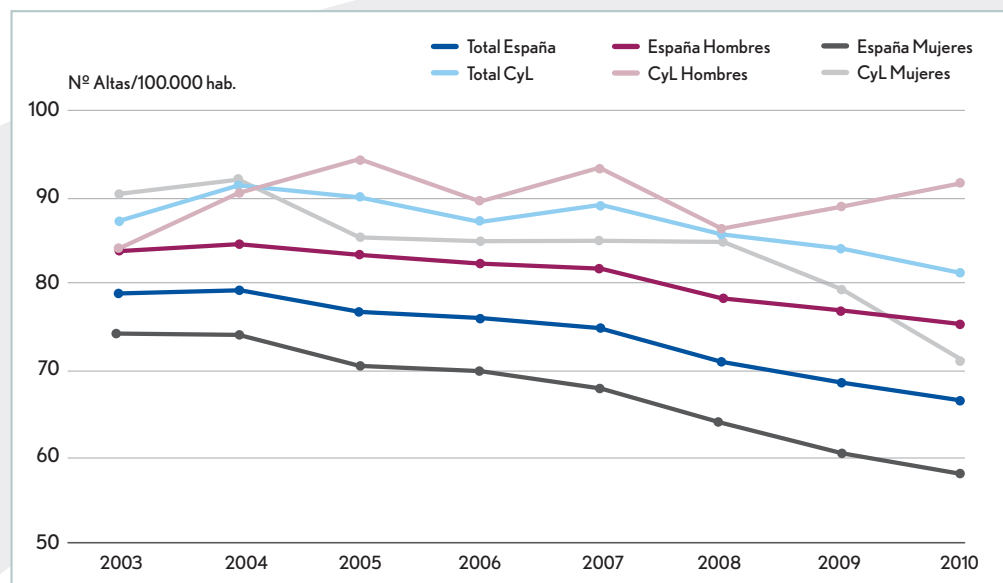
Fuente: Encuestas de Morbilidad Hospitalaria. INE

Figura 6.6. Tasa de altas hospitalarias por demencia senil, presenil y vascular en España y Castilla y León



Fuente: Encuestas de Morbilidad Hospitalaria. INE

Figura 6.7. Tasa de altas hospitalarias por diabetes mellitus en España y Castilla y León



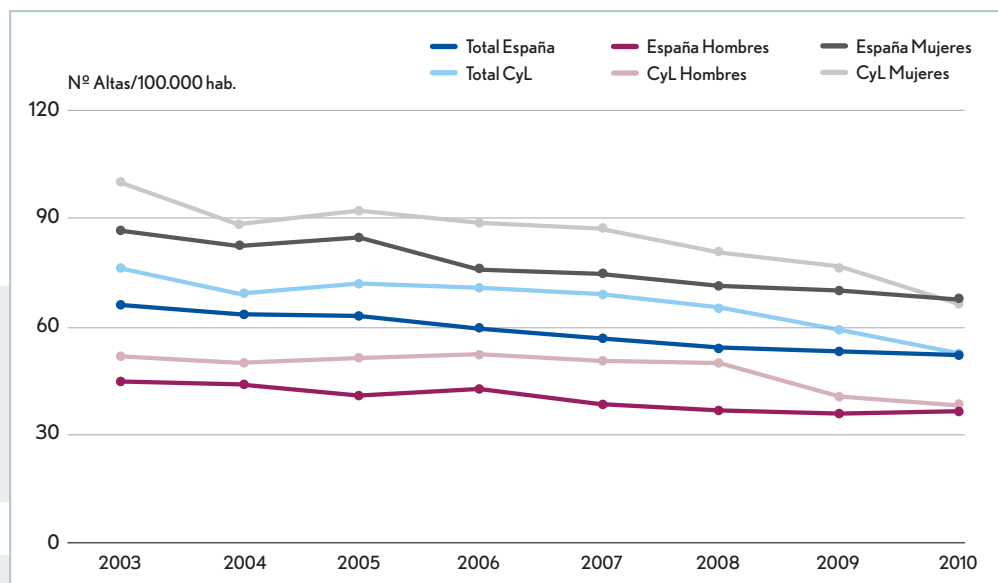
Fuente: Encuestas de Morbilidad Hospitalaria. INE

Figura 6.8. Tasa de altas hospitalarias por EPOC y bronquitis en España y Castilla y León



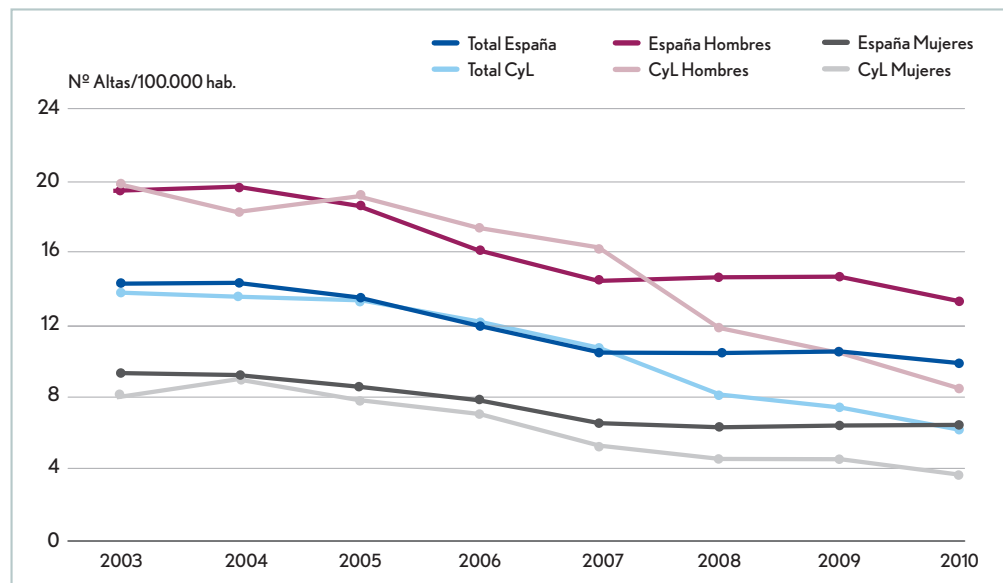
Fuente: Encuestas de Morbilidad Hospitalaria. INE

