

Estrategia de abordaje
a la **cronicidad** en la
Comunidad Autónoma
de **Canarias**



CRONICIDAD

Estrategia de abordaje
a la **cronicidad** en la
Comunidad Autónoma
de **Canarias**




CRONICIDAD

© 2015

Gobierno de Canarias
Consejería de Sanidad
Servicio Canario de la Salud
Dirección General de Programas Asistenciales

Edición: Marzo de 2015

Con la colaboración de  janssen

EDITA:  **Entheos**

GRUPO EDITORIAL ENTHEOS, S.L.U.
Avda. Cerro del Águila, 2. Edificio 3 - Planta 4 - Puerta 11
28703 San Sebastián de los Reyes. Madrid

e-mail: entheos@editorialentheos.com

web: www.editorialentheos.com

ISBN: 978-84-606-6986-9

D.L.: M-10535-2015

Reservados todos los derechos. El contenido de esta publicación no puede ser reproducido ni transmitido por ningún procedimiento electrónico o mecánico, incluyendo fotocopia, grabación magnética, ni registrado por ningún sistema de recuperación de información, en ninguna forma, ni por ningún medio, sin la previa autorización por escrito del titular de los derechos de explotación de la misma.



Presentación

En primer lugar, quisiera aprovechar esta presentación para poner en valor y agradecer el esfuerzo de la comunidad profesional y científica constituida por profesionales de los distintos ámbitos asistenciales, equipos técnicos, gerentes y directivos de nuestro Servicio Canario de la Salud, que se han unido sinérgicamente para aceptar el desafío de recorrer un largo camino hacia la elaboración de esta Estrategia que, puesta al servicio ciudadano, permita el abordaje a la cronicidad de forma organizada en nuestra Comunidad Autónoma. La calidad de vida de nuestra ciudadanía, fundamentalmente de la que experimenta las vicisitudes de la enfermedad crónica, bien merece el esfuerzo.

A lo largo de las últimas décadas, en los países desarrollados, hemos asistido a un importante cambio del perfil del paciente en nuestros servicios de salud, que han estado enfocados al tratamiento de patologías eminentemente agudas y conlleva evolucionar hacia la capacidad de afrontar procesos que acompañarán al paciente durante un largo período de su vida, que en estos momentos está generando un significativo incremento de la frecuentación asistencial, del consumo de recursos y de las necesidades de inversión.

Según datos expuestos en el VI Congreso Nacional de Atención Sanitaria al Paciente Crónico de 2014, la atención a los pacientes crónicos en el conjunto del Sistema Nacional de Salud, suponía el 80% de las consultas en Atención Primaria; el 60% de los gastos hospitalarios y el 70% del gasto sanitario global, donde la atención al paciente crónico requiere un uso de recursos seis veces superior al resto de pacientes.

Hacer compatible la enfermedad crónica, con frecuencia compleja, con una adecuada calidad de vida no es tarea fácil aunque es la meta de los gobiernos para catalizar la evolución de una sociedad.



Presentación

La Consejería de Sanidad del Gobierno de Canarias no es ajena a los cambios históricos de diferente índole de un siglo tecnológicamente avanzado pero con necesidad de alternativas al nuevo diagnóstico de la situación, donde lo psicosocial debe contemplarse unido a la salud personal y comunitaria.

Nuestra Estrategia no sólo abarca el ámbito sanitario sino que incluye también el ámbito social y el entorno en el que se desenvuelve la persona, de ahí que, gracias al apoyo y colaboración de organizaciones como la Consejería de Educación, Universidades y Sostenibilidad y la Consejería de Cultura, Deportes, Políticas Sociales y Vivienda del Gobierno de Canarias, los cabildos y los ayuntamientos, entre otros, se han podido diseñar y establecer programas globales de soporte social y promoción de estilos de vida saludables, claves para la mejora de la salud y el bienestar general de la población canaria.

Así, la Estrategia de Abordaje a la Cronicidad en la Comunidad Autónoma de Canarias es, sobre todo, la oportunidad de reorganizarnos creativamente, compatibilizando nuestro patrimonio profesional con las acciones científicas, provocando un proceso de transformación que constituye una dinámica que exige mirar al paciente crónico de forma integral para abordar todas sus necesidades y fomentar su autogestión.

Ir más allá del modelo convencional de la asistencia dentro de los márgenes de una estrategia que canaliza el acierto de las intervenciones programadas, es un ineludible cometido que desembocará en una sociedad canaria moderna que quiere escribir su propia historia, esta vez en términos de salud.

En esta línea estamos ante un apasionante reto dirigido a continuar consiguiendo el cambio de nuestro Sistema de Salud hacia un nuevo modelo que debe dar respuesta a las necesidades, tanto actuales como de generaciones futuras.

Brígida Mendoza

Consejera de Sanidad del Gobierno de Canarias



Prólogo

La transformación de nuestra sociedad, tanto desde el punto de vista social como desde el epidemiológico, ha ido en paralelo a la del resto de España y a la de los países occidentales de nuestro entorno. A pesar de que nuestra población era una de las más jóvenes del país, en los últimos años, se está produciendo una aceleración progresiva del envejecimiento que paulatinamente nos está acercando a la media nacional; de igual forma nos estamos viendo afectados por la generalización de unos hábitos y estilos de vida que favorecen el desarrollo de patologías crónicas, de comorbilidades y de situaciones de mayor dependencia, como son la obesidad, el sedentarismo, el consumo de tabaco y alcohol, entre otros.

A esto, hay que sumarle como elemento diferencial de Canarias, su insularidad y la situación de ultraperiferia, que inciden de manera directa en la distribución irregular de la población entre las islas y en la necesidad de una organización de los recursos asistenciales adaptados a la misma.

Para la Estrategia de abordaje a la cronicidad en la Comunidad Autónoma de Canarias se parte de la transformación del sistema actual hacia un nuevo modelo que supere la atención fundamentalmente reactiva y a demanda que se está produciendo en estos momentos hacia un modelo proactivo, centrado en las necesidades del ciudadano, en el que se identifica a la persona y se personaliza su atención de acuerdo al nivel de desarrollo o riesgo de padecer patologías crónicas. Esto es clave, ya que esta estrategia no sólo se aplica a la persona enferma sino también a la sana con el objetivo de prevenir la aparición de este tipo de patologías a futuro.

En estos momentos se están reordenando los medios de los que disponemos para prestar una atención integral, más resolutive y equitativa, compartida y cooperativa, configurando un sistema que asegure la continuidad asistencial y permita mantener una atención coordinada del paciente entre los ámbitos asistenciales, Primaria y Especializada y, con el Sociosanitario, donde Atención Primaria tendrá un papel rele-



Prólogo

vante. También estamos poniendo en marcha actuaciones y herramientas que posibiliten el empoderamiento del paciente y de su cuidador, con el objetivo de conseguir una mayor involucración y capacitación de ambos, desempeñando un rol más activo en la gestión de la enfermedad, con el objetivo final de trabajar con el paciente y no sólo para el paciente. Todo lo anterior irá acompañado de un importante impulso a la prevención y a la promoción de la salud con el fin de conseguir un estado más saludable de la población de las islas Canarias, evitando o retrasando en la medida de lo posible la aparición y desarrollo de patologías crónicas, impulsando la adopción de hábitos saludables y actuando sobre los factores de riesgo, apoyados por las nuevas tecnologías que facilitarán todo el proceso.

Alineados con la Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad en el Sistema Nacional de Salud, nuestra meta es organizar nuestro sistema de salud adaptándolo a las necesidades de nuestros pacientes, así como facilitar que nuestros profesionales mejoren sus competencias y compartan información, agilizando así la transición del paciente entre ámbitos asistenciales. Para ello, es clave también disponer de herramientas tecnológicas que den soporte a todo el proceso. En definitiva, esto supone un verdadero cambio cultural que ha de estar apoyado en la aportación de nuestros profesionales, los cuales sin duda pondrán el máximo empeño en su implantación y, a los cuales quiero destacar por encima de todo como los verdaderos participantes y artífices de la mejora de nuestro sistema de salud y de la salud de la población canaria.

Juana María Reyes Melián

Directora del Servicio Canario de la Salud



Índice

Profesionales que han participado en el desarrollo de la Estrategia	11
Introducción	19
1. Canarias ante el reto de la cronicidad	25
1.1. Evolución de la población de Canarias	28
1.1.1. Impacto de las variables demográficas y sociales	28
1.1.2. Estructura de recursos disponibles adaptados a las necesidades poblacionales	37
1.2. Perfil epidemiológico a nivel regional	39
1.2.1. Hábitos, estilo de vida y factores de riesgo	39
1.2.2. Patologías crónicas	43
1.3. El impacto de las enfermedades crónicas en la población y en el Sistema Sanitario de Canarias	46
1.3.1. Limitaciones funcionales de las personas	46
1.3.2. Calidad de vida de la población	50
1.3.3. Uso y consumo de recursos	51

2. Marco para el desarrollo y orientación de la atención y gestión de enfermedades crónicas	61
2.1. La cronicidad, una preocupación mundial	63
2.1.1. Necesidades diferenciales del enfermo crónico	64
2.1.2. Modelos de referencia e intervenciones de atención a crónicos	66
2.2. Aplicación de los modelos de referencia en la práctica	73
2.2.1. Qué dice la evidencia de los abordajes estructurados	73
2.2.2. Estrategia nacional y otras experiencias en España	75
2.3. Iniciativas que abordan la cronicidad en Canarias	79
2.4. Oportunidades de transformación del Sistema Canario de Salud: hacia un nuevo modelo asistencial	83
2.4.1. Adaptación del Sistema de Salud de Canarias a un modelo de atención a la cronicidad	83
2.4.2. Análisis DAFO	86
2.4.3. Claves que deben orientar el nuevo modelo	90
3. Modelo de atención y gestión de la cronicidad	95
3.1. Bases de la estrategia: Hoshin Kanri y Mapa Estratégico	97
3.2. Misión, visión y principios	100
3.2.1. Misión	100
3.2.2. Visión	101
3.2.3. Principios inspiradores de la Estrategia	102
3.3. Nuevo proceso de atención integral a la cronicidad	103
3.3.1. Modelo de atención global a la cronicidad	105
3.3.2. Proceso normalizado de atención al paciente crónico	108
3.3.3. Herramientas y sistemas de soporte	116

3.4. De la estrategia a la táctica	119
3.4.1. Objetivos estratégicos	119
3.4.2. Líneas estratégicas	121
3.4.3. Proyectos	123
4. Modelo de despliegue	143
4.1. Plan de acción y calendario de despliegue de los proyectos	146
4.2. Mecanismo de control y seguimiento del plan	149
4.2.1. Estructura de control y seguimiento de la Estrategia	151
4.2.2. Áreas de Evaluación	152
4.3. Comunicación y difusión	156
Anexos	159
Anexo A. Siglas y abreviaturas	161
Anexo B. Referencias bibliográficas	165
Anexo C. Índice de figuras	175
Anexo D. Definición de conceptos asociados a la cronicidad	181
Anexo E. Metodología y grupos de trabajo constituidos para la definición de la Estrategia	185



Profesionales que han participado en el desarrollo de la Estrategia

DIRECTORA GENERAL DE PROGRAMAS ASISTENCIALES

Pérez Pérez, Antonia María

COORDINADORA ESTRATEGIA

Tristancho Ajamil, Rita

*Jefa de Servicio de Atención Primaria. DGPPAA**

GRUPO COORDINADOR CENTRAL

Company Sancho, María Consuelo

Técnica de Servicio de Atención Primaria. DGPPAA

Flórez-Estrada Fernández, María Teresa

Jefa de Servicio de Atención Especializada. DGPPAA

Lobato González, Javier

Técnico del Servicio de Atención Primaria. DGPPAA

*DGPPAA: Dirección General de Programas Asistenciales.



Profesionales que han **participado**
en el **desarrollo** de la **Estrategia**

Sánchez Janáriz, Hilda

Jefa de Servicio de Evaluación de la Calidad Asistencial y Sistemas de Información. DGPPAA

Tristancho Ajamil, Rita

Jefa de Servicio de Atención Primaria. DGPPAA

GRUPO REDACTOR Y REVISOR

Brito González, María Lourdes

Técnica del Servicio de Atención Primaria. DGPPAA

Burgazzoli Samper, Juan Luis

*Técnico de la Unidad de Apoyo de Desarrollo Estratégico. Gerencia Atención Primaria.
Área de Salud de Gran Canaria*

Company Sancho, María Consuelo

Técnica del Servicio de Atención Primaria. DGPPAA

De la Nuez Viera, Fidelina

Jefa de Servicio Uso Racional del Medicamento y Control de la Prestación. DGPPAA

De la Vega Prieto, Mariola

Jefa de Servicio de Programas Oncológicos. DGPPAA

Estupiñán Ramírez, Marcos

Coordinador Funcional Historia de Salud DRAGO-AP. Servicio de Atención Primaria. DGPPAA

Flórez-Estrada Fernández, María Teresa

Jefa de Servicio de Atención Especializada. DGPPAA

Gutiérrez Perera, Dominga

Técnica del Servicio de Atención Especializada. DGPPAA



Profesionales que han **participado**
en el **desarrollo** de la **Estrategia**

Hernández Rodríguez, Miguel Ángel

Técnico de la Unidad de Apoyo. Plan de Salud. Dirección del Servicio Canario de la Salud

Lobato González, Javier

Técnico del Servicio de Atención Primaria. DGPPAA

Marrero Díaz, Dolores

Médica de Familia de Equipo de Atención Primaria. CS. Güímar. Área de Salud de Tenerife

Núñez Díaz, Salvador

Jefe de Servicio de Gestión de la Demanda Asistencial. DGPPAA

Peña González, Angelines

Coordinadora del Área Asistencial Sociosanitaria. DGPPAA

Peña Morant, Vicente

Coordinador Autonómico de Trasplantes. DGPPAA

Pérez Carrillo, María Alicia

*Enfermera. Servicio de Urgencias de Los Realejos. Gerencia de Atención Primaria.
Área de Salud de Tenerife*

Pérez Mendoza, Josefa Maila

Técnica del Servicio Uso Racional del Medicamento y Control de la Prestación. DGPPAA

Ponce González, Miguel Ángel

*Jefe de Servicio de HADO**. Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín*

Quilez Pina, Raquel María

Coordinadora del Servicio de Geriatría. Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria

**Hospitalización a Domicilio.



Profesionales que han **participado**
en el **desarrollo** de la **Estrategia**

Rodríguez Delgado, Teresa

Jefa de Sección de Atención Especializada. DGPPAA

Rodríguez Moreno, Fermín

Jefe de Servicio de HADO y Crónicos. Complejo Hospitalario Universitario de Canarias

Sánchez Janáriz, Hilda

Jefa de Servicio de Evaluación de la Calidad Asistencial y Sistemas de Información. DGPPAA

Sánchez Padilla, Antonio

Jefe de Servicio de Salud Mental. DGPPAA

Suárez Cabrera, Mercedes

*Coordinadora del Proyecto de Atención Integral al Paciente Frágil.
Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno Infantil*

Suárez Hernández, Dolores

*Responsable para la Continuidad de Cuidados entre Ámbitos Asistenciales.
Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno Infantil*

Suárez López de Vergara, Rosa Gloria

Técnica del Servicio de Promoción de la Salud. Dirección General de Salud Pública

Tristancho Ajamil, Rita

Jefa de Servicio de Atención Primaria. DGPPAA

Hernández Martín, José Antonio

Colaborador KPMG

Martínez Gamote, Daniel

Colaborador KPMG

PARTICIPANTES

I JORNADA DE TRABAJO PARA REDEFINIR EL MODELO MEJORANDO LA EFICIENCIA

Abella Vázquez, M^a Lucy

Amador Demetrio, María Dolores

Betancor León, Pedro

Brito González, Lourdes

Cabrera Mateos, José Luis

Caramés Hermo, Juan Carlos

Carrillo Ojeda, Patricia

Company Sancho, María Consuelo

Corujo Rodríguez, Elisa

Damas Plasencia, Lila

De Armas Felipe, José

Duarte Curbelo, Ángela

Estupiñán Ramírez, Marcos

Ferraz Gerónimo, Francisco

García, Javier

Gerónimo Sánchez, Francisco

Gómez López, Olga Tatiana

González Melián, Teresa

González Pérez, Ana

Hernández Díaz, Francisco

Hernández González, Elizabeth

Hernández Fleta, José Luis

Jiménez Ramos, Octavio

Jorge Acosta, Carlos

Lastres Brey, Tania Luisa

Layne Cerdeña, Pedro

López Puech, Ignacio

Mahtani Chugani, Vinita

Medina García, José Alejandro

Medina Pérez, Milagrosa

Mendoza Betancor, Brígida

Moreno Miranda, Rafael

Naranjo Sintés, Víctor

Ocaña Valero, José Miguel

Ojeda Sosa, Ana

Paz Maya, Ruth

Peña González, Angelines

Pérez Cánovas, M^a Elena

Pintado Pico, Juan Ignacio

Reyes Rodríguez, José Félix

Rodríguez Álvarez, Martín

Rodríguez Moreno, Fermín



Profesionales que han **participado**
en el **desarrollo** de la **Estrategia**

Rodríguez Moreno, Sinfioriano
Rubiralta Juanola, Concha
Sánchez Ciudad, Teresa
Sánchez Janáriz, Hilda
Siverio, José Luis

Suleimán Padrón, Javier
Tristancho Ajamil, Rita
Vera González, Lourdes
Viña Rodríguez, José Juan