Figura 6.9. Tasa de altas hospitalarias por asma en España y Castilla y León



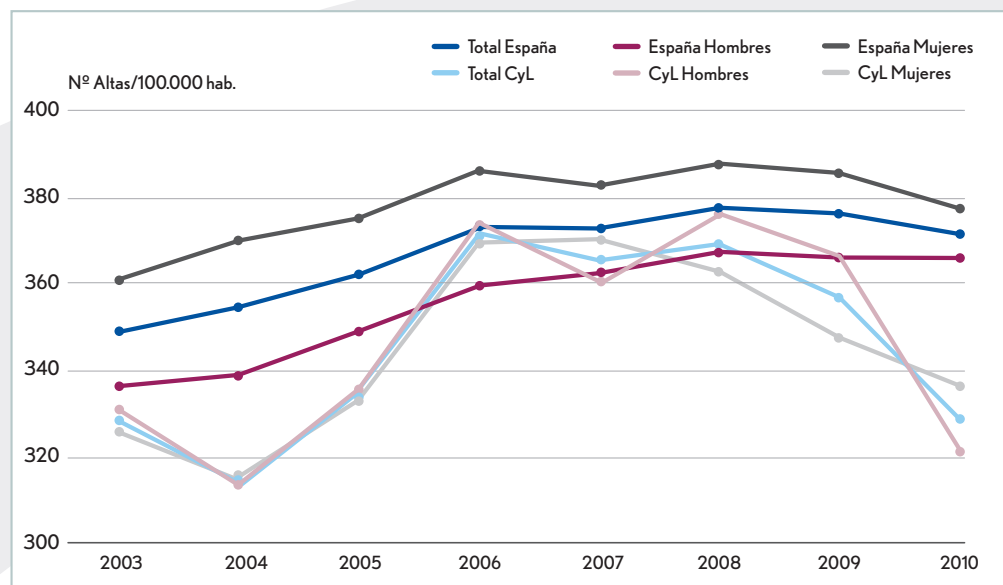
Fuente: Encuestas de Morbilidad Hospitalaria. INE

Figura 6.10. Tasa de altas hospitalarias por hepatitis viral en España y Castilla y León



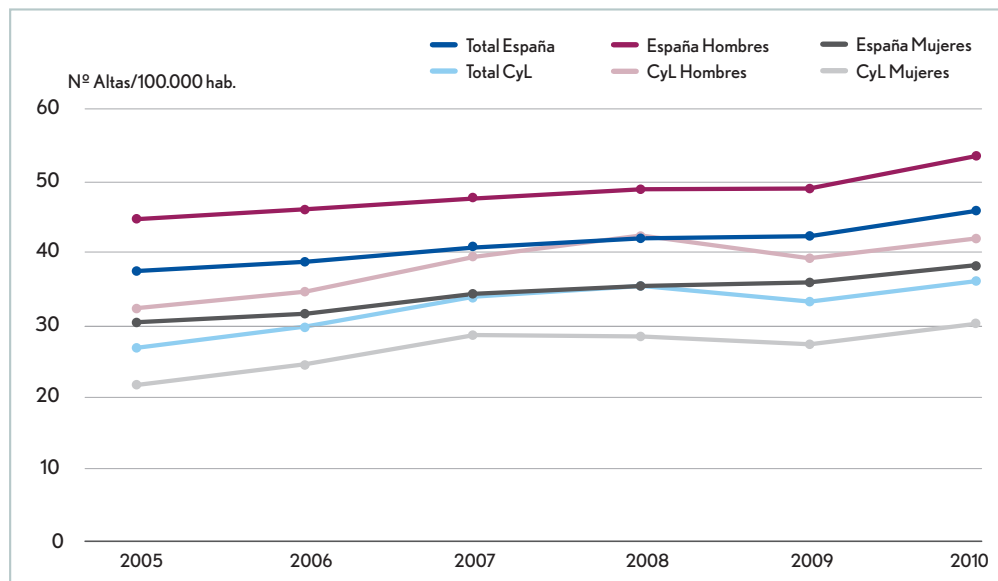
Fuente: Encuestas de Morbilidad Hospitalaria. INE

Figura 6.11. Tasa de altas hospitalarias por artropatías y trastornos relacionados en España y Castilla y León