PARTICIPANTES IEMAC

PARTICIPANTES GRUPO MACRO GESTIÓN

Barbosa Ramírez, Susana
Carrillo Ojeda, Patricia
Company Sancho, María Consuelo
Cueto Serrano, Mercedes
De Guzmán Pérez, Domingo
De la Nuez Viera, Fidelina
Díaz-Flores Estévez, José Fernando
Estupiñán Ramírez, Marcos
Flórez-Estrada Fernández, María Teresa
Fraguela Gil, Blanca
Fuentes Galindo, M^a Isabel
García Huertes, Leonor
Gil Navarro, Zaira
Hernández Dorta, M^a Carmen
Herrera Armas, Manuel Jesús

Izquierdo Botella, José
Jorge Acosta, Carlos
Mendoza Betancor, Brígida
Naranjo Sintés, Víctor
Núñez Díaz, Salvador
Peña González, Angelines
Pereira Miragaia, José
Pérez Pérez, Antonia
Reyes Melián, Juana M^a
Rodríguez Hernández, Aurelio Pastor
Rodríguez Palmero, Isabel
Sánchez Hernández, José Miguel
Sánchez Janáriz, Hilda
Serrano Aguilar, Pedro
Tristancho Ajamil, Rita



Profesionales que han **participado**
en el **desarrollo** de la **Estrategia**

PARTICIPANTES GRUPO MESO GESTIÓN

Abella Vázquez, Lucía
Brito González, Lourdes
Díaz Berenguer, José Antonio
Ferraz Jerónimo, José Francisco
Gálvez Alcázar, Macarena
González Caballero, Lucas
González Ramos, M^a del Cristo
González Sansó, Alicia
Hernández Díaz, Francisco
Iglesias Neiro, M^a Soledad

Jiménez Ramos, Octavio
López Navarro, Ana Teresa
Martín González, Juan Carlos
Medina Pérez, Milagrosa
Pérez Cánovas, Elena
Ponce González, Miguel Ángel
Rodríguez Moreno, Fermín
Sánchez Ciudad, M^a Teresa
Vázquez Díaz, José Ramón
Vera Armas, Fara M^a

PARTICIPANTES GRUPO MICRO GESTIÓN

Caballero Figueroa, Águeda
Cabrera Guerra, Jonás de la Cruz
Cabrera Mateos, José Luis
Delgado Estévez, Juan Luis
Estévez Jorge, Salvador
Gil Martín, Alicia
González Córcoles, Isabel
González Martín, Isidro
Hernández Alonso, Julio
Hernández Pérez, Roberto

Layne Cerdeña, Pedro
Martín Torres, Marina
Mendoza Luzardo, M^a Carmen
Moreno Pérez, Raquel
Pérez Correa, Sofía
Rodríguez Bermejo, Juan C.
Rodríguez Moreno, Sinfiriano
Sánchez García, M^a Isabel
Suárez Hernández, María Dolores
Suárez Ortega, Saturnino



Profesionales que han **participado**
en el **desarrollo** de la **Estrategia**

GRUPOS DE TRABAJO DE ANÁLISIS Y DEFINICIÓN DE ACCIONES DE MEJORA

Amador Demetrio, María Dolores

Barrios Torres, Rosario

Brito González, Lourdes

Company Sancho, María Consuelo

De la Huerga Moreno, Santiago

Duarte Curbelo, Ángela

Estupiñán Ramírez, Marcos

Flórez-Estrada Fernández, María Teresa

González del Pino, Carolina

Guerra Pérez, Alejandro

Hernández Gallego, María Regla

Lobato González, Javier

López Cavero, Javier

Robaina Rodríguez, Benito

Sánchez Janáriz, Hilda

Tristancho Ajamil, Rita



Introducción

“En un contexto de envejecimiento de la población, aumento de la carga de las enfermedades crónicas y crecimiento de la demanda de atención sanitaria, [...] apoyaré los esfuerzos destinados a hacer que los sistemas de salud sean más eficientes e innovadores”

Dr. Vytenis Andriukaitis

Comisario Europeo de Salud y Política de Consumidores

Las enfermedades crónicas suponen en la actualidad uno de los mayores retos a los que se deben enfrentar los sistemas de salud y la sociedad en general. Las causas son múltiples, pero la más relevante se encuentra en los **cambios demográficos** en los países desarrollados donde se ha producido una tendencia muy marcada hacia el envejecimiento de la población, gracias al incremento de la esperanza de vida y a una menor tasa de natalidad. En Canarias, aún con una población más joven que la media nacional el ritmo de envejecimiento es mayor que el del resto de España, según las proyecciones de población para los próximos 10 años, el índice de envejecimiento alcanzaría una tasa del 18,9%, acortándose de esta forma la diferencia respecto a la media nacional cerca de medio punto en dicho período, esto deriva de que el crecimiento del envejecimiento en Canarias supondrá más de cuatro puntos sobre el momento actual.

Otro efecto relevante en la aparición de dichas patologías y su desarrollo es la generalización en la sociedad de unos **estilos de vida poco saludables**, como son la mala alimentación, la falta de actividad física, el tabaquismo, etc. Esto incide de manera directa en el incremento de la incidencia de factores de riesgo como la hipertensión o la hipercolesterolemia que pueden afectar no sólo a la aparición precoz de



Introducción

estas patologías sino a un rápido empeoramiento de las mismas y a la aparición de comorbilidades que hacen más compleja la atención al paciente. Canarias, desde el punto de vista de los factores de riesgo, el perfil de hábitos y los condicionantes de salud, se posiciona en línea con la media española. Entre estos aspectos destaca especialmente la presencia de personas con un exceso de peso, que aunque con escasa diferencia respecto de los valores a escala nacional, supone un 53,3% del total de la población adulta y un 44,2% de la población infantil.

Todo este proceso contribuye también a un deterioro progresivo de la condición física que acaba facilitando la **aparición de enfermedades crónicas**, y a las limitaciones funcionales comúnmente asociadas a ellas que derivan en una mayor dependencia. Según la prevalencia registrada en Drago AP en 2014, un 26,4% de las mujeres y un 22,0% de los hombres mayores de 14 años han desarrollado una o más patologías crónicas. Cabe destacar en Canarias la prevalencia de depresión crónica, con un impacto significativo en las mujeres, alcanzando al 12,6% de las mayores de 14 años. En cambio, los hombres presentan mayores índices que las mujeres en diabetes, EPOC y cardiopatía isquémica, situándose en ratios que van desde el 12% de prevalencia de la primera al 3,6% la última para varones mayores de 14 años. Adicionalmente, artrosis, artritis y reumatismos afectan a cerca de 1 de cada 5 personas en ambos sexos.

La complejidad en el manejo de estas patologías se agrava al desarrollar los pacientes varios procesos patológicos al mismo tiempo. En Canarias, la **incidencia de la multimorbilidad es elevada**; en concreto, según los datos de Drago AP, un 27,6% de mujeres y un 30,2% de varones mayores de 14 años con enfermedades crónicas sufren dos o más patologías.

Estas enfermedades, de duración indefinida y el deterioro progresivo del paciente, implican un **mayor uso de los recursos asistenciales**, de forma continua y creciente en el tiempo. Así, en la actualidad se calcula que un paciente mayor crónico de alta complejidad del Servicio Canario de la Salud puede estar suponiendo un gasto farmacológico 20-30 veces superior al de un paciente adulto sano de media al año. Y ello, sin considerar las necesidades asociadas a ámbitos no sanitarios como el sociosanitario: atención residencial, centro de día, etc.

En la valoración que ha hecho a nivel interno el Servicio Canario de la Salud en relación a su adaptación a los retos que le plantea la cronicidad, se ha identificado que el nivel de adaptación a esta nueva realidad está en una fase muy inicial y, se ha considerado clave que haya un compromiso por parte de toda la organización en la mejora de la atención de este tipo de pacientes para **evolucionar de una cultura de curar a una cultura de cuidar**. Esto es, pasar de una asistencia reactiva, fragmentada y focalizada en

el proceso agudo a un nuevo modelo de atención que permita afrontar de forma sistemática e integral el reto que supone el abordaje de la cronicidad, reorientando los recursos para lograr una atención al paciente más proactiva y eficiente, que prevenga su deterioro y que garantice la continuidad del tratamiento, incidiendo en última instancia en una mejora de los resultados en salud.

Para afrontar una transformación como la planteada, reto al cual se están enfrentando ya la mayor parte de países avanzados del mundo y que en España ha dado lugar a la Estrategia de Abordaje de la Cronicidad en el SNS y al desarrollo de varias iniciativas y planes específicos a nivel autonómico, debe definirse e implantarse una estrategia que lo posibilite, para lo cual en Canarias se han definido los siguientes principios:

1. Reorientar la asistencia hacia un **modelo proactivo** focalizado en la prevención, superando la reactividad actual en la atención del paciente agudo.
2. Situar al **paciente como centro del sistema**, pivotando los recursos en base a sus necesidades de formación, información y/o asistencia.
3. Enfoque de **salud poblacional**, personalizando la atención a partir de una identificación y segmentación de la población en base al nivel de cuidados a aplicar por el riesgo y el nivel de desarrollo de patologías crónicas.
4. Aumentar la **resolutividad** a partir de una mayor capacidad en Atención Primaria, siendo ésta el eje principal sobre el que se centra la atención al paciente crónico.
5. Efectiva **integración de la atención** al paciente crónico entre niveles asistenciales, asegurando asimismo la continuidad con el ámbito sociosanitario.
6. **Empoderamiento y autonomía del paciente**, impulsando su participación y competencia, la corresponsabilidad en la gestión de su patología y el autocuidado, empleando las posibilidades que ofrecen las nuevas tecnologías.

En su consecución, nos vamos a apoyar en nuestros propios profesionales como partícipes en la definición del nuevo marco de actuación para una gestión integral de la cronicidad desde una perspectiva poblacional, aprovechando las capacidades humanas, las nuevas tecnologías y los recursos de los que el sistema ya dispone en estos momentos. Entre otras actuaciones, se apoyará especialmente la potenciación de capacidades y competencias de los profesionales sanitarios que faciliten las nuevas formas de trabajo y de relación con los pacientes, aplicando la gestión por casos para los pacientes de mayor com-



Introducción

plejidad e impulsando la figura de la **enfermera gestora de casos**, así como grupos multidisciplinares de profesionales bien definidos y coordinados entre AP-AE que serán la clave para el manejo integral de estos pacientes crónicos de alta complejidad. Para facilitar una correcta identificación de los pacientes de alta complejidad, se han definido criterios de selección asociados a la valoración de la multimorbilidad, la salud mental, el uso frecuente de recursos asistenciales, la capacidad funcional, el deterioro cognitivo y las condiciones sociales del paciente.

Adicionalmente, se orientará el sistema hacia la innovación constante y continua, en la medida en que las necesidades de la población (y su propio contexto socio-económico) vayan variando, y aparezcan nuevas tecnologías que posibiliten una mejor atención al paciente crónico. Esta transformación y el cambio cultural del Sistema de Salud en Canarias se han de materializar en tres resultados fundamentales:

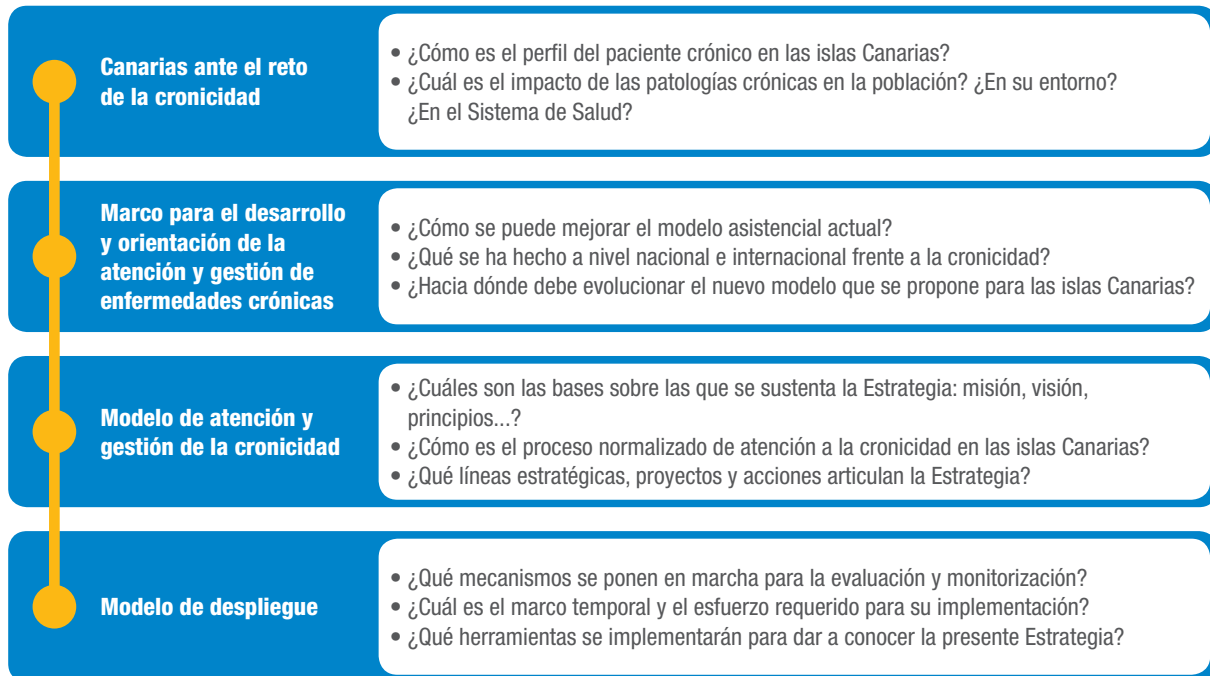
1. Fomentar una **mejora de la salud de los ciudadanos** de las islas Canarias, por un lado evitando o retrasando la aparición de procesos crónicos en la población sana con un enfoque transversal en el que colaboren diferentes organizaciones además de la sanitaria y por otro, retrasando el avance y los agravamientos evitables de patologías ya desarrolladas a partir de mecanismos de prevención y coordinación en los que influyan tanto el paciente, más autónomo en la gestión de su enfermedad, como la organización sanitaria, más proactiva en la detección y resolución precoz de factores desencadenantes de reagudizaciones.
2. Apoyar la **excelencia y la motivación de nuestro equipo de profesionales**, facilitándoles los medios de apoyo a nivel formativo e informativo necesarios para el cambio en las formas de trabajo que se derivan del nuevo enfoque a la cronicidad, además de potenciar las actividades de investigación en este ámbito de nuestra red asistencial y, facilitar la introducción y generalización de innovaciones y “mejores prácticas” que se generen en los centros asistenciales.
3. Asegurar una adecuada **sostenibilidad del sistema de salud** público en Canarias a medio y largo plazo, a partir de un uso más eficiente de los recursos asistenciales, tanto en utilización de los servicios sanitarios como en los consumos derivados de una mayor coordinación interna y el uso de nuevas tecnologías que adapte el nivel de cuidados del paciente a su nivel de riesgo y a sus necesidades reales.

En un proyecto de esta envergadura es imprescindible la dedicación, el apoyo y el compromiso de todos los profesionales del Servicio Canario de la Salud, de ahí que para la definición de la Estrategia se haya contado con el trabajo, el esfuerzo, el apoyo y la dedicación **de más de 150 profesionales** de nuestra red asistencial, organizados en **varios equipos de trabajo**.

Todos ellos han permitido, a través de la metodología y sistemática establecida (Hoshin Kanri), la definición de las 5 líneas estratégicas, 13 proyectos y 41 iniciativas diferentes que configuran esta Estrategia.

La Estrategia de Abordaje a la Cronicidad, que se desarrollará a continuación, seguirá el siguiente orden dando respuesta a un conjunto de cuestiones clave (Figura 1).

Figura 1. Cuestiones clave a las que responde la Estrategia
Estructura de la Estrategia de Abordaje a la Cronicidad



Fuente: Elaboración propia.



1

**Canarias
ante el reto
de la cronicidad**

CRONICIDAD



1

Canarias ante el reto de la cronicidad

Los cambios demográficos que se han producido en Canarias en los últimos 50 años, al igual que ocurre en el resto de España, han transformado el patrón de población de la región, pasando de ser una de las poblaciones más jóvenes del país a sufrir un **rápido y progresivo envejecimiento** sobre todo en el rango de población situado entre los 65 y 80 años. Las razones fundamentales estriban en el cambio de sus indicadores demográficos esenciales: una fecundidad a la baja que en medio siglo se ha reducido a la mitad, una tasa de mortalidad que también se ha reducido debido a las mejoras en las condiciones de vida (económicas y sanitarias) y que está por debajo de la media nacional, así como a un incremento relevante de la esperanza de vida.

Canarias además posee unas características propias y diferenciales del resto del país derivadas de su geografía, y que inciden con especial importancia en su estructura poblacional: **insularidad y ultraperiferia**; lo que hace que cada isla tenga sus propias peculiaridades, como por ejemplo islas con un envejecimiento por encima de la media nacional como son El Hierro, La Gomera y La Palma.

Aunque la población de Canarias es más joven que la media nacional, se ha visto afectada de igual forma por la generalización de unos **hábitos y estilos de vida que favorecen el desarrollo de patologías crónicas**. Además del consumo de tabaco y alcohol, es especialmente relevante la existencia de valores de obesidad por encima de los datos nacionales tanto en población adulta como en infantil. Esto favorece que los principales factores de riesgo en el desarrollo de patologías crónicas, como son la hipertensión y la dislipemia, se sitúen también ligeramente por encima de la media nacional.