Fuente: Encuestas de Morbilidad Hospitalaria. INE

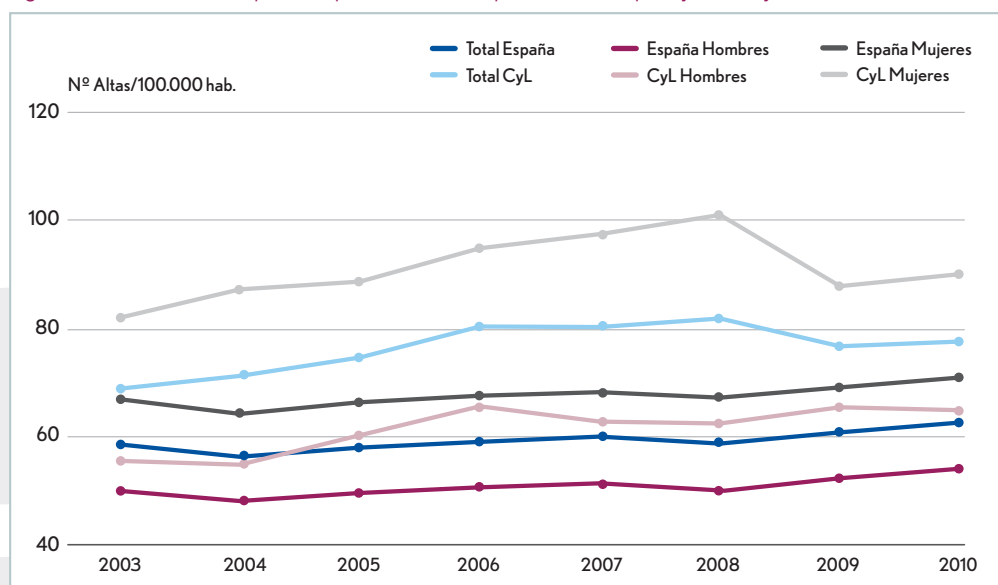
Figura 6.12. Tasa de altas hospitalarias por insuficiencia renal en España y Castilla y León



Fuente: Encuestas de Morbilidad Hospitalaria. INE. *2003 y 2004 no aparece por falta de homogeneidad en los datos disponibles

Asimismo, resulta interesante la evaluación de la enfermedad hipertensiva como uno de los principales factores de riesgo de las patologías crónicas.

Figura 6.13. Tasa de altas hospitalarias por enfermedad hipertensiva en España y Castilla y León



Fuente: Encuestas de Morbilidad Hospitalaria. INE

Detalle del consumo farmacéutico generado por patología crónica

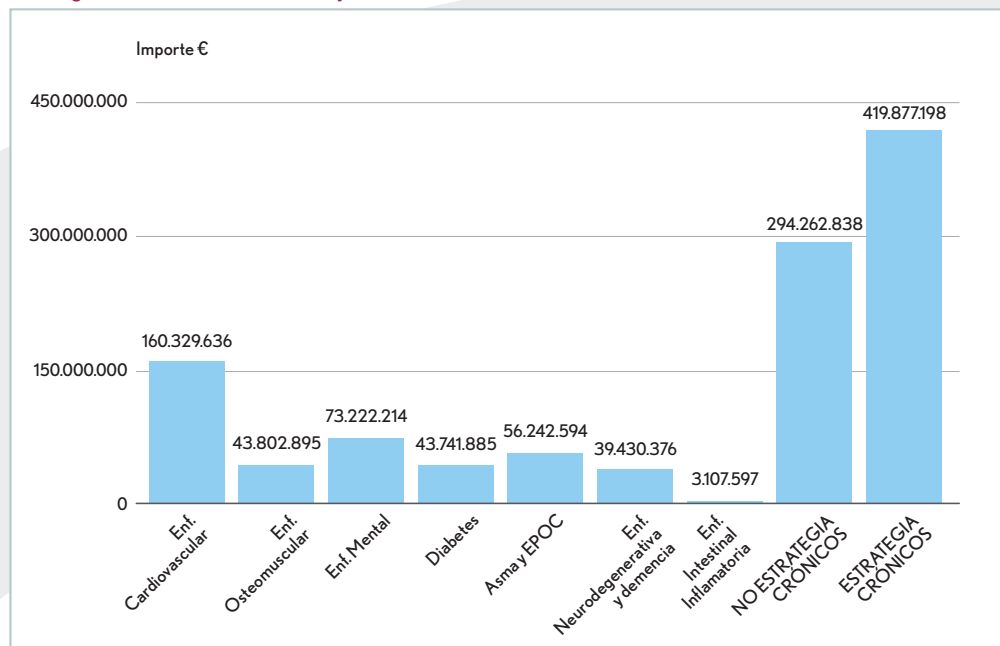
1. Medicamentos dispensados en oficina de farmacia con receta médica

Para analizar el peso del consumo de medicamentos dispensados con receta médica para pacientes crónicos, se han agrupado los medicamentos que pueden compartir indicación, de la siguiente forma:

- Cardiovascular: medicamentos utilizados en el tratamiento de las enfermedades del área cardiológica y en parte para el tratamiento del ictus, así como algunos que además de estar indicados en enfermedades cardiovasculares también son utilizados en pacientes sanos para controlar factores de riesgo cardiovascular, como los antihipertensivos e hipolipemiantes.
- Enfermedades mentales: antipsicóticos y antidepresivos.
- Enfermedades neurodegenerativas: fármacos para la demencia y antiparkinsonianos.
- Osteomusculares: medicamentos para la osteoporosis, antiinflamatorios no esteroideos, sales de oro, penicilamina, metotrexato.
- Se mantiene su correspondencia con las patologías a las que van dirigidos los medicamentos para el tratamiento del asma y EPOC, y diabetes.