El efecto directo en la población de unos datos elevados en los factores de riesgo dará lugar en el futuro a un incremento importante en la aparición y en la prevalencia de enfermedades crónicas. En Canarias es particularmente destacable la presencia de diabetes, ciertas enfermedades mentales, como la ansiedad y la depresión, así como artritis, artrosis y reumatismos, con el consiguiente impacto en una mayor presión asistencial tanto en Atención Primaria como Especializada y un importante consumo de recursos asistenciales vinculados a un porcentaje limitado de pacientes.

Este tipo de procesos requieren un alto consumo de recursos sanitarios, por lo que el incremento de la demanda generado por las enfermedades crónicas ha tenido un importante efecto en el **incremento del gasto sanitario en los últimos años**, que se verá agravado en los próximos años si no se toman medidas. De ahí la importancia de prevenir tanto el desarrollo como la evolución de este tipo de enfermedades ya que impactan en el control y los resultados en salud de la población, especialmente los pacientes crónicos, así como en el grado de eficiencia actual y la sostenibilidad a futuro del sistema sanitario de Canarias.

1.1. Evolución de la población de Canarias

1.1.1. Impacto de las variables demográficas y sociales

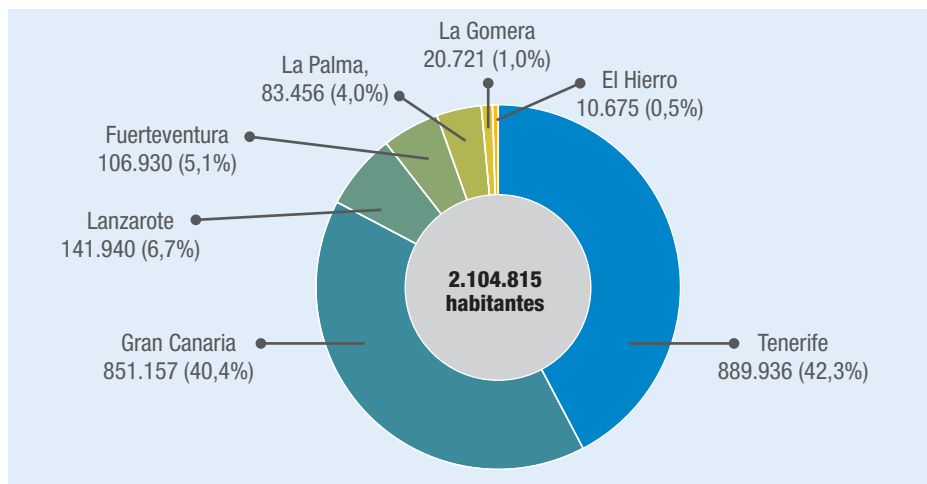
La población de Canarias es de 2.104.815 habitantes¹, con una distribución por sexos de un 50,3% de mujeres y un 49,7% de hombres, mientras que **por islas un 82,7% de los habitantes se concentra en Tenerife y Gran Canaria**. En el último decenio (2004-2013) Canarias ha visto incrementada su población a un ritmo anual del 1%, en línea con el crecimiento presentado por el conjunto de España (Figura 2).

Sin embargo, en España ha comenzado una tendencia poblacional negativa que supondrá la pérdida de 5,6% de la población hasta 2023², la cual se debe en buena medida a la vuelta a sus países de origen de población inmigrante y la salida de población nacional para buscar trabajo en otros países como consecuencia de la crisis económica.

1. ISTAC, 2014.

2. Proyecciones de Población 2014-2064, INE, 2014.

Figura 2. Población de Canarias por islas (número de habitantes, 2014)



Fuente: Padrón Municipal, ISTAC, 2014.

Por su parte **Canarias** no va a seguir la tendencia nacional **manteniendo la población estable a lo largo de la próxima década**. Esta situación se prevé como resultado de unos saldos migratorios positivos cercanos a 0,3 que, aunque mucho más reducidos que en el pasado reciente, compensarán el efecto de unos saldos vegetativos débiles y decrecientes (en 2018 se espera que el crecimiento vegetativo sea ya negativo, fruto de bajos niveles de fecundidad y de tasas brutas de mortalidad crecientes en gran parte derivadas del envejecimiento demográfico)³.

Un efecto común a todos los países occidentales es que la esperanza de vida al nacer se ha visto incrementada de manera sustancial en los últimos 40 años^{4,5} con un crecimiento de 10,1 años. Este efecto se

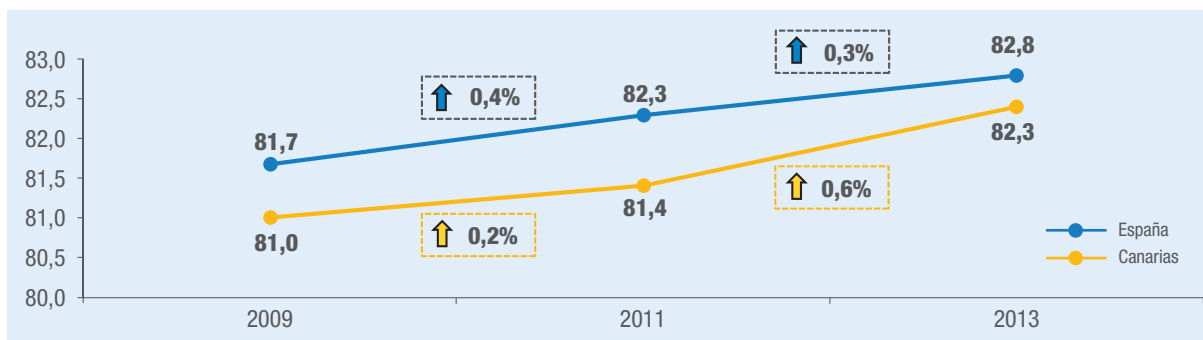
3. Proyecciones de Población 2014-2064, INE, 2014.

4. *Health at a Glance*, OCDE, 2014.

5. Los sistemas sanitarios en los países de la UE: Características e indicadores de salud en el siglo XXI. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2013.

ha dado también a nivel regional donde la **esperanza de vida al nacimiento** de la población canaria asciende a 82,3 años en 2013, dato **ligeramente inferior a la media nacional** con 82,8 años, siendo las mujeres canarias más longevas que los hombres, 84,9 frente a 79,9 años respectivamente. En los últimos años ha comenzado un **proceso de convergencia** de Canarias con la media nacional, reduciendo la diferencia en más de 0,3 años desde el 2009 (Figura 3).

Figura 3. Esperanza de vida al nacer en España y Canarias (número de años, 2009-2013)



Fuente: Indicadores demográficos básicos, INE, 2014.

Aunque la población de Canarias es más joven que la media nacional, el índice de **envejecimiento** se ha incrementado en 2,2 puntos porcentuales en el período 2004-2013 hasta situarse en 14,3%⁶, **tres puntos y medio por debajo que a nivel nacional**.

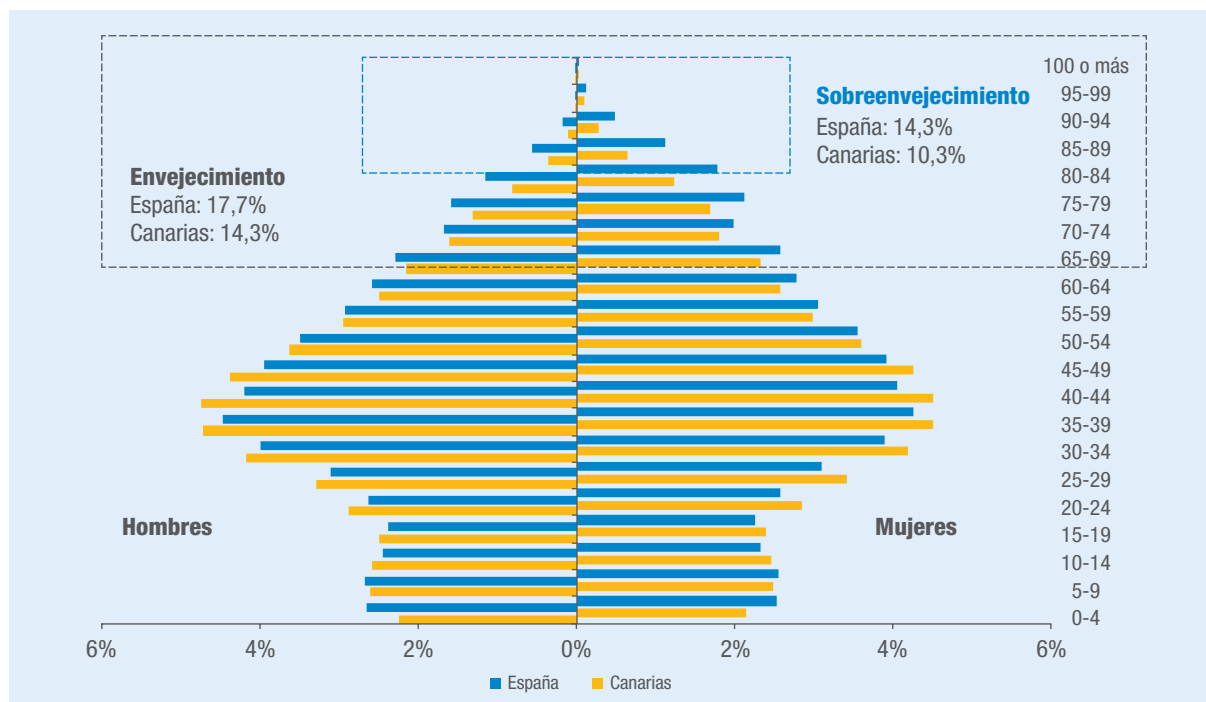
El nivel de envejecimiento no es homogéneo en la comunidad autónoma pues **tres de las islas tienen un porcentaje muy superior a la media nacional** en 2013: El Hierro 22,1%, La Gomera 20,5% y La Palma 20,0%⁷. Esto es importante para planificar medidas de prevención y atención a la población en las zonas de mayor prevalencia de enfermedades generalmente ligadas a la edad avanzada.

6. Estadística del Padrón Continuo, INE, 2013.

7. Estadística del Padrón Continuo, INE, 2013.

Por otra parte, el índice de sobreenviejimiento (personas mayores de 84 años en relación con las mayores de 64 años) en Canarias en 2013 se sitúa a una **mayor distancia de la media nacional** que el anterior, cerca de **cuatro puntos por debajo**, representando un 10,3% en la población canaria (12,5% en mujeres y 8,0% en hombres), frente al 14,3% nacional (17,0% en mujeres y 10,8% en hombres)⁸ (Figura 4).

Figura 4. Pirámide de población de España y Canarias (porcentaje, 2013)



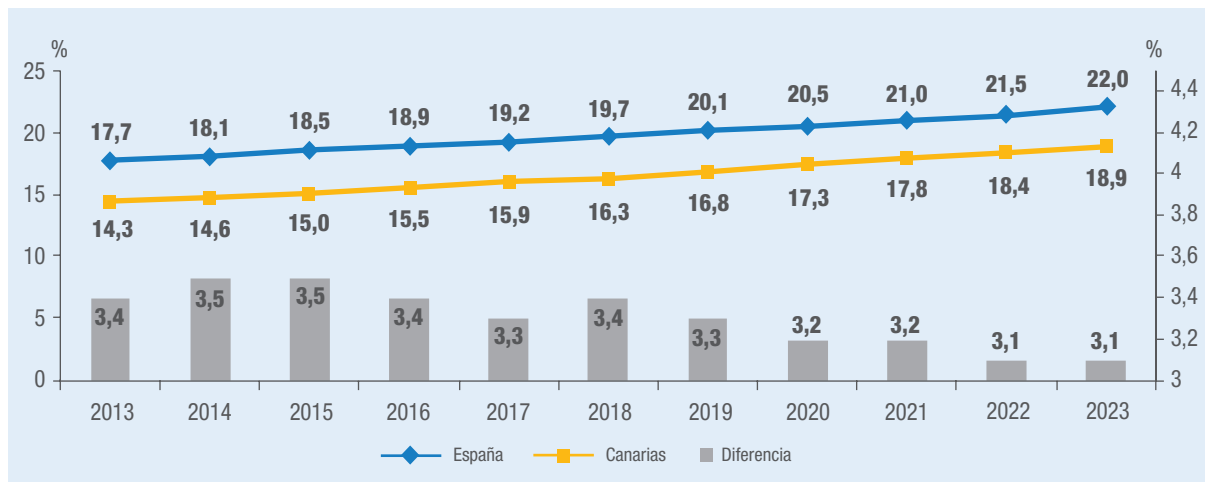
Fuente: Explotación del Padrón Continuo, INE, 2013.

8. Estadística del Padrón Continuo, INE, 2013.

Estrategia de abordaje a la cronicidad en la Comunidad Autónoma de Canarias

La tendencia en Canarias respecto al envejecimiento se prevé que se acentúe en el futuro ya que, según las proyecciones de población para los próximos 10 años, el índice de envejecimiento alcanzaría una tasa del 18,9%, acortándose de esta forma la diferencia respecto a la media nacional cerca de medio punto en dicho período. El **crecimiento del envejecimiento en Canarias supondrá más de cuatro puntos** sobre el momento actual. En cambio la incidencia del sobre-envejecimiento no sigue esta línea ya que la brecha en Canarias respecto a la media nacional en 2023 se amplía en más de dos puntos hasta situarse en un 13,9% en las islas Canarias, frente al 20,1% nacional (Figura 5).

Figura 5. Evolución de la población en España y Canarias (porcentaje, 2013-2023)
Proyecciones de población en España y Canarias para población mayor de 65 años

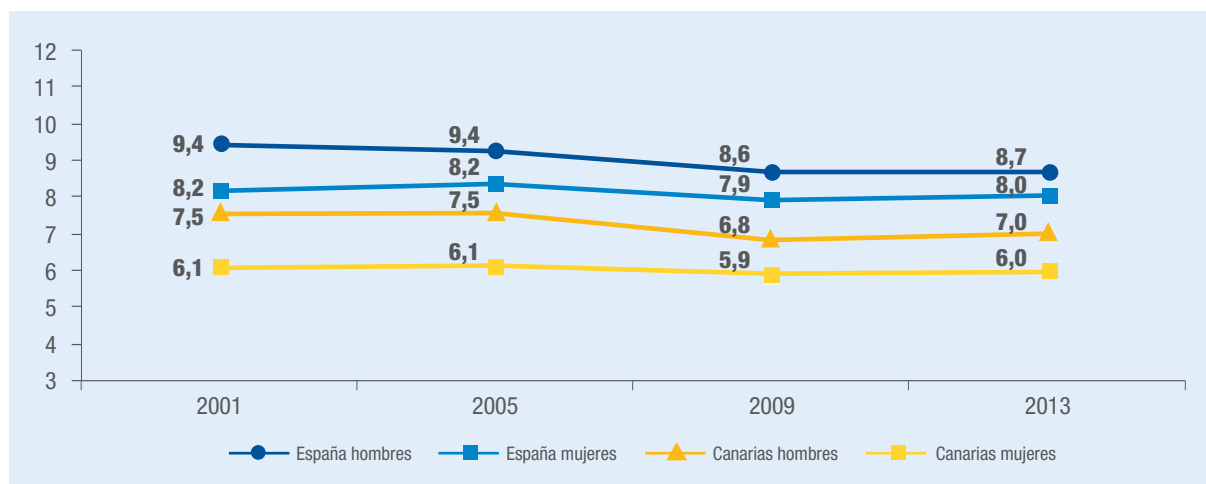


Fuente: Proyecciones de población a corto plazo, INE, 2013.

Otro aspecto determinante en el patrón poblacional de Canarias es que la **tasa de mortalidad** se ha reducido durante los últimos 10 años en 0,3 puntos hasta situarse en un 6,5 por mil en el año 2013, lo que posiciona la mortalidad en Canarias **casi dos puntos por debajo de la media nacional**, siendo especialmente significativos los datos en hombres. Desde el punto de vista de género, la mejoría se ha

producido en ambos sexos, aunque el impacto ha sido mayor en hombres (0,5 puntos) que en mujeres, (0,1 puntos). Desde el punto de vista geográfico, destacar que aquellas con mayor mortalidad son La Palma, con 7,9 puntos de media, y La Gomera, con 7,6 puntos (Figura 6).

Figura 6. Evolución de la tasa de mortalidad según sexo en España y Canarias (por mil habitantes, 2001-2013)



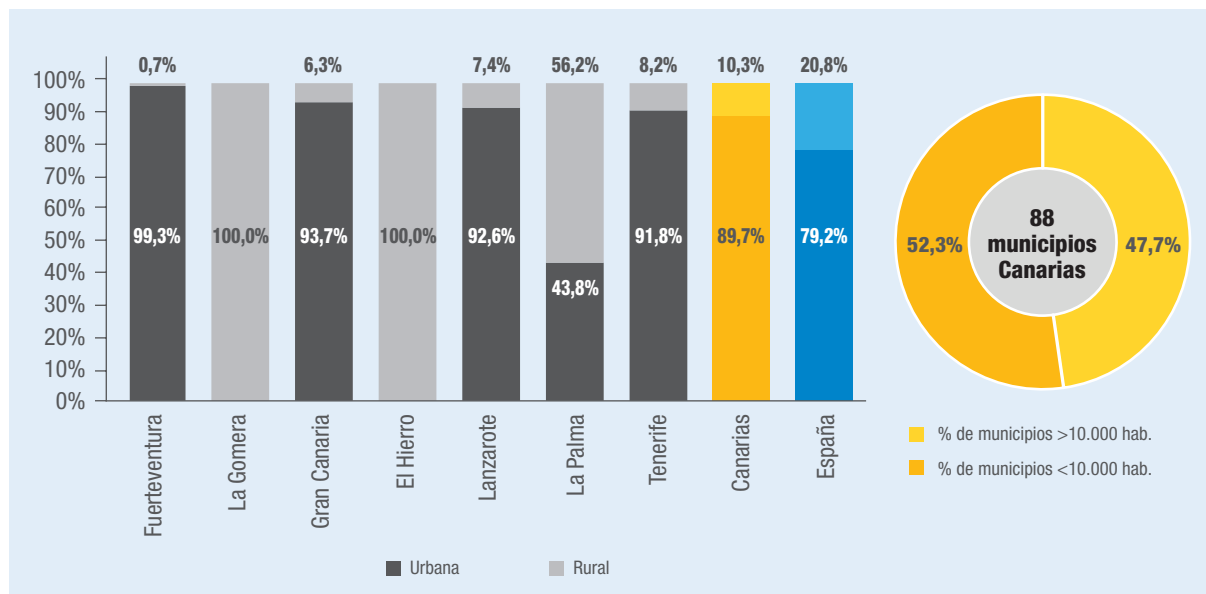
Fuente: INE.

Un elemento clave a tener en cuenta de cara a diseñar un abordaje de la cronicidad es la **dispersión de la población**. A este respecto la **insularidad** de Canarias requiere una adecuada planificación de recursos y servicios para asegurar una buena accesibilidad y una equidad en la prestación asistencial a la población. Aunque hay que tener en cuenta que en Canarias los términos municipales pueden ser muy amplios, el 89,7% del total de la población del archipiélago está concentrada en municipios de más de 10.000 habitantes, y estos municipios representan el 47,7% de los 88 municipios existentes en la Comunidad. El Hierro, La Gomera y La Palma son las islas con un mayor componente rural, situándose el resto de islas con porcentajes superiores al 90% de población en municipios de más de 10.000 habitantes,

Estrategia de abordaje a la cronicidad en la Comunidad Autónoma de Canarias

aunque muchos de estos municipios cuentan con una elevada dispersión de núcleos poblacionales. Únicamente el 0,04% de la población vive en municipios con menos de 1.000 habitantes (Figura 7).

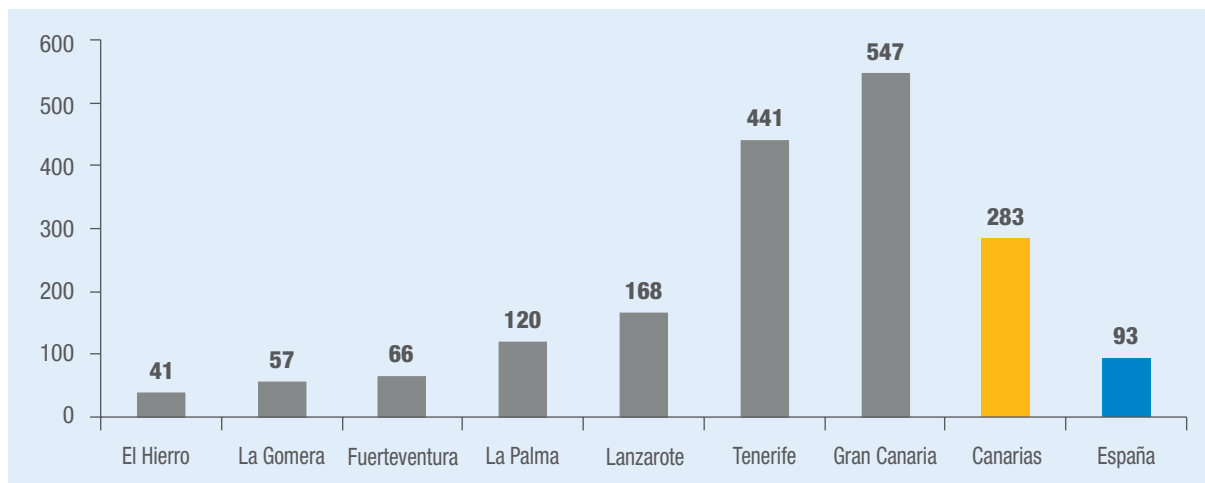
Figura 7. Distribución de la población en Canarias en zonas rurales y urbanas (porcentaje, 2013)



Fuente: INE y Padrón Municipal.

Las características geográficas de Canarias, unidas al condicionamiento de la insularidad y la ultraperiferia, hacen que la **densidad de población** en su conjunto fuese de 283 habitantes/km² en 2013, un valor **muy superior a la media española** de 93 habitantes/km². Además, el crecimiento de la densidad de población en las islas Canarias ha sido notable, aumentando un 14,3% en la última década. La mayor densidad se encuentra en las islas de mayor población, Gran Canaria y Tenerife, mientras que El Hierro, La Gomera y Fuerteventura se sitúan por debajo incluso de la media nacional (Figura 8).

Figura 8. Densidad de población en España y Canarias (personas/km², 2013)



Fuente: INE e ISTAC, Padrón Municipal.

Desde el punto de vista del ámbito socioeconómico, la renta media anual por persona en Canarias en 2013 era de 8.513 €, un 19,2% inferior a la media nacional⁹. Desde un punto de vista social, la tasa de ocupación de nuestra comunidad era del 42,4 en 2014, frente al 45,6 a nivel estatal¹⁰, mientras que en 2013 la tasa de riesgo de pobreza era del 28,4%. Este último dato, aunque a 8 puntos de la media nacional, supuso una reducción desde 2012 de alrededor de 5 puntos, tanto en valor absoluto como en la distancia relativa a la media nacional¹¹.

Otro de los aspectos que se ven influidos por la ubicación e insularidad de nuestra comunidad es el **acceso a internet de alta velocidad**. Así, a pesar de que según la Encuesta sobre Equipamiento y Uso

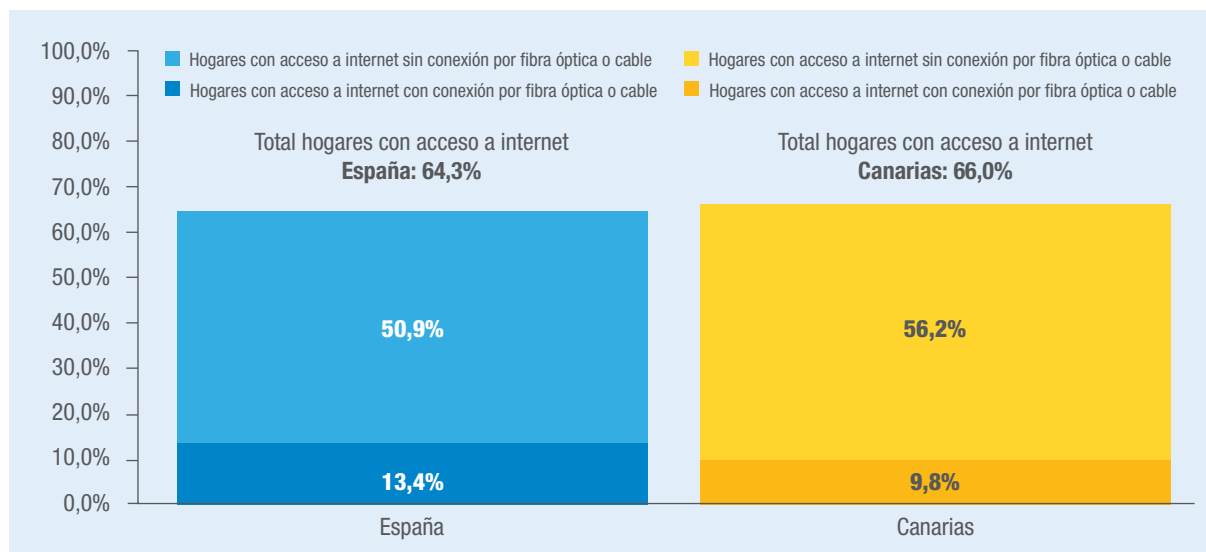
9. Encuesta de Condiciones de Vida, INE, 2013.

10. Encuesta de Población Activa, INE, 4º T 2014.

11. Encuesta de Condiciones de Vida, INE, 2013.

de Tecnologías de la Información y Comunicación en los hogares del INE indica que existe una **mayor proporción de hogares canarios con acceso a internet** que la media nacional (66,0% frente a 64,2%), la conexión de alta velocidad (fibra óptica y cable) está menos extendida, presente en apenas un 9,8% de los hogares, frente al 13,4% a escala nacional (Figura 9).

Figura 9. Acceso a internet de los hogares en España y Canarias por tipo de conexión (porcentaje sobre total hogares, 2014)



Fuente: Elaboración propia sobre datos de la Encuesta sobre Equipamiento y Uso de Tecnologías de la Información y Comunicación en los hogares y de la Encuesta Continua de Hogares del INE.

En resumen, las características geográficas de Canarias y el progresivo envejecimiento de la población refuerzan la importancia de un enfoque específico en cronicidad para Canarias, con el fin de diseñar una adecuada planificación de recursos y procesos de atención que maximice la accesibilidad de la población al recurso más adecuado a su problema de salud.

1.1.2. Estructura de recursos disponibles adaptados a las necesidades poblacionales

Para definir una adecuada estrategia de atención y gestión al paciente crónico, el componente de **accesibilidad** es vital para que cada ciudadano, con independencia de su ubicación geográfica, pueda disponer del adecuado soporte asistencial y/o formativo que precise en cada momento. La insularidad, característica particular de Canarias, hace que el Servicio Canario de la Salud se constituya a nivel organizativo en siete áreas de salud, asimilables a las 7 islas que componen el archipiélago¹².

Canarias disponía a 31 de diciembre de 2013 de 9 hospitales públicos así como 5 hospitales pertenecientes a cabildos, contando en total con cerca de **4.900 camas**, a las que habría que sumar las camas de media y larga estancia en concertación con centros privados. Además, nuestra comunidad contaba en dicha fecha con 108 centros de salud así como 155 consultorios locales. En total, en la atención sanitaria en Canarias, trabajan **más de 10.000 profesionales**, entre personal médico y de enfermería¹³.

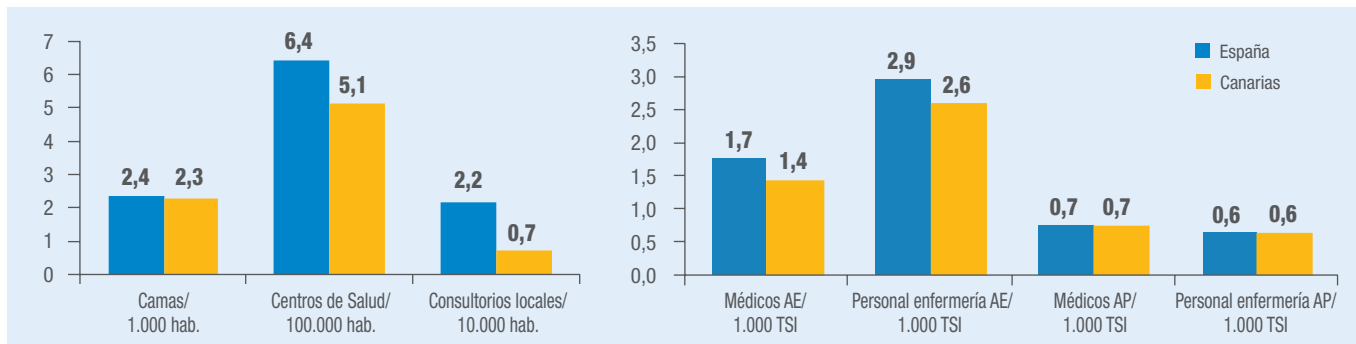
Así, el ratio de **camas hospitalarias** en funcionamiento de hospitales con dependencia funcional pública por cada 1.000 habitantes en Canarias es de 2,3, **en línea con la media** nacional que se sitúa en 2,4. Sin embargo los valores que presenta en relación a centros de salud y consultorios locales por habitante arrojan datos alejados de la media nacional, principalmente debido a una mayor concentración de la población, lo que facilita la agrupación de recursos para atender a la población garantizando la accesibilidad a los mismos. Ello permite prestar asistencia de manera eficiente, gestionando recursos físicos con un número de **médicos y personal de enfermería** por lo general **similar a la media nacional**, tanto en Atención Especializada como Atención Primaria (Figura 10).

En cuanto a **recursos de alta tecnología diagnóstica y/o terapéutica**, Canarias presenta una **situación similar a la media nacional**, aunque es destacable el número de equipos de angiografía digital, de SPECT y de litotricia por cada 100.000 habitantes, equipos que cuentan con una dotación sensiblemente mayor en Canarias que la media a nivel español. Además de los recursos indicados, Canarias ha hecho un considerable esfuerzo por dotarse de otros equipos de diagnóstico en Atención Primaria para mejorar la resolutivez en este nivel, como son retinógrafos o espirómetros, contando en la actualidad con 43 y 60 de ellos respectivamente en funcionamiento (Figura 11).

12. Capítulo IV sección 1ª, artículo 62 de la Ley 11/1994, de 26 de julio, de Ordenación Sanitaria de Canarias (BOC, 96, de 6.8.1994).

13. Elaboración propia.

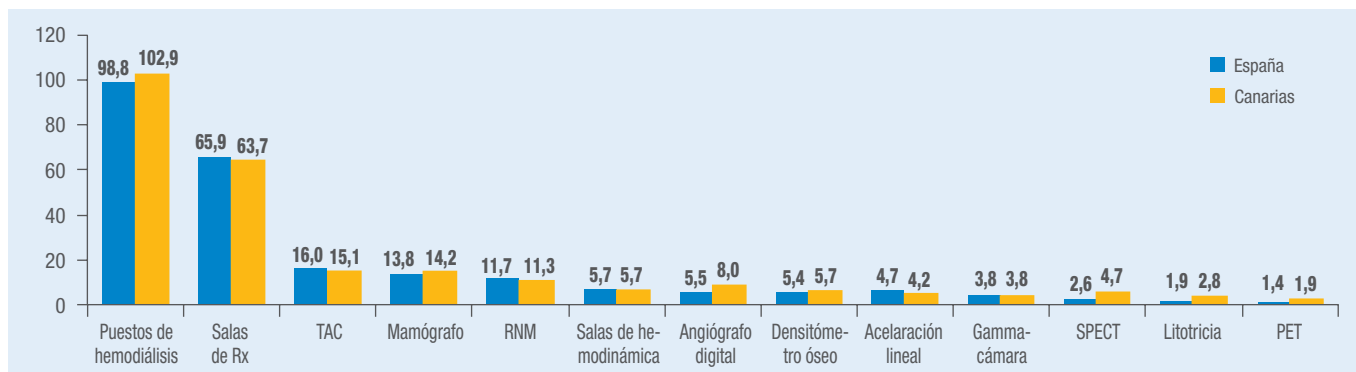
Figura 10. Recursos sanitarios (físicos y humanos) en España y Canarias, asociados a centros con dependencia funcional pública (2013*)



*Los datos asociados a recursos de AE (camas, médicos y enfermeras) a nivel nacional son de 2012.

Fuente: INE, SIAE, SIAP, Servicio Canario de la Salud.

Figura 11. Equipos de alta tecnología médica en España y Canarias (ratio por 100.000 habitantes, 2013*)



* Los datos de España son a fecha 2012. Fuente: Sistema de Información del SNS, elaboración propia.

1.2. Perfil epidemiológico a nivel regional

1.2.1. Hábitos, estilo de vida y factores de riesgo

La aparición y desarrollo de buena parte de las enfermedades crónicas pueden ser prevenidos actuando sobre la promoción de la salud y la prevención de factores de riesgo, entre los que se encuentran el consumo de tabaco o alcohol, la falta de actividad física o el exceso de peso.

El consumo de tabaco se constituye como uno de los más importantes factores de riesgo asociados a estas patologías, singularmente en aquellas relacionadas con el aparato respiratorio, como la EPOC. En esta línea, de acuerdo a la información recogida en la historia clínica de nuestra comunidad, un **16,4% de los mayores de 14 años en las islas Canarias eran fumadores**, con un **mayor peso en los hombres** que en las mujeres, 18,2% frente a 14,8% respectivamente del total de la población registrada. Sin embargo en cuanto a la intención de dejar de fumar, el 73,6% de mujeres y el 72,5% de hombres canarios no han realizado ningún intento al respecto. Si se atienden los datos de la Encuesta Nacional de Salud de 2012, se identifica un mayor porcentaje de fumadores en Canarias, concretamente un 25% de la población. En cualquier caso, en dicha encuesta se detecta una **disminución del consumo en más de 7 puntos en los últimos 6 años**. Igualmente, los fumadores diarios de Canarias se sitúan en un porcentaje **inferior a la media nacional** en casi 2 puntos.