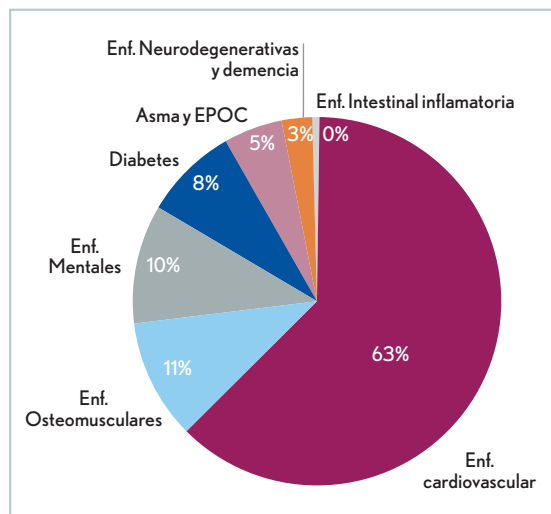
La suma de las recetas de medicamentos incluidos en los grupos anteriormente mencionados forma el gran grupo denominado total estrategia crónicos, y el resto de los medicamentos que no pertenecen a estos grupos se ha llamado medicación no estrategia crónicos aunque en este grupo hay bastantes medicamentos de uso crónico o continuado durante largos periodos como son: antivirales, antineoplásicos, antiepilépticos, medicamento para hipertrofia benigna de próstata, etc.

Figura 6.14. Importe de las recetas de medicamentos en patologías incluidas en la Estrategia de la cronicidad de Castilla y León. 2011



Fuente: Sacyl

Figura 6.15. Porcentaje de DDD de medicamentos incluidos en la Estrategia de la cronicidad de Castilla y León, 2011

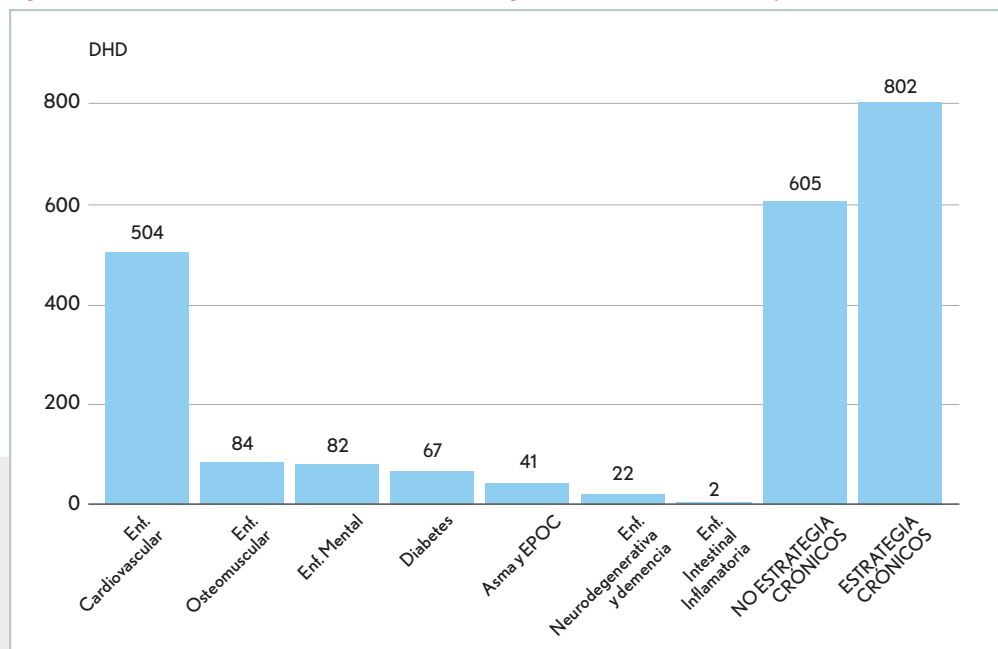


Fuente: Sacyl

Los datos se presentan en nº de Dosis Diarias Definidas DDD o en nº de DDD por cada mil habitantes y día DHD. Todos los datos tienen como fuente Concyliya y se refieren al periodo anual de 2011.

DDD = Dosis de mantenimiento promedio en la principal indicación de un fármaco en pacientes adultos. Se usa para cuantificar el consumo de medicamentos no se afecta por diferencias de precios o de tamaño de las presentaciones.

Figura 6.16. DHD de medicamentos incluidos en la Estrategia de la cronicidad de Castilla y León, 2011



Fuente: Sacyl

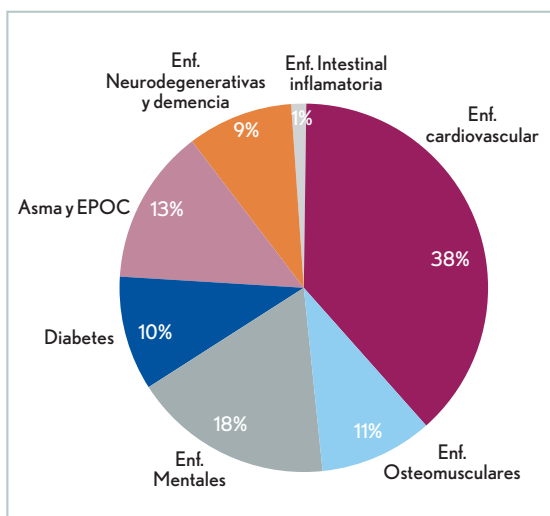
DHD = número de dosis diaria definida por 1.000 habitantes y por día, esta medida da una idea del número promedio de personas tratadas diariamente con un fármaco o grupo de fármacos en una región o país.