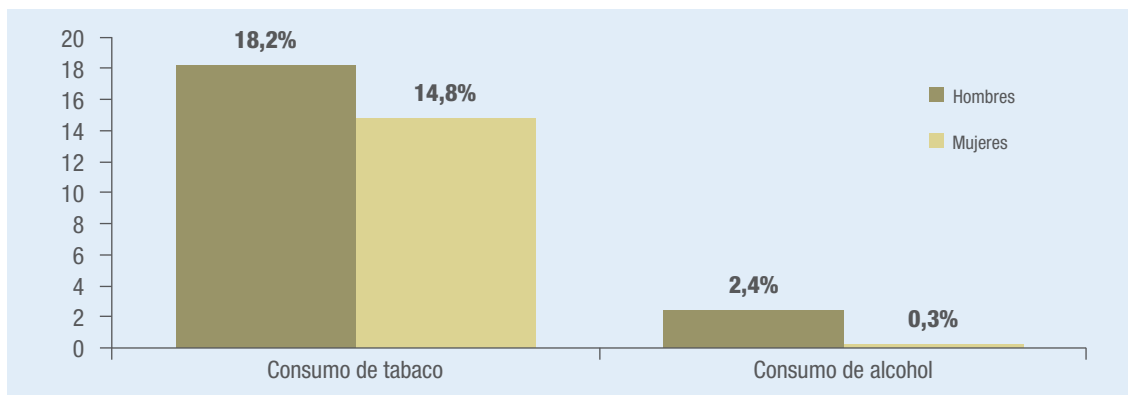
En relación al **consumo de alcohol**, y atendiendo a patrones de consumo considerados como factores de riesgo, existe un 1,3% de la población asociada a dicho factor de riesgo. El alcoholismo se configura como una condición casi exclusivamente masculina, con una presencia de casos de riesgo 9 veces mayor que en el género femenino (Figura 12).

La generalización del **estilo de vida sedentario** afecta tanto a las islas Canarias como al resto de comunidades españolas, y está caracterizado por la ausencia de realización de ejercicio físico. No obstante, en nuestra región esta condición tiene una **incidencia significativamente menor**, presentándose en un 35,1% de la población, 6 puntos por debajo de la media nacional (Figura 13).

De igual forma, asociado al sedentarismo, un factor de riesgo importante en la aparición de enfermedades crónicas es el sobrepeso y la obesidad. Atendiendo a los datos aportados por la Encuesta Nacional de Salud de 2011-2012, **el porcentaje de población adulta con obesidad en Canarias** es del 18,2% (17,8% hombres y 18,6% mujeres), valor **superior a la media nacional** en 1,2 puntos. Si atendemos al

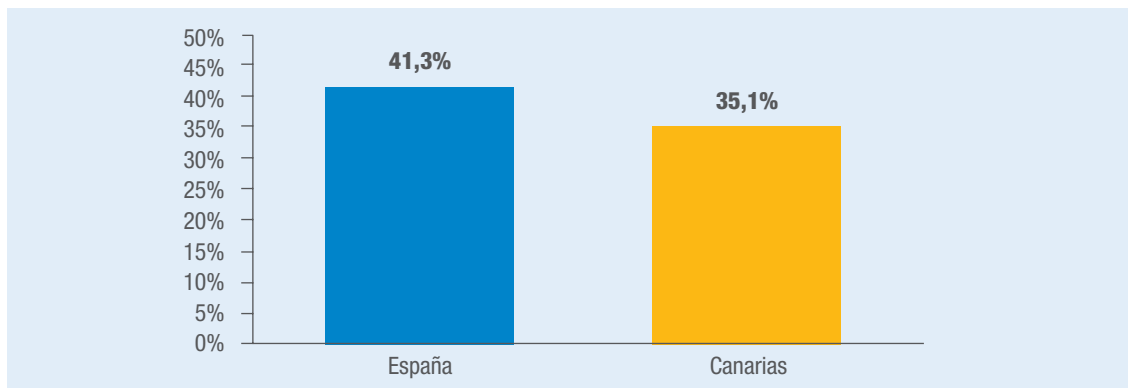


Figura 12. Porcentaje de pacientes con factor de riesgo asociado al consumo de tabaco y alcohol en Canarias (porcentaje, 2014)



Fuente: Elaboración propia a partir de datos de DRAGO-AP Canarias, actualizado a 31/12/2014.

Figura 13. Población sedentaria en España y Canarias (porcentaje, 2012)

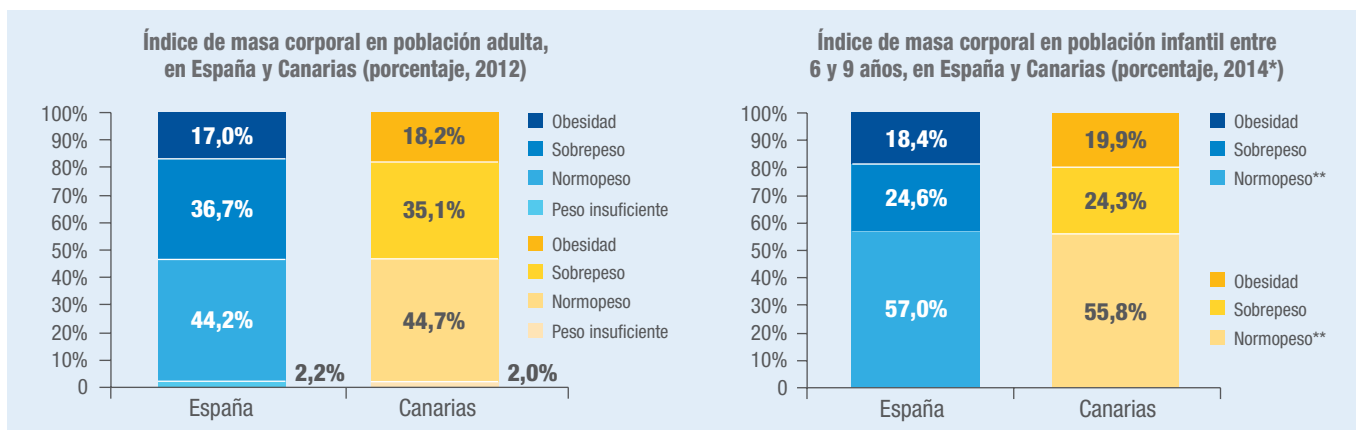


Fuente: INE, Encuesta Nacional de Salud 2011-2012.

conjunto del exceso de peso por encima de la normalidad (sobrepeso y obesidad), Canarias presenta un 53,3% (57,4% en hombres y 49,1% en mujeres), ligeramente inferior a la media nacional, que se sitúa en un 53,7%. Se aprecia que los hombres presentan porcentajes más elevados de sobrepeso-obesidad, y que la obesidad aumenta con la edad de las personas y se relaciona de modo inverso con la clase social, a medida que desciende la clase social aumenta el IMC, no existiendo diferencia entre los sexos.

En relación a la **población infantil**, y de acuerdo a la información del Estudio ALADINO de 2014, los datos muestran que **se ha reducido en 5 puntos** el porcentaje de población infantil **con exceso de peso desde 2011**. Así, en 2014 la población con exceso de peso por encima de la normalidad entre 6 y 9 años representaba un 44,2% del total, situándose **1,2 puntos por encima del indicador a nivel nacional**. Dicha diferencia corresponde al peso de la obesidad en la población infantil, que alcanza a uno de cada cinco personas en el rango de edad indicado. En dicho estudio la obesidad se relacionó con el sexo (mayor prevalencia en niños respecto a las niñas), con la edad (se aprecia un incremento a partir de los 7 años), con el ocio sedentario y con el menor número de horas de sueño (aumentan la prevalencia de obesidad) (Figura 14).

Figura 14. Índice de masa corporal en la población de España y Canarias



Fuente: INE, Encuesta Nacional de Salud 2011-2012.

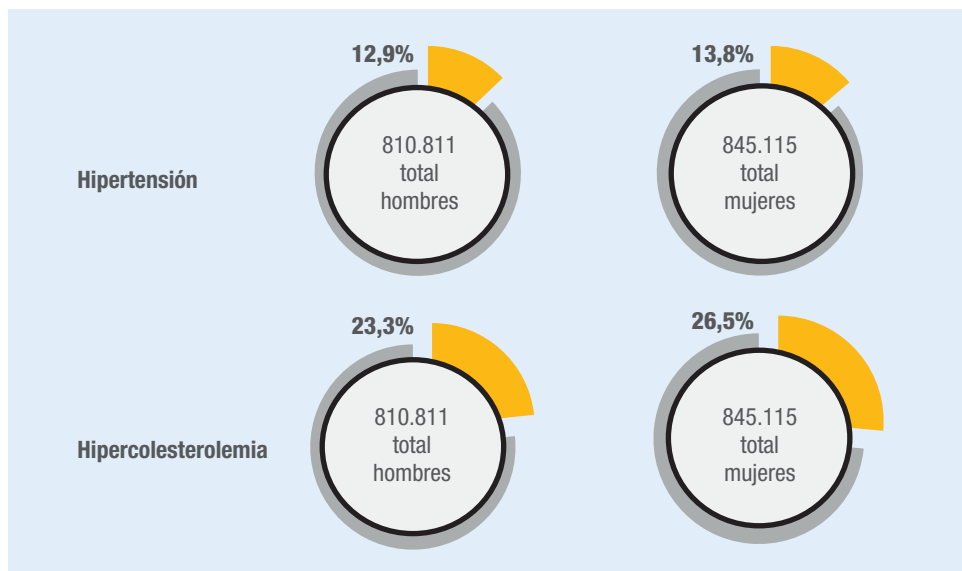
*Los datos de España son a fecha 2013. **Se calcula que el % de población con peso insuficiente en este grupo de edad es inferior al 1%. Fuente: Estudio ALADINO. Estudio de Vigilancia del Crecimiento, Alimentación, Actividad Física, Desarrollo Infantil y Obesidad en España. 2013 y 2014.

Estrategia de abordaje a la cronicidad en la Comunidad Autónoma de Canarias

Otros factores de riesgo para el desarrollo de enfermedades crónicas son la **hipertensión y la hipercolesterolemia**. De acuerdo a la prevalencia registrada, un 12,9% de los hombres y un 13,8% de las mujeres tienen hipertensión. En la hipercolesterolemia, las mujeres también presentan una prevalencia mayor que los hombres, con un 26,5%, 3,2 puntos porcentuales por encima.

En ambos casos, y atendiendo a la información de la Encuesta Nacional de Salud de 2011-2012, los datos de la población canaria mayor de 14 años se sitúan **por encima de la media nacional** en casi 3 y 0,5 puntos respectivamente. En este sentido, cabe destacar que la hipertensión arterial registrada es significativamente menor que la percibida (Figura 15).

Figura 15. Prevalencia registrada de población adscrita con más de 14 años con hipertensión arterial e hipercolesterolemia en Canarias (porcentaje, 2014)



Fuente: Elaboración propia a partir de datos de DRAGO-AP Canarias, actualizado a 31/12/2014.

La adecuada gestión a futuro en Canarias de los anteriores factores de riesgo y el control de inadecuados hábitos de vida tendrán una gran influencia en la disminución de la aparición y prevalencia de las enfermedades de carácter crónico, de ahí la importancia de realizar una adecuada planificación y despliegue de acciones de **prevención y promoción de la salud de cara** a minimizar el efecto de estos factores en el estado de salud de la población en Canarias, logrando de esta forma una mejora en la calidad de vida de la población y en la sostenibilidad del sistema sanitario.

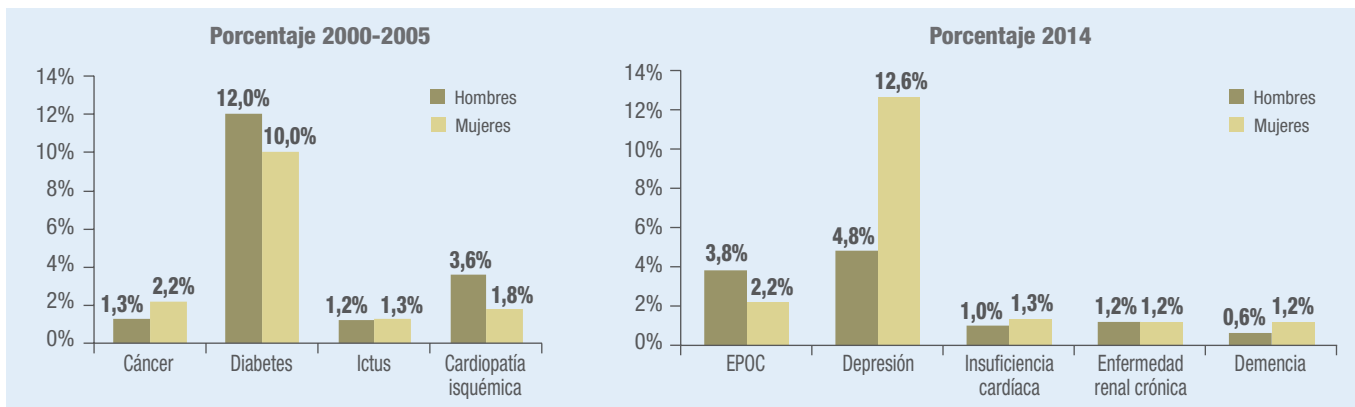
1.2.2. Patologías crónicas

Entre las patologías crónicas con una **mayor prevalencia** registrada en nuestra comunidad, destacan especialmente **la depresión y la diabetes mellitus**, con una prevalencia superior al 8%, así como la cardiopatía isquémica y la EPOC, con una prevalencia en torno al 3%. Desde una óptica de género, **la depresión tiene un especial foco en mujeres**, con una prevalencia casi tres veces mayor que en hombres. Aunque a menor escala, esta situación se produce también en cáncer y en demencia, donde las mujeres doblan en porcentaje a los hombres. Por el contrario, **la diabetes tiene una mayor presencia en el género masculino**, lo cual también sucede con la cardiopatía isquémica, con el doble de prevalencia que en las mujeres, y la EPOC, con una prevalencia un 70% superior a las mujeres (Figura 16).

De acuerdo a la Encuesta Nacional de Salud de 2011-2012 nuestra comunidad se sitúa por encima de la media nacional en cuatro de las patologías analizadas: **ansiedad crónica** (4,5 puntos por encima), **depresión crónica** (2,8 puntos), **diabetes** (0,7 puntos) y **patología de tiroides** (0,1 puntos). En el resto sólo el conjunto diagnóstico relativo a artrosis, artritis y reumatismo; el de bronquitis crónica, enfisema y EPOC, y la osteoporosis se encuentran a una distancia al menos un punto por debajo de la media nacional. Adicionalmente, el infarto de miocardio, los tumores malignos y el conjunto de embolia, infarto y hemorragia cerebral tienen una prevalencia significativamente menor que la española de forma comparativa. Por último, es significativa la **prevalencia global del conjunto diagnóstico relativo a artrosis, artritis y reumatismo**, que alcanzan a casi una de cada cinco personas (Figura 17).

Atendiendo a la prevalencia de las patologías crónicas desde una óptica poblacional, el 26,4% de **las mujeres en Canarias** tiene 1 o más patologías de carácter crónico, **más de 4 puntos por encima de la preva-**

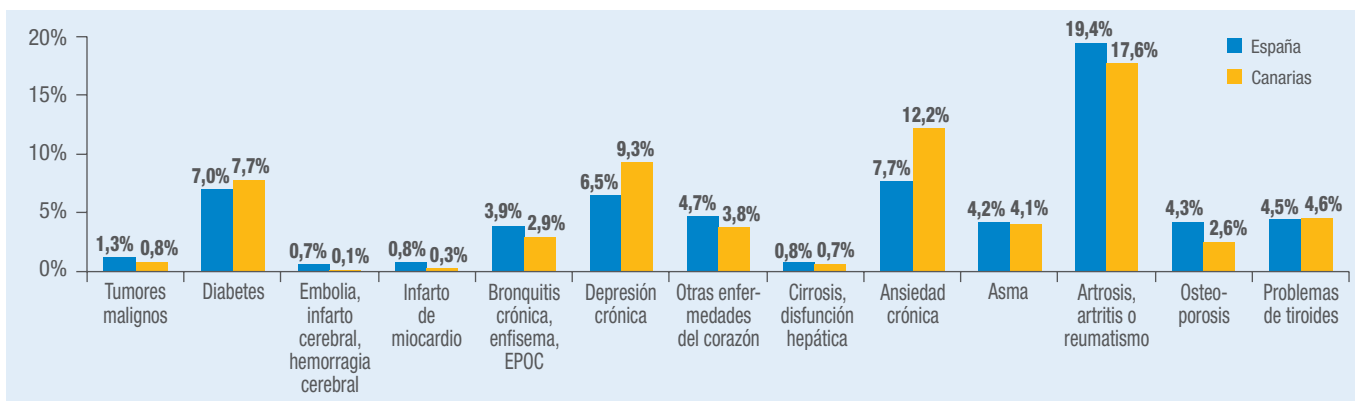
Figura 16. Prevalencia de patologías crónicas en población mayor de 14 años en Canarias según datos del CDC (2000-2005) y registro en DRAGO-AP (2014)



Fuente: Elaboración propia a partir de CDC, 2000-2005.

Fuente: Elaboración propia a partir de datos de DRAGO-AP Canarias, actualizado a 31/12/2014.