2. Medicamentos dispensados en los servicios de farmacia de los hospitales para patologías crónicas

Se muestran datos del consumo de medicamentos dispensados a pacientes ambulatorios (externos y ambulatorios) para las siguientes patologías: hepatitis B y C, enfermedad de Crohn, artritis reumatoide y otras patologías reumáticas, esclerosis múltiple, esclerosis lateral amiotrófica (ELA), insuficiencia renal crónica.

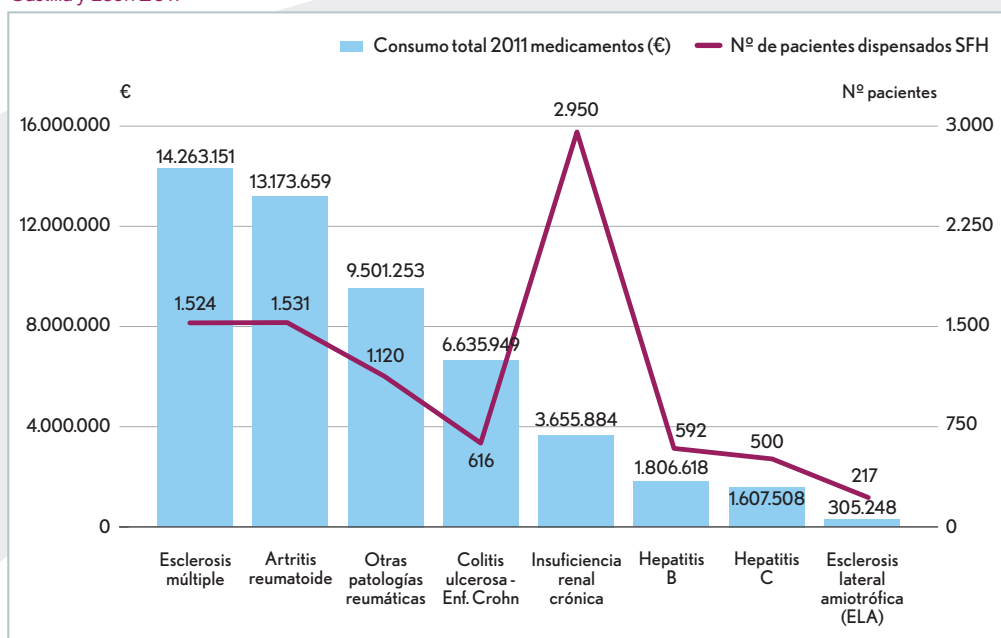
Es necesario tener en cuenta que estos datos no incluyen el consumo de medicamentos para estas patologías por pacientes hospitalizados. El coste total de estos medicamentos durante el año 2011 supuso el 26% del consumo total del paciente ambulatorio. No se ha incluido el consumo de pacientes ambulatorios de otras patologías crónicas no reflejadas en este documento (VIH, neoplasias, fibrosis quística, hemofilia, psoriasis, hipertensión pulmonar). Si se tienen en cuenta también éstas, supondrían el 81% del consumo total del paciente ambulatorio, y el 61% del consumo hospitalario total anual.

Figura 6.17. Porcentaje de importe de medicamentos incluidos en la Estrategia de la cronicidad de Castilla y León. 2011



Fuente: Sacyl

Figura 6.18. Consumo de medicamentos de dispensación hospitalaria en determinados procesos crónicos. Castilla y León 2011



Fuente: Sacyl

▶ VI.3

METODOLOGÍA DE TRABAJO

Metodología de elaboración de la Estrategia

Para la elaboración de esta Estrategia se definió un grupo técnico inicial de 44 participantes que, divididos en grupos, realizaron sus aportaciones a través de un foro específico del Portal de Salud.

A lo largo de varias semanas se elaboraron los contenidos del borrador de la Estrategia que se dio a conocer al Consejo Regional de Salud. Asimismo la Estrategia se remitió a todas las Consejerías de la Junta de Castilla y León. Finalmente se difundió, para la recepción de alegaciones, a Sociedades Científicas, Colegios Profesionales y Asociaciones de Pacientes y Familiares de Pacientes, de la Comunidad.

Con todas las aportaciones recibidas el equipo de redacción revisó y elaboró la versión final de la Estrategia.

Agradecimientos

Queremos agradecer su colaboración a todas las personas y entidades que han participado con sus sugerencias y observaciones en la preparación de esta Estrategia. Es fruto de un trabajo colectivo, gracias al cual esperamos conseguir mejorar la calidad de la atención a los pacientes crónicos en Castilla y León y mantener estos niveles de calidad en el tiempo.

Asimismo no sería posible introducir los cambios que se plantean sin la implicación de todos los profesionales que toman la dirección y gestión directa de muchos de los proyectos de esta Estrategia. Por ello, hay que reconocer el buen trabajo que ya realizan y el esfuerzo que supondrá abordar las modificaciones incluidas en la Estrategia.

Consejería de Sanidad.