Figura 17. Prevalencia declarada de patologías crónicas en población mayor de 14 años en España y Canarias (porcentaje, 2012)

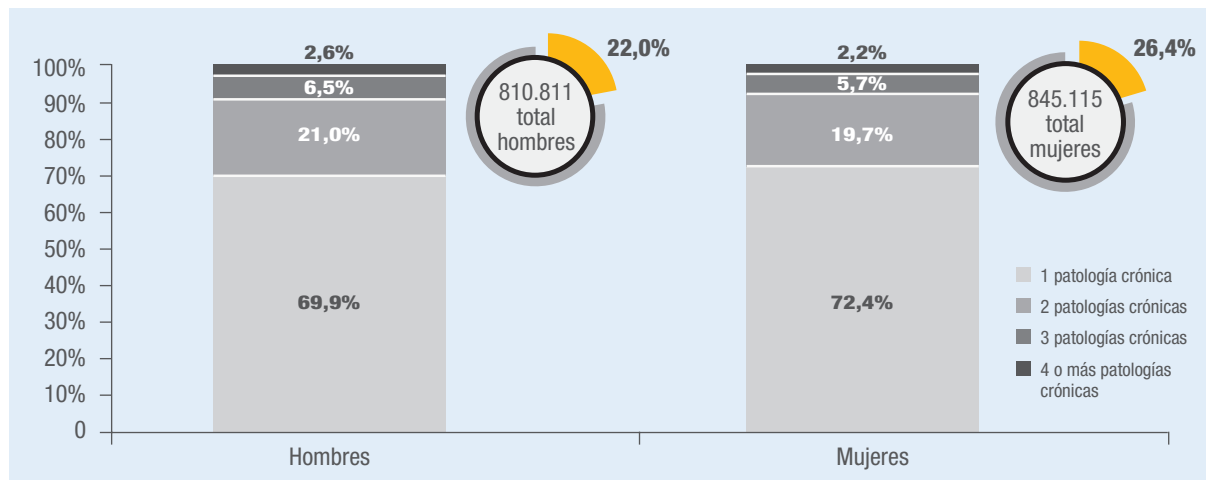


Fuente: INE, Encuesta Nacional de Salud 2011-2012.

lencia registrada en los hombres. No obstante, el peso de las personas con dos o más patologías respecto del conjunto de pacientes crónicos es mayor en los hombres, 30,2%, que en las mujeres con un 27,6%¹⁴.

La Encuesta Nacional de Salud 2011-2012, refleja que casi 4 de cada 10 ciudadanos mayores de 14 años en Canarias perciben tener alguna enfermedad o problema crónico. Aunque este dato es superior al de la prevalencia registrada, la presencia de enfermos crónicos en la comunidad es **inferior al del conjunto de la población española en casi 4 puntos porcentuales**. Aunque tanto en las islas Canarias como en España la población femenina tiene una mayor percepción de enfermedad crónica, la diferencia entre ambos sexos es más significativa en nuestra comunidad que a nivel nacional, en torno a los 12 puntos en Canarias (Figura 18).

Figura 18. Porcentaje de pacientes mayores de 14 años y número de patologías crónicas* por paciente según sexo en Canarias (porcentaje, 2014)



*Depresión, demencia, DM, insuficiencia cardíaca crónica, cardiopatía isquémica, EPOC, ictus, ERC y neoplasias.

Fuente: Elaboración propia a partir de datos de DRAGO-AP Canarias, actualizado a 31/12/2014.

14. Elaboración propia a partir de datos de DRAGO-AP Canarias, actualizado a 31/12/2014.

El abordaje de una estrategia de crónicos deber ser global, aún así, con el fin de conseguir centrar esfuerzos para obtener resultados a corto o medio plazo, habrá que focalizar esfuerzos en patologías donde el impacto en Canarias sea relevante, o en aquellas poblaciones donde la prevalencia de la enfermedad sea mayor. Con estas medidas se conseguirán mejoras importantes en la salud de la población de Canarias.

1.3. El impacto de las enfermedades crónicas en la población y en el Sistema Sanitario de Canarias

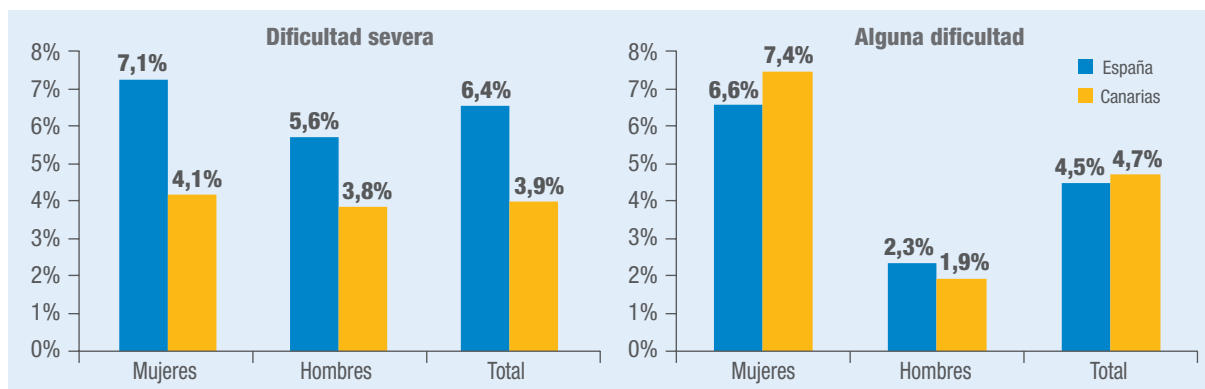
1.3.1. Limitaciones funcionales de las personas

De acuerdo a los datos proporcionados por la Encuesta Nacional de Salud 2011-2012, se observa que el porcentaje de población con dificultad severa para realizar actividades funcionales es del 3,9% de la población canaria por debajo de la media nacional tanto a nivel general, 6,4%, como por sexos. Sin embargo, esta situación se invierte al considerar la población que **no puede llevar a cabo actividades funcionales**, ya que Canarias se sitúa **ligeramente por encima de la media nacional**, 4,7% frente a 4,5%, esto es por causa directa de **la población femenina que concentra la mayor parte** de este grupo, ya que hasta un 7,4% del total sufre esta condición por encima de la media estatal con un 6,6% (Figura 19).

Un efecto claro de las enfermedades crónicas es el impacto que tienen en la población desde el punto de vista de la limitación de la autonomía personal generando situaciones de dependencia y discapacidad en mayor o menor grado. De acuerdo a las cifras disponibles, en 2014 se contabilizaron en Canarias 27.856 personas en situación de dependencia, lo que representa el 1,3% de la población.

Es destacable que los **grandes dependientes** en Canarias suponen el 41,5% del total de la población dependiente con grado reconocido, **muy por encima de la media nacional del 29,2%**. Por el contrario, los dependientes moderados representan sólo el 21,7% frente al 35,0% a nivel nacional (Figura 20).

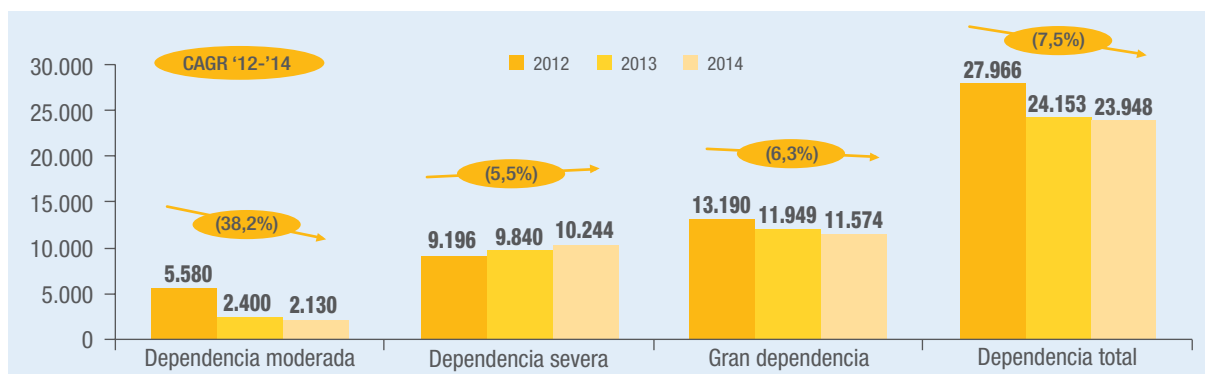
Figura 19. Población mayor de 14 años con dificultad severa o alguna dificultad para realizar actividad funcional en España y Canarias (porcentaje, 2012)



Fuente: INE, Encuesta Nacional de Salud 2011-2012.

Fuente: INE, Encuesta Nacional de Salud 2011-2012.

Figura 20. Evolución del número de personas dependientes en Canarias según grado de dependencia (número de personas, 2012-2014)

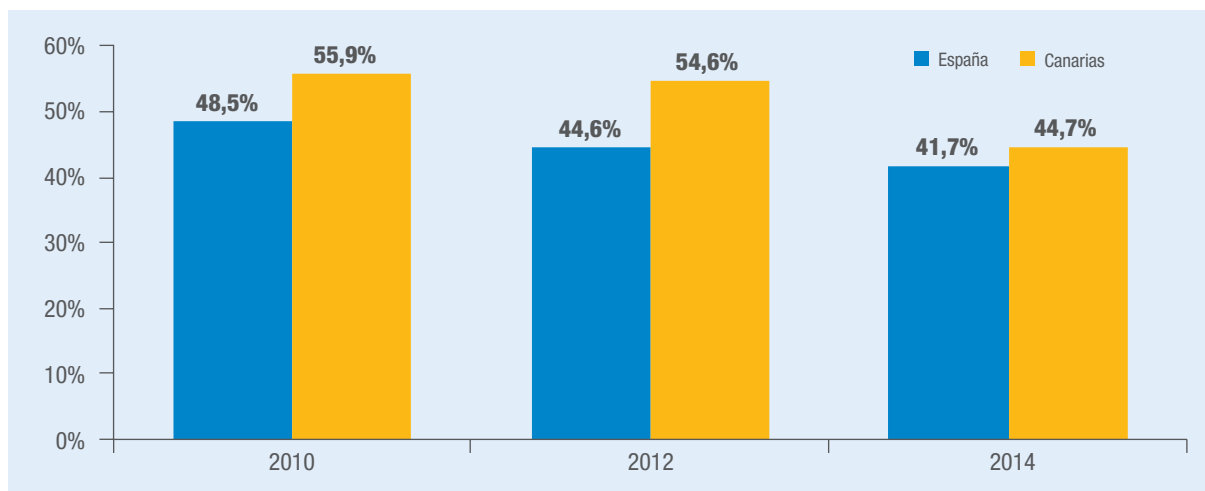


Fuente: IMSERSO.

Estrategia de abordaje a la cronicidad en la Comunidad Autónoma de Canarias

Otro elemento a tener en cuenta en relación a los dependientes son los **cuidadores**, sean familiares o externos. En Canarias en los últimos 4 años el número de beneficiarios de **ayudas a la dependencia en domicilio** se ha reducido progresivamente desde un 55,9% en 2010 hasta el 44,7% en 2014, aunque en todo momento se mantiene **por encima de la media nacional** (Figura 21).

Figura 21. Número de beneficiarios de ayudas de atención a la dependencia en domicilio en España y Canarias (porcentaje sobre el total de beneficiarios de ayudas, 2010-2014)



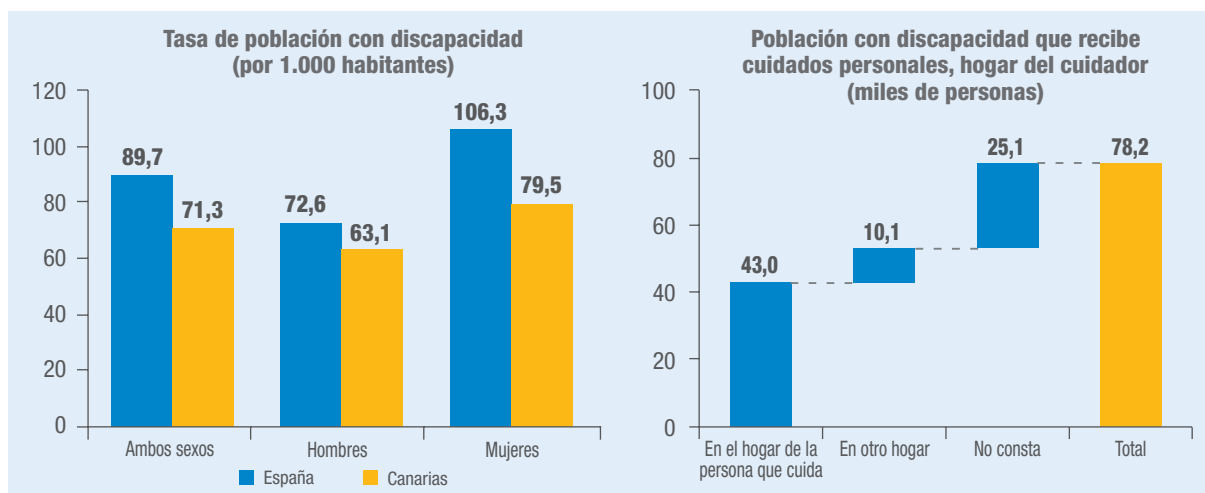
Fuente: IMSERSO.

Con respecto a la **población con discapacidad** en Canarias, ésta se sitúa significativamente **por debajo de la media nacional**, alcanzando a sólo 71,3 por cada 1.000 habitantes, frente a las 89,7 personas por cada 1.000 a nivel nacional.

Asimismo, aunque como en el caso nacional existe una mayor tasa en mujeres que en hombres, la diferencia entre ambos es menor en Canarias, siendo ésta de sólo 16,4 puntos frente a los 33,7 de media en España.

Por otra parte, y según datos de 2008, en nuestra comunidad al menos 43.000 personas con discapacidad reciben ayuda por parte de un cuidador en su propio hogar. Este dato da cuenta de las necesidades de apoyo que requiere este grupo, así como de la capacitación necesaria, tanto de pacientes como de sus cuidadores, respecto a la o las patologías que ha desarrollado la persona con discapacidad (Figura 22).

Figura 22. Población con discapacidad en Canarias que recibe cuidados personales en el hogar, 2008



Fuente: INE, Encuesta de Discapacidad, Autonomía Personal y Dependencia.

Fuente: INE, Encuesta de Discapacidad, Autonomía Personal y Dependencia.

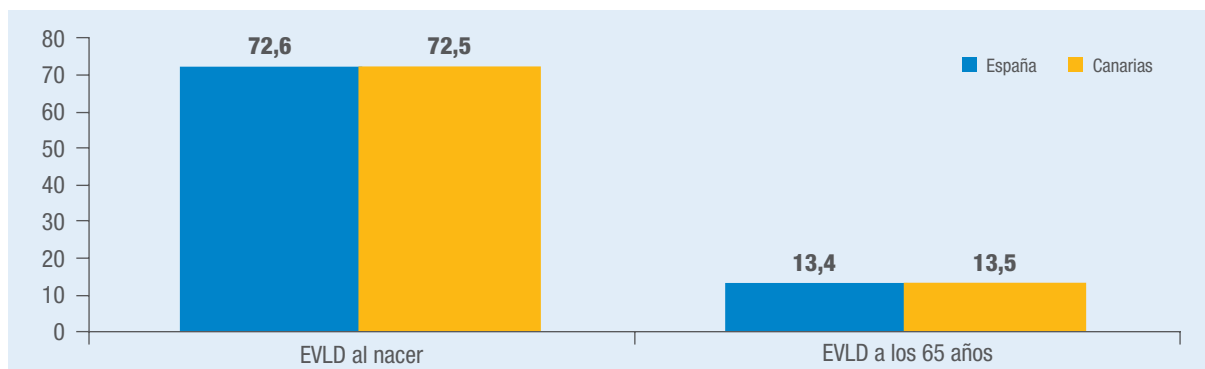
Una de las claves en este ámbito, cuando la patología crónica se ha agravado y ha degenerado en limitaciones en la vida de las personas, es que tanto la persona con dependencia o discapacidad como los cuidadores dispongan de una adecuada formación no sólo en las necesidades de apoyo en la vida cotidiana al dependiente sino también en el control y en la prevención de la o las patologías que sufre, de forma que se eviten reagudizaciones de su enfermedad y mejore su calidad de vida. El compromiso del sistema de salud ante éstos será **apoyarles, orientarles y formarles en los cuidados en casa y en las medidas de apoyo en el control de la enfermedad** que son aconsejables desde el punto de vista asistencial.

1.3.2. Calidad de vida de la población

La situación sociodemográfica y epidemiológica descrita no sólo tiene consecuencias sobre el sistema sanitario, sino que también produce un fuerte impacto en la calidad de vida de las personas. Si bien es cierto que padecer una enfermedad crónica no significa necesariamente una menor calidad de vida de los ciudadanos, de manera frecuente es habitual asociar la cronicidad con las enfermedades crónicas degenerativas más relacionadas al envejecimiento. Sin embargo, es importante señalar que está igualmente vinculada con otros trastornos tales como **enfermedad congénita, neurológica y mental, discapacidad psíquica, sensorial, etc.** que comienzan a edades más tempranas pero que se mantienen a lo largo de la vida y generan necesidades asistenciales y pérdida de autonomía, derivando a menudo en situaciones de dependencia. Esta situación incide de manera exponencial en la calidad de vida real y percibida por los ciudadanos.

Así pues, la **Esperanza de Vida Libre de Incapacidad** es un buen indicador de la calidad de vida de la población. En Canarias este indicador se encuentra en unos niveles muy similares a la media nacional, tanto si se considera al nacer como si se valora a los 65 años (Figura 23).

Figura 23. Esperanza de Vida Libre de Incapacidad al nacer y a los 65 años, en España y Canarias (número de años, 2011)



Fuente: Estimación propia sobre datos del Consejo Económico y Social de Canarias, 2011, y la Encuesta EDAD del INE, 2008.

La calidad de vida está también asociada con los problemas de **dolor o malestar**. Según datos de la Encuesta Nacional de Salud, en Canarias estos problemas los padecen el 29,9% de la población, frente al 24,8% de la media de España. Respecto a la población con problemas de **movilidad**, Canarias también supera la media nacional (15,8% frente a 13,9%), algo que también ocurre al valorar la población con **limitaciones para realizar actividades cotidianas** (13,9%, 3 puntos por encima).

En relación a las **dificultades para el autocuidado**, Canarias se encuentra en línea con la media de España (6,2% frente a 6,1%). Tanto en España como en Canarias la incidencia de estos problemas es superior en el caso de las mujeres.

Por otra parte, si analizamos la **tasa de mortalidad por patología**, nos encontramos que considerando el indicador de mortalidad prematura, la situación de Canarias es **similar a la del resto de España, salvo para la diabetes mellitus**, cuyo indicador triplica la media española (11,4 frente a 3,7 puntos).

Analizando aquellas patologías que tienen mayor índice de mortalidad, en Canarias, los tumores tienen una incidencia del 30,2% con valores en línea con la media nacional y más acentuada en hombres (10 puntos por encima con respecto a las mujeres), así como las enfermedades del sistema circulatorio. Sin embargo, además de los tumores, las enfermedades del sistema circulatorio, respiratorio, nervioso y enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas son las principales patologías con tasas de mortalidad más elevadas en Canarias (Figura 24).

Aunque los datos presentan cierta similitud a nivel de islas, es destacable que en general las **muerres debidos a causas externas (accidentes, suicidios, ahogamientos, etc.)**, tienen gran peso en el **total**, con una incidencia similar en la práctica totalidad de las islas (quinta causa de muerte para hombres y octava o novena para las mujeres) con la excepción de La Gomera, donde es la tercera causa de muerte en varones. De manera directa se puede concluir el importante impacto de las enfermedades crónicas en limitar la calidad de vida y la buena salud de las personas y en ser causa de un importante número de fallecimientos tanto a nivel nacional como en Canarias.

1.3.3. Uso y consumo de recursos

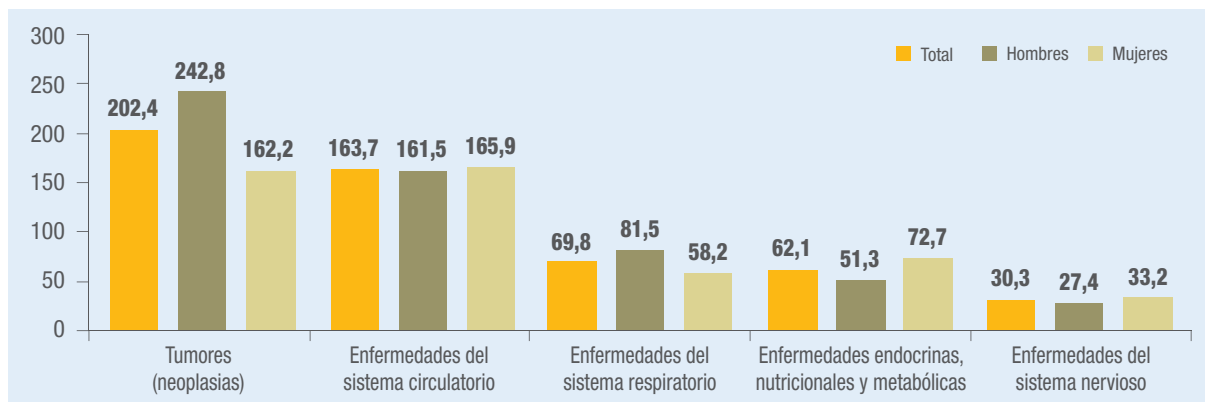
Una vez descritos algunos de los factores que inciden en la prevalencia de enfermedades y patologías crónicas, el efecto último sobre el Sistema Canario de Salud es el notable **incremento del gasto sanitario** que



Estrategia de abordaje a la cronicidad en la Comunidad Autónoma de Canarias

es generado por las enfermedades crónicas. A nivel global, se estima que la atención y gestión de enfermedades crónicas representa el 80% de las consultas de Atención Primaria y el 60% de los ingresos hospitalarios¹⁵.

Figura 24. Tasa de mortalidad según sexo y principales causas de muerte en Canarias (tasa por 100.000 habitantes, 2012)



Fuente: Elaboración propia a partir del ISTAC.

Así, de acuerdo a los datos del Servicio Canario de la Salud, los capítulos de enfermedades (de acuerdo a CIE-9) con **mayor número de altas hospitalarias** son los siguientes, por orden decreciente: **enfermedades del sistema circulatorio** (infarto agudo de miocardio e insuficiencia cardíaca), seguidas de neoplasias y enfermedades del aparato digestivo (entre las que se incluyen las enfermedades hepáticas), asociadas en mayor o menor medida a enfermedades crónicas.

Desagregando el análisis por tramos de edad en las hospitalizaciones, **el tramo comprendido entre 50 y 79 años tiene el mayor número de ingresos**¹⁶. En hombres, los motivos de ingreso más frecuen-

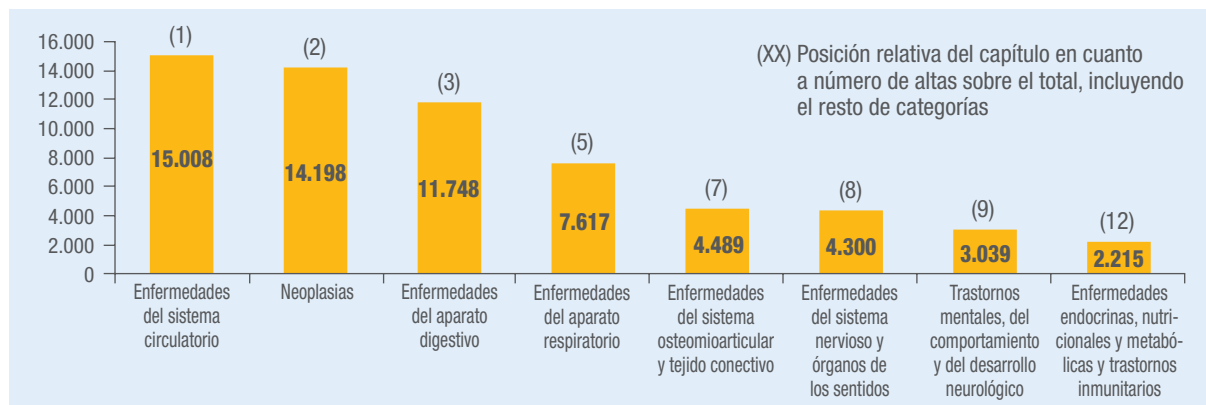
15. Según información de la Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad en el Sistema Nacional de Salud y del documento de consenso sobre la estrategia de gestión de crónicos de la Sociedad Española de Directivos de Atención Primaria.

16. CMBD, 2011.

tes aparecen en el apartado de patología cardiovascular y son infarto agudo de miocardio, insuficiencia cardíaca (sobre todo a partir de los 60 años que se incrementa con la edad), y oclusión de arterias cerebrales. En mujeres los motivos son insuficiencia cardíaca, oclusión de las arterias cerebrales e infarto agudo de miocardio. Este número de ingresos disminuye de forma significativa a partir de los 85 años. Asimismo, es destacable el **aumento de ingresos por enfermedad mental, fundamentalmente esquizofrenia, que aparece en las edades entre 24 y 49 años.**

Otro dato importante para determinar la mayor frecuentación de este tipo de pacientes es el número de hospitalizaciones y de **visitas a servicios de Urgencias de Canarias.** La Encuesta Nacional de Salud, muestra que si bien las visitas a urgencias han presentado un crecimiento desde el año 2011, es a partir del 2012 cuando se ha producido un cambio de tendencia, **disminuyendo un 8,3% en 2013** respecto del año anterior. De acuerdo a los datos provisionales disponibles para 2014, esta tendencia se mantiene reduciéndose un 7,9% adicional. En los hospitales de tercer nivel los pacientes atendidos mayores de 65 años suponen entre un 26% y un 40% del total de altas del servicio de urgencias. En este grupo de edad, el 60% de ellos son mayores de 74 años (Figura 25).

Figura 25. Altas hospitalarias de las principales categorías según capítulo CIE-9, asociadas a patologías crónicas en Canarias (número, 2013)

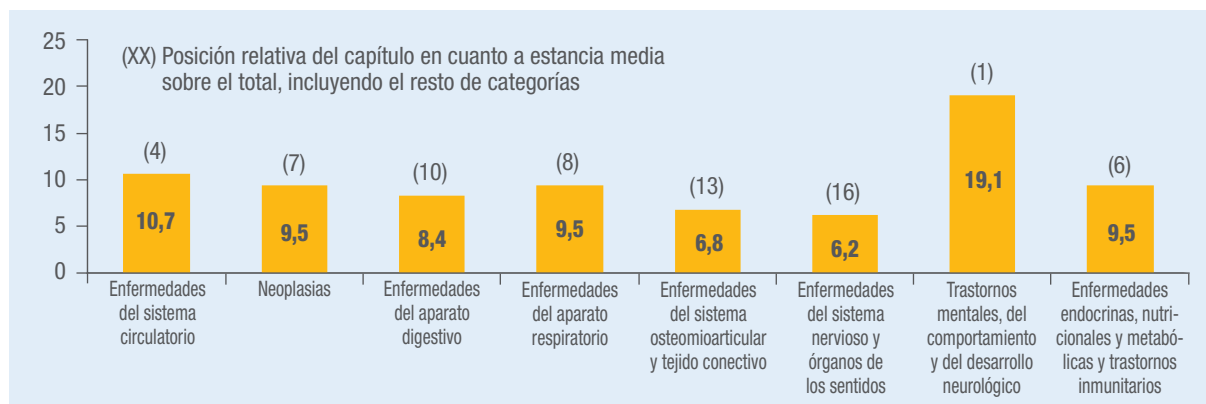


Fuente: Elaboración propia.

Estrategia de abordaje a la cronicidad en la Comunidad Autónoma de Canarias

Sin embargo, **las estancias más largas están asociadas a trastornos mentales**, con cerca de 20 días de media, destacando también las enfermedades del sistema circulatorio, con la 4ª posición global por estancia media y único capítulo de enfermedades con una estancia media superior a 10 días, junto a las anteriores (Figura 26).

Figura 26. Estancia media hospitalaria de las principales categorías según capítulo CIE-9, asociadas a patologías crónicas en Canarias (número de días, 2013)



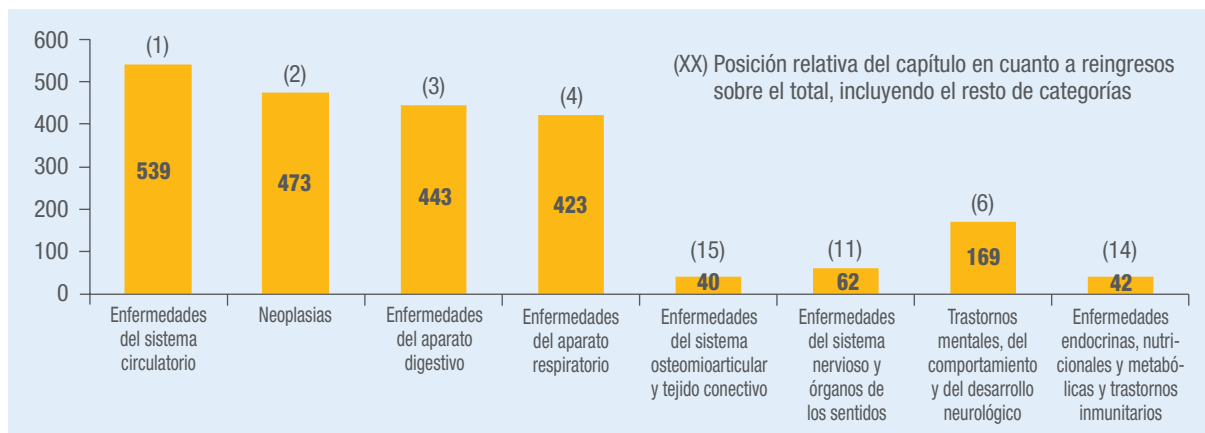
Fuente: Elaboración propia.

En cuanto a **reingresos**, si se obvian aquellos cuya causa está asociada a patologías o procesos agudos, **los cuatro primeros capítulos están asociados a patologías crónicas**. Dichos capítulos son la causa de más del **60% del total de reingresos**, sin contar los derivados de los factores mencionados con anterioridad.

Con respecto a los **reingresos** urgentes en Canarias, este indicador es **menor que la media nacional**, 95,6 frente a 114,2 por 1.000 habitantes/año, aunque la estancia media hospitalaria es 1,2 puntos más alta que la media nacional¹⁷ (Figura 27).

17. Elaboración propia.

Figura 27. Reingresos de las principales categorías según capítulo CIE-9, asociadas a patologías crónicas en Canarias (número, 2014)



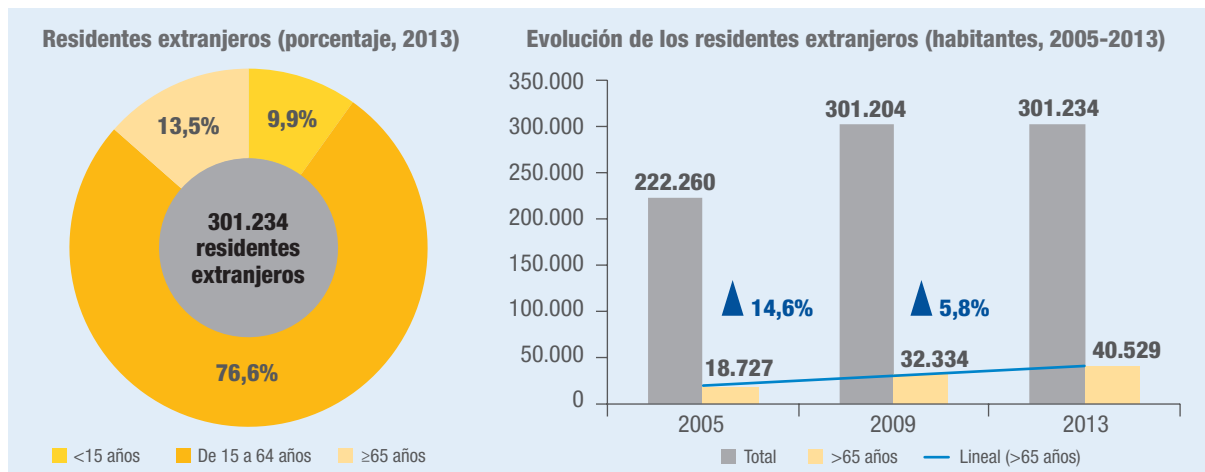
Fuente: Elaboración propia.

Por otra parte, es fundamental considerar el efecto que los **residentes extranjeros** tienen sobre el sistema de salud en Canarias, a diferencia de otras zonas a nivel nacional con una menor presencia de este grupo de población. Según datos del ISTAC¹⁸, el **14,2% de la población residente de Canarias** en el año 2013 era extranjera, contabilizando un total de 301.234 residentes en dicho año. Con respecto a este total, el 13,5% es mayor de 65 años, lo que supone aproximadamente el **2% del total de la población canaria**.

Desde 2005 a 2013, la población residente extranjera de más de 65 años ha crecido un 116,4%, hasta superar la barrera de los 40.000 residentes. Aunque a partir del año 2009 el crecimiento ha sido menor que en años precedentes, el colectivo mayor de 65 años ha seguido creciendo a tasas anuales cercanas al 6%, con el consiguiente impacto que esta población tiene sobre el sistema de salud en cuanto a frecuentación y coste asistencial generado (Figura 28).

18. Datos padrón municipal. ISTAC 2013.

Figura 28. Residentes extranjeros y evolución en Canarias, 2013



Fuente: ISTAC.

Fuente: ISTAC.

Según el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, se estima que **el 70% del gasto sanitario del sistema de salud se destina a la atención asistencial de pacientes crónicos**. Igualmente, los costes en los pacientes con más de una enfermedad crónica llegan a multiplicarse por 6 con respecto a los que no tienen ninguna o sólo tienen una¹⁹.

El gasto farmacológico varía igualmente de acuerdo a la situación de los pacientes en relación a la cronicidad, concretamente en función de:

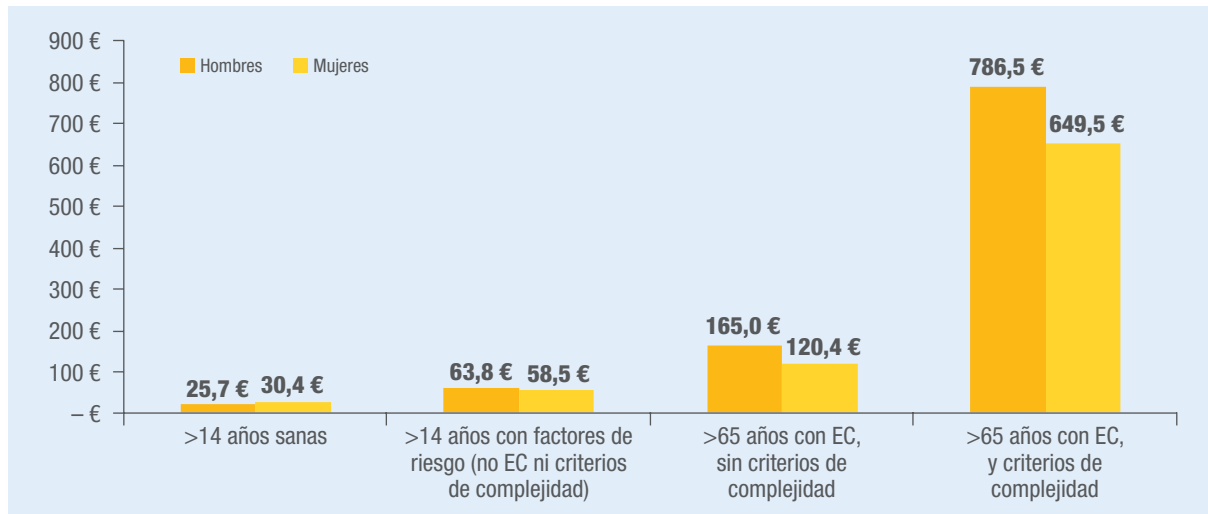
- Presencia de factores de riesgo: ser fumador, ser bebedor de riesgo, usuario de drogas ilegales, hipercolesterolémico, hipertenso, obeso.
- Existencia de enfermedades crónicas: cardiopatía isquémica, demencia, depresión, diabetes mellitus, enfermedad renal crónica, EPOC, ictus, insuficiencia cardíaca, neoplasias activas.