▶ VI.4

BIBLIOGRAFÍA UTILIZADA Y CONSULTADA

1. Anderson G. Chronic Care: Making the Case for Ongoing Care. Princeton. Robert Wood Johnson Foundation, 2010. Disponible en: <http://www.rwjf.org/files/research/50968chronic.care.chartbook.pdf>.
2. Bodenheimer T, Wagner EH, Grumbach K. Improving Primary Care for Patients with Chronic Illness. JAMA. 2002; 288(14):1775-9. Part Two. JAMA 2002; 288(15):1909-14.
3. Busse R, Blümel M, Scheller-Kreinsen D, Zentner A. Tackling chronic disease in Europe - Strategies, interventions and challenges. European Observatory on Health Systems and Policies. 2010. Disponible en http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/96632/E93736.pdf
4. Coleman K, Austin BT, Brach C, Wagner EH. Evidence on the Chronic Care Model in The New Millennium. Health Affairs Jan/Feb 2009; 28 (1): 75. Disponible en: <http://content.healthaffairs.org/content/28/1/75.full.pdf+html>
5. Consejería de Sanidad de la Junta de Castilla y León. Guía de Actuaciones para la adaptación de la Estrategia en Diabetes del SNS en Castilla y León. Valladolid. Consejería de Sanidad. Junta de Castilla y León. 2010.
6. Consejería de Sanidad. Junta de Castilla y León. II Plan Sociosanitario de Castilla y León. Valladolid. Consejería de Sanidad. Junta de Castilla y León. 2003
7. Consejería de Sanidad. Junta de Castilla y León. III Plan de Salud de Castilla y León. Valladolid. Consejería de Sanidad. Junta de Castilla y León. 2008
8. Consejería de Sanidad. Junta de Castilla y León. Treinta proyectos y un marco para avanzar en calidad en el sistema público de salud de Castilla y León. Valladolid: Consejería de Sanidad de la Junta de Castilla y León. 2011.
9. Consejería de Sanidad. Junta de Castilla y León. Valoración y tratamiento del riesgo cardiovascular. Guía clínica basada en la evidencia. Valladolid: Gerencia Regional de Salud. 2008
10. Crosson FJ. 21st century health care-the case for integrated delivery systems. N Engl J Med. 2009; 361(14):1324-1325.
11. Curry N, Ham C. Clinical and service Integration. The route to improved outcomes. King's Fund 2010. Disponible en <http://www.kingsfund.org.uk/sites/files/kf/Clinical-and-service-integration-Natasha-Curry-Chris-Ham-22-November-2010.pdf>
12. Departamento de Sanidad y Consumo del País Vasco. Estrategia para afrontar el reto de la cronicidad en Euskadi. Bilbao: Departamento de Sanidad y Consumo del País Vasco; 2010. Disponible en: <http://cronicidad.blog.euskadi.net/proyecto-estrategico/>
13. NSW Chronic Care Program. Phase Three: 2006-2009. Disponible en: http://www0.health.nsw.gov.au/pubs/2006/pdf/chronic_3_executive.pdf
14. García-Goñi M, Hernández-Quevedo C, Nuño-Solinís R, Paolucci F. Pathways towards chronic-care focused healthcare systems: evidence from Spain. The London School of Economics and Political Science. Working paper. LSE Health N° 24. 2011
15. Gaskins M D. Demographic Change, Long-term Care and Chronic Disease Management. Country Report for Germany. 2010. Disponible en: www.mig.tu-berlin.de/fileadmin/.../2010.../Gaskins_LTC_and_DMPs_2010.pdf



16. Grupo de Trabajo de la Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI) y la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria (semFYC). Documento de consenso atención al paciente con enfermedades crónicas. 2011. Disponible en: www.opimec.org/.../declaracion-de-sevilla-atencion-al-paciente-con-enfermedades-cronicas/
17. HOPE - European Hospital and Healthcare Federation. Chronic diseases - A clinical and managerial challenge. 2010. Disponible en: http://www.hope.be/05eventsandpublications/docpublications/84_chronic-diseases/84_HOPE_Publication-Chronic_diseases-October_2010.pdf.
18. How can chronic disease management programmes operate across care settings and providers? European Observatory on Health Systems and Policies. 2008. Disponible en: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0009/75474/E93416.pdf
19. INE. Cifras de población y censos demográficos. Instituto Nacional de Estadística. INE base: demografía y población. Disponible en: http://www.ine.es/inebmenu/mnu_cifraspob.htm
20. INE. Encuestas de morbilidad hospitalaria. Instituto Nacional de Estadística. INEbase/Sociedad/Salud. Disponible en: http://www.ine.es/inebmenu/mnu_salud.htm
21. Integrated Strategy on Healthy Living and Chronic Disease. Public Health Agency of Canada. 2005.
22. Jadad AR, To MJ, Emara M, Jones J. Consideration of Multiple Chronic Diseases in Randomized Controlled Trials JAMA. 2011; 306(24):2670-2672.
23. Jordan JE, BriggsAM, Brand C A, Osborne RH . Enhancing patient engagement in chronic disease self-management support initiatives in Australia: the need for an integrated approach. Optimising care for people with chronic disease. 2008.
24. Lawn S, Battersby MW. Skills for person-centred care: health professionals supporting chronic condition prevention and self-management en D'Cruz HM, Jacobs SW, Schoo A. Knowledge-in-practice in the caring professions: Multi-disciplinary perspectives. Ashgate Publishing Ltd, England, 2009. Disponible en: http://www.improvingchroniccare.org/index.php?p=PACIC_Survey&s=36
25. Levesque JF, Feldman D, Dufresne C, Bergeron P, Pinard B, Gagné V. Barrières et éléments facilitant l'implantation de modèles intégrés de prévention et de gestion des maladies chroniques. Pratiques et Organisation des Soins volume 40 (4) 2009 Disponible en: http://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/Pos_094_Integration_de_la_prevention_aux_soins.pdf
26. Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del SNS.
27. Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia.
28. Ley 8/2010 de 30 de agosto, de Ordenación del Sistema de Salud de Castilla y León.
29. Ministerio de Sanidad y Política Social. Unidad de Pacientes Pluripatológicos: Estándares y Recomendaciones. Informes, estudios e investigación. Ministerio de Sanidad y Política Social. Madrid. 2009.
30. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Indicadores clave del Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Disponible en: http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/inclasSNS_DB.htm
31. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Portal estadístico del Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/home.htm>.

32. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad en el Sistema Nacional de Salud.
33. NHS. Improving care for people with long-term conditions (2008-2012). NHS. Institute for Innovation and Improvement. 2008.
34. Nolte E, Knai C, McKee M. Managing chronic conditions. Experience in eight countries. European Observatory on Health Systems and Policies. World Health Organization 2008. Disponible en: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/98414/E92058.pdf
35. Nolte E, McKee M. Caring for people with chronic conditions. A health system perspective. European Observatory on Health Systems and Policies. Observatory Studies Series. 2008. Disponible en http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/96468/E91878.pdf
36. NSW Chronic Care Program - Phase Three: 2006-2009. NSW Chronic Disease Strategy. NSW Department of Health. Australia. 2006
37. Nuño Solinis R. Buenas prácticas en gestión sanitaria: el caso Kaiser Permanente Rev Adm Sanit. 2007; 5(2):283-92.
38. Nuño Solinis R. Exploración conceptual de la atención integrada. En: Bengoa R, Nuño R, editores. Curar y Cuidar. Innovación en la gestión de enfermedades crónicas: una guía práctica para avanzar. Barcelona: Elsevier-Masson; 2008
39. Observatory on Health Systems and Policies. Caring for people with chronic conditions. A health system perspective. 2008. Disponible en: www.euro.who.int/document/e91878.pdf.
40. Ollero Baturone M, Álvarez Tello M, Barón Franco B, Bernabéu Wittel M, Codina Lanaspa A, Fernández Moyano A, y col. Atención a pacientes pluripatológicos: proceso asistencial integrado. Consejería de Salud. Junta de Andalucía; 2007.
41. Ollero Baturone M, Orozco Beltrán D, Domingo Rico C, y cols. "Declaración de Sevilla" conferencia nacional para la atención a pacientes con enfermedades crónicas. Rev Clin Esp 2011 (11):604-606.
42. OMS (WHO Regional Office for Europe and European Observatory on Health Systems and Policies). Sing D. How can chronic disease management programmes operate across care settings and providers? 2008. Disponible en: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0009/75474/E93416.pdf
43. OMS. Informe sobre la salud en el mundo. La atención primaria de salud, más necesaria que nunca. 2008. Disponible en: <http://www.who.int/whr/2008/es/index.html>
44. OMS. Noncommunicable diseases country profiles 2011. World Health Organization 2011. Disponible en: http://www.who.int/nmh/publications/ncd_profiles2011/en/index.html
45. OPS. Estrategia Regional y Plan de Acción para un enfoque integrado sobre la prevención y el control de las enfermedades crónicas. 2007. Disponible en: <http://www.paho.org/spanish/ad/dpc/nc/reg-strat-cncds.pdf>
46. Organización Mundial de la Salud. Declaración de Adelaida sobre la Salud en Todas las Políticas. 2010. Disponible: http://www.who.int/social_determinants/publications/isa/spanish_adelaide_statement_for_web.pdf
47. PAHO/WHO. Public policy instruments and institutional mechanisms for the creation of integrated health service delivery networks. En: Integrated Health Service Delivery Networks. Serie: Renewing Primary Health Care in the Americas N. 4. Pan American Health Organization 2011.



48. Parekh AK, Goodman RA, Gordon C, Koh HK. HHS Interagency Workgroup on Multiple Chronic Conditions. Managing multiple chronic conditions: a strategic framework for improving health outcomes and quality of life. Public Health Rep. 2011;126(4):460-471.
49. Rodríguez M, Urbanos R. Desigualdades sociales en salud. Factores determinantes y elementos para la acción. Barcelona: Elsevier-Masson; 2008.
50. Shaw S, Rosen R, Rumbold B. What is integrated care? Research report. UK: Nuffield Trust; 2011 Disponible en:
http://www.nuffieldtrust.org.uk/sites/files/nuffield/publication/what_is_integrated_care_research_report_june11_0.pdf
51. Sociedad Española de Directivos de Atención Primaria. Informe SEDAP 2011 Integración Asistencial ¿Cuestión de modelos? Claves para un debate. Disponible en: www.sedap.es/documentos/Informe_SEDAP_2011.pdf
52. Vázquez ML, Vargas I, Nuño R, Toro N. Organizaciones sanitarias integradas y otros ejemplos de colaboración entre proveedores. Informe SESPAS 2012. Gaceta Sanitaria; 2012
53. Villaplana Prieto C. Influencia del grado de dependencia sobre el gasto sanitario y social en Castilla y León. Revista de Investigación Económica y Social de Castilla y León, nº 14. Consejo Económico y Social. 2011 Disponible en : www.cescyl.es/publicaciones/revista.php
54. Wagner EH, Austin BT, Davis C, Hindmarsh M, Schaefer J, Bonomi A. Improving chronic illness care: translating evidence into action. Health Aff. 2001; 20(6):64-78. Disponible en:
<http://content.healthaffairs.org/cgi/content/full/20/6/64?eaf>
55. Wagner EH. Chronic disease management: what will it take to improve care for chronic illness? Eff Clin Pract. 1998; 1:2-4.
56. Weiss KB. Managing complexity in chronic care: an overview of the VA state-of-the-art (SOTA) conference. J Gen Intern Med. 2007;22(suppl 3) 374-378
57. World Health Organization. A strategy to prevent chronic disease in Europe. World Health Organization. 2004.
58. Yarnall KSH, Ostbye T, Krause KM, Pollak KI, Gradison M, Michener JL. Family physicians as team leaders: "time" to share the care. Prev Chronic Dis 2009 6(2). Disponible en:
http://www.cdc.gov/pcd/issues/2009/apr/pdf/08_0023.pdf
59. Zwar N, Harris M, Griffiths R, Roland M, Dennis S, Powell D. G; Hasan I. APHCRI stream four: A systematic review of chronic disease Management. 2006 The Australian National University. 2006. Disponible en: http://sgrhs.unisa.edu.au/CDSM/References/Approved_25_Zwar%5B1%5D.pdf

▶ VI.5

RELACIÓN DE TABLAS Y FIGURAS

Figuras

- Figura 2.1. Pirámide de población España - Castilla y León 2011.
- Figura 2.2. Evolución pirámide de población Castilla y León 2001-2011-2021.
- Figura 2.3. Esperanza de Vida (EV), Esperanza de Vida en Buena Salud (EVBS) y Esperanza de Vida Libre de Incapacidad (EVLI).
- Figura 2.4. Comparativa densidad de población 2011.
- Figura 2.5. Dotación de médicos y enfermeras en atención primaria y especializada 2010.
- Figura 2.6. Áreas y Zonas Básicas de Salud de Castilla y León - 2011.
- Figura 2.7. Estimación de prevalencia de algunos procesos crónicos en la población de Castilla y León - 2011.
- Figura 2.8. Número de actividades dirigidas a pacientes crónicos en atención primaria 2008-2011.
- Figura 2.9. Tasa de altas hospitalarias por 100.000 habitantes y grupos de edad en Castilla y León - 2011.
- Figura 2.10. Nº de altas en personas mayores de 65 años, por especialidades, en los hospitales de Sacyl - 2011.
- Figura 2.11. Nº medicamentos diferentes consumidos al mes por tramos de edad. Castilla y León - 2011.
- Figura 3.1. *The Chronic Care Model (CCM)*.
- Figura 3.2. *The Innovative Care for Chronic Conditions Framework (ICCC)*.
- Figura 3.3. Pirámide de Kaiser Permanente.
- Figura 4.1. Visión de la Estrategia de Atención al Paciente Crónico en Castilla y León.
- Figura 4.2. Criterios de estratificación de la población de Castilla y León.
- Figura 4.3. Mapa de procesos de la atención al paciente crónico.
- Figura 4.4. Desarrollo de la Estrategia de Atención a la Cronicidad.
- Figura 4.5. Esquema de la Estrategia de Atención al Paciente Crónico en Castilla y León
- Figura 5.1. Estructura organizativa de definición y despliegue de proyectos.
- Figura 5.2. Hoja de Ruta de la Estrategia de Atención al Paciente Crónico en el periodo 2013-2016.
- Figura 5.3. Matriz de priorización e identificación de "proyectos estrella".
- Figura 6.1. Tasa de altas hospitalarias por insuficiencia cardiaca en España y Castilla y León
- Figura 6.2. Tasa de altas hospitalarias por cardiopatía isquémica en España y Castilla y León

- Figura 6.3. Tasa de altas hospitalarias por trastornos de conducción y disritmias cardíacas en España y Castilla y León
- Figura 6.4. Tasa de altas hospitalarias por enfermedad cerebrovascular en España y Castilla y León
- Figura 6.5. Tasa de altas hospitalarias por enfermedades inflamatorias, hereditarias, degenerativas y otros trastornos del sist. nervioso central y periférico en España y Castilla y León
- Figura 6.6. Tasa de altas hospitalarias por demencia senil, presenil y vascular en España y Castilla y León
- Figura 6.7. Tasa de altas hospitalarias por diabetes mellitus en España y Castilla y León
- Figura 6.8. Tasa de altas hospitalarias por EPOC y bronquitis en España y Castilla y León
- Figura 6.9. Tasa de altas hospitalarias por asma en España y Castilla y León
- Figura 6.10. Tasa de altas hospitalarias por hepatitis viral en España y Castilla y León
- Figura 6.11. Tasa de altas hospitalarias por artropatías y trastornos relacionados en España y Castilla y León
- Figura 6.12. Tasa de altas hospitalarias por insuficiencia renal en España y Castilla y León
- Figura 6.13. Tasa de altas hospitalarias por enfermedad hipertensiva en España y Castilla y León
- Figura 6.14. Importe de las recetas de medicamentos en patologías incluidas en la Estrategia de la cronicidad de Castilla y León. 2011
- Figura 6.15. Porcentaje de DDD de medicamentos incluidos en la Estrategia de la cronicidad de Castilla y León. 2011
- Figura 6.16. DHD de medicamentos incluidos en la Estrategia de la cronicidad de Castilla y León. 2011
- Figura 6.17. Porcentaje de importe de medicamentos incluidos en la Estrategia de la cronicidad de Castilla y León. 2011
- Figura 6.18. Consumo de medicamentos de dispensación hospitalaria en determinados procesos crónicos. Castilla y León 2011

Tablas

- Tabla 3.1. Capacidades de un paciente activo
- Tabla 3.2. Beneficios de la transformación del modelo de prestación al paciente crónico.
- Tabla 4.1. Planificación estratégica.
- Tabla 5.1. Indicadores de evaluación.