19. Grupo de Trabajo de la Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI) y la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria (SEMFYC).

- Criterios de complejidad: más de tres enfermedades crónicas, ser susceptible de atención domiciliaria, ser susceptible de cuidados paliativos, mayor de 80 años, tener un índice de Barthel menor de 60, 5 o más medicamentos vigentes en su plan de tratamiento, 12 o más consultas en AP, tener repercusión macro (EVA) o microvascular (nefropatía o retinopatía diabética).

Atendiendo a dichos factores así como a la edad, se observa con claridad un crecimiento exponencial del gasto a medida que aumenta el nivel de cronicidad y complejidad del paciente. Así, el gasto en personas mayores de 65 años con enfermedades crónicas y criterios de complejidad respecto a las personas mayores de 14 años sanas es **entre 20 y 30 veces mayor en mujeres y en hombres respectivamente**, esto es, pasa de 25,7 €/hombre y 30,4 €/mujer anualmente a 786,5 y 649,5 euros respectivamente. Por sexos, el gasto farmacológico es por lo general mayor en hombres que en mujeres, aumentando la diferencia entre ambos sexos a medida que el estado de salud es más complejo (Figura 29).

Figura 29. Gasto farmacológico medio en personas mayores de 14 años, en función de los criterios anteriores (€/persona, 2014)



Fuente: Elaboración propia a partir de datos de DRAGO-AP.



Estrategia de abordaje a la cronicidad en la Comunidad Autónoma de Canarias

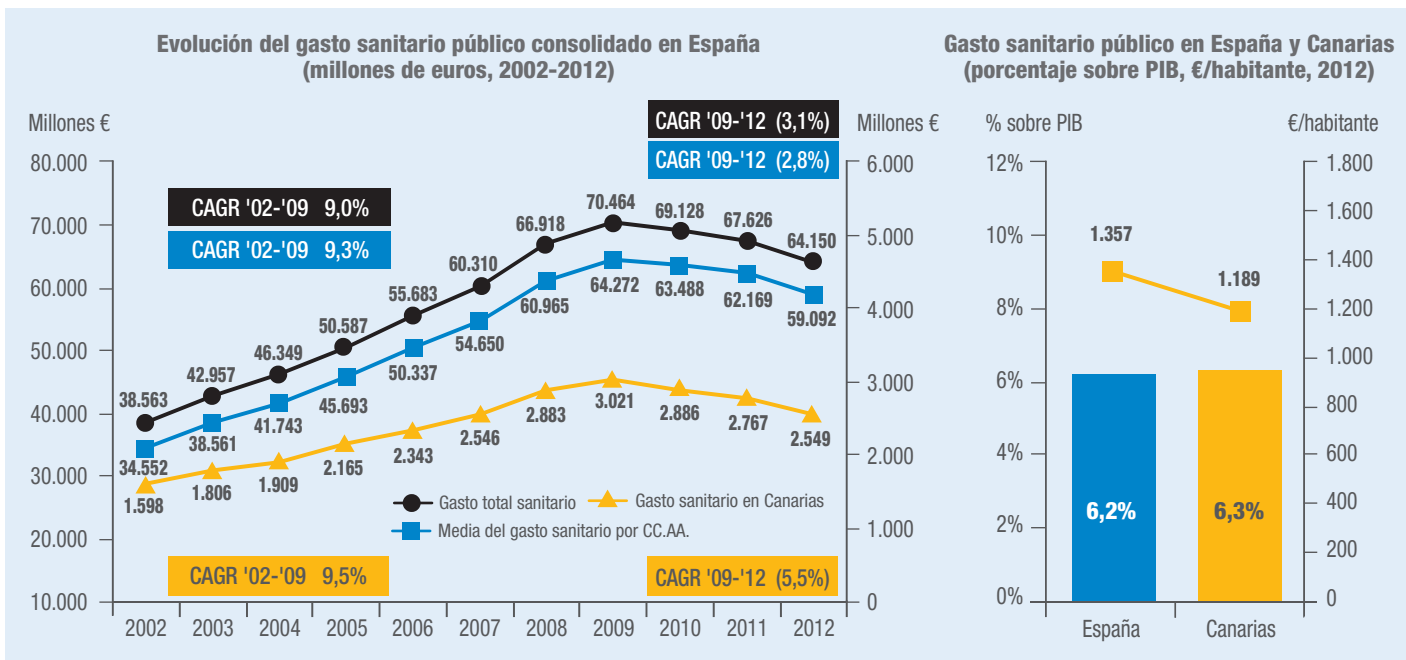
Si atendemos al **consumo de fármacos** por paciente dispensados por oficina de farmacia, excluyendo los de dispensación hospitalaria, estandarizando por edad y sexo en mayores de 15 años, observamos que el paciente medio con registro de las enfermedades crónicas definidas anteriormente por sí solas o asociadas entre sí, presenta un número medio de medicamentos que se sitúa entre los 6 medicamentos por paciente con registro de neoplasias hasta los 11 medicamentos asociados con registro de insuficiencia cardíaca. Así, el gasto estandarizado por paciente con los mismos criterios, se ubica entre los 834,23 € para pacientes con registro de neoplasias a los 1.666,79 € para pacientes con registro de demencia.

El efecto agregado de todos los factores explicados anteriormente deriva en último término en un notable **incremento del gasto sanitario de las personas con enfermedades crónicas**. De manera global, el gasto sanitario público en España ha crecido desde 2002 a 2009 a un ritmo anual medio del 9%, llegando casi a duplicar el gasto en dicho período (en ese período, el gasto sanitario en Canarias creció a un ritmo medio de 9,3 puntos). No obstante, desde 2009 el gasto sanitario ha sufrido una progresiva reducción, a un ritmo del 5,5% anual.

Así, en el año 2012 Canarias presentó un gasto sanitario de 2.549 millones de euros, un 6,3% sobre su PIB, ligeramente por encima de la media nacional con un 6,2%, esto es, Canarias hace un esfuerzo superior a la media del país en salud en base a la riqueza de la región. No obstante el gasto por habitante es todavía inferior a la media nacional con 1.189 €/habitante frente a 1.357 €/habitante (Figura 30).


Por todo ello, es crucial desarrollar una **adecuada respuesta al abordaje del paciente crónico** en Canarias, ya que de continuar en la misma situación, se pondrá en peligro la viabilidad del Sistema Canario de Salud. Por ello, el objetivo de la Estrategia de atención y gestión del paciente crónico en la Comunidad Autónoma de Canarias no sólo debe estar enfocado a transformar el modelo asistencial para **mejorar tanto la respuesta como la calidad que presta a sus ciudadanos**, sino que debe avanzar en una organización y estructuración de los recursos **con el fin de dotar de la sostenibilidad que requiere el servicio de salud**.

Figura 30. Evolución del gasto sanitario público en España, 2002-2012.
Gasto sanitario público en España y Canarias, 2012



Fuente: MSSSI, Estadística de Gasto Sanitario Público.

Fuente: MSSSI, Estadística de Gasto Sanitario Público.



2 Marco para el desarrollo y orientación de la atención y gestión de enfermedades crónicas

CRONICIDAD



2

Marco para el desarrollo y orientación de la atención y gestión de enfermedades crónicas

2.1. La cronicidad, una preocupación mundial

El envejecimiento progresivo de la población, la disminución de los hábitos de vida saludables, acompañados de políticas de actuación sobre enfermedades transmisibles que han limitado y reducido su incidencia y, la incorporación de nuevos tratamientos que han alargado considerablemente la esperanza de vida de los pacientes con enfermedades asociadas históricamente a elevadas tasas de mortalidad han producido un desequilibrio entre los problemas de salud más prevalentes en la actualidad, en su gran parte procesos crónicos, y el modelo de atención al paciente actual.

Adicionalmente, la evolución y generalización de las nuevas tecnologías desde mediados de los años 90 del siglo pasado ha supuesto una progresiva modificación de la actitud, intereses y hábitos de los pacientes en relación a su estado de salud, facilitando el acceso a información sanitaria (con diversos grados de calidad) y promoviendo una aproximación proactiva y con voluntad de decisión y participación en el proceso de atención sanitaria. Las nuevas tecnologías también han facilitado herramientas que posibilitan una mayor accesibilidad y comunicación tanto entre los pacientes y los profesionales sanitarios como entre los miembros de este último colectivo.

La combinación de los factores anteriores está favoreciendo la reestructuración y reorientación de los sistemas sanitarios en los países desarrollados (mayoritariamente destinados a la atención de casos agudos) con el objetivo principal de poder afrontar una atención eficiente de las enfermedades crónicas, especialmente en pacientes con recursos limitados, a la vez que integran y desarrollan progresivamente el necesario cambio de paradigma en la relación entre pacientes y profesionales sanitarios, que se requiere más cercano, accesible y con mayor participación de los primeros.

Como respuesta a este nuevo escenario, en el año 2005 la Organización Mundial de la Salud publicó un informe²⁰ en el que instaba a los sistemas de salud a nivel mundial a diseñar y establecer estrategias adaptadas a esta nueva realidad, así como a reestructurar los sistemas sanitarios para hacer frente a este nuevo escenario poblacional. Así, y teniendo en cuenta que la atención a las necesidades de este perfil de paciente es también prioritaria para una adecuada atención sanitaria en conjunción con la sostenibilidad presente y futura de los servicios sanitarios ya que utiliza una parte importante de los recursos sanitarios, aún no existe un abordaje común en las economías más avanzadas frente al reto de cómo adecuar sus sistemas sanitarios a la atención a la cronicidad. A pesar de ello, las iniciativas llevadas a cabo por instituciones universitarias y/o clínicas, ya sea como modelos piloto o como iniciativas individuales, han posibilitado el desarrollo de modelos de referencia y la identificación de buenas prácticas que han permitido estructurar las diferentes estrategias de gestión y atención de las necesidades específicas de los pacientes crónicos en estos países.

2.1.1. Necesidades diferenciales del enfermo crónico

Aunque no existe un listado homogéneo y estándar de patologías definidas, es importante considerar aquellos **factores específicos de las enfermedades crónicas** que permiten su identificación:

- Su aparición se produce generalmente de forma gradual a lo largo de la vida del paciente, aunque son más prevalentes en las edades avanzadas y pueden presentarse de forma repentina y aguda.
- Se trata de patologías de larga duración y que acostumbran a producir un deterioro progresivo y general de la salud del paciente.

20. Preventing chronic diseases: a vital investment: WHO global report.

Capítulo 2. Marco para el desarrollo y orientación de la atención y gestión de enfermedades crónicas

- Debido a dicha duración, los cuidados y la atención que requieren los pacientes se prestan a lo largo de una larga etapa de sus vidas y deben evolucionar durante el proceso para adaptarse a los cambios que experimente el paciente.
- Su progresión suele derivar en la aparición de limitaciones funcionales y situaciones de discapacidad que afectan a la calidad de vida del paciente y de su entorno, existiendo una relación directa entre cronicidad y dependencia.
- La comorbilidad de los pacientes que presentan este tipo de enfermedades acostumbra a ser elevada.
- Aunque su aparición no suele suponer una situación de urgencia o emergencia vital, sí se configuran como la causa más común de mortalidad prematura.
- Algunas enfermedades crónicas son susceptibles de intervenciones que pueden prevenir o retrasar su aparición, o bien, frenar su evolución y reducir las complicaciones una vez establecidas.

Así un abordaje efectivo de las enfermedades crónicas exige considerar todos estos factores diferenciales, **posicionando al enfermo en el centro del sistema** desde su génesis, su tratamiento preventivo, curativo, paliativo y rehabilitador, hasta su desenlace final.

Por tanto, con independencia de la **enfermedad crónica** que se trate, los factores más importantes en las intervenciones en este tipo de procesos son diferentes de aquellos en intervenciones con enfermos agudos, y conducen a unas **necesidades específicas y diferenciadas**:

- 1. Enfoque comunitario proactivo:** El enfoque tradicional curativo empleado en la enfermedad aguda debe ser transformado en otro donde toman mayor importancia las actuaciones de promoción de la salud, prevención de la aparición de las patologías y de rehabilitación, tanto sobre los pacientes como sobre el conjunto de la población.
- 2. Abordaje coordinado e integral por parte del sistema de atención:** Así, la coordinación entre todos los agentes implicados en la atención de la cronicidad (y no sólo del paciente crónico) es fundamental, e incorpora tanto los diferentes niveles de atención sanitario, como la administración sanitaria (como impulsor de políticas transversales) y agentes de otros ámbitos (social, educativo, deportivo, etc.).
- 3. Diagnóstico integral e individualizado del paciente:** El diagnóstico del paciente no debe centrarse únicamente en la patología y su estado de salud sino que debe incorporar todos aquellos aspectos

y condicionantes de su entorno que puedan influir o verse influenciados por la patología (aspectos físicos, emocionales y sociales).

4. Empoderamiento, autonomía y corresponsabilidad del paciente y del cuidador: La elevada duración de las enfermedades conlleva una mayor responsabilidad del paciente, de sus cuidadores y del entorno en general, de cara a garantizar la adherencia al tratamiento y facilitar la autogestión de la enfermedad y de los cambios en el estilo de vida que se deriven de ella, frente al rol pasivo tradicional del paciente como receptor de cuidados.

5. Atención continua y de larga duración centrada en el paciente y sus necesidades: El paciente debe ubicarse en el centro de la atención en todos los niveles y recursos asistenciales y a lo largo de todo el ciclo de la enfermedad, atendiendo a las necesidades sanitarias y no sanitarias del paciente asociadas a su calidad de vida, en contraposición al enfoque tradicional de actuación episódica y aguda, frecuentemente fragmentada para superar un proceso puntual.

Por todo ello, es ampliamente aceptado que se requiere un modelo de atención diferente al tradicional sanitario, el cual está orientado a la atención de casos agudos y no dispone por lo general de las herramientas, organización, etc. necesarias para abordar el reto de la cronicidad.

2.1.2. Modelos de referencia e intervenciones de atención a crónicos

El impacto e importancia de las enfermedades crónicas sobre los sistemas sanitarios, especialmente en el ámbito de la provisión de atención sanitaria, han conducido al desarrollo de nuevos modelos que inciden fundamentalmente en un **rediseño** de los sistemas actuales al objeto de proporcionar una **integración de servicios y una continuidad de los cuidados**. En este sentido, partiendo de los modelos teóricos orientados a la proposición de marcos de trabajo con vocación universal o global, se han producido diferentes acercamientos y abordajes en la atención y gestión del paciente crónico en múltiples servicios sanitarios de países y regiones.

Sin embargo, no existe en todos los casos evidencia sobre el impacto de estos modelos en la calidad de la atención, por lo que la elección de uno u otro modelo debe realizarse sobre la base de las necesidades organizativas y las posibilidades de sostenibilidad del modelo en el tiempo.

Capítulo 2. Marco para el desarrollo y orientación de la atención y gestión de enfermedades crónicas

Modelos internacionales

Los modelos de referencia internacionales en Gestión de Enfermedades Crónicas (GEC) se pueden clasificar en torno a dos perspectivas complementarias entre sí:

- 1. Modelos de sistema:** Centrados en la reorganización del sistema hacia un modelo centrado en la prevención y la coordinación tanto interna como con el paciente. Las principales referencias de esta tipología de modelos son el **Chronic Care Model (CCM)** desarrollado por el *MacColl Institute for Healthcare Innovation*; y el **Innovative Care for Chronic Conditions (ICCC)**, desarrollado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) sobre la base del CCM.
- 2. Modelos poblacionales:** Focalizados en el análisis del colectivo de atención y de sus necesidades para la definición de las medidas a desarrollar. El principal exponente de esta tipología de modelos es **la Pirámide de riesgo de Kaiser Permanente**, orientada a la estratificación de los pacientes de acuerdo a su complejidad y necesidades de atención.

A continuación se detallan las principales características de estos modelos, los cuales servirán de base para la configuración de la presente Estrategia de Atención y Gestión del Paciente Crónico:

1. Modelo de Atención al Crónico (The Chronic Care Model)

El Modelo de Atención al Crónico (CCM), desarrollado por Ed Wagner y sus colaboradores del *MacColl Institute for Healthcare Innovation* (Seattle, EE.UU.)²¹, es un modelo ampliamente conocido y empleado a nivel internacional como base para el desarrollo de estrategias de atención a la cronicidad.

Su principal objetivo es transformar la estructura y el proceso de atención sanitaria habitual hacia un contexto en el que el **paciente** disponga de la suficiente información y autonomía como para poder tener un **papel activo en la gestión de su situación**. Así pues, supone una reorientación del modelo hacia una atención más personalizada y centrada en el paciente.

21. Bodenheimer T, Wagner EH, Grumbach K. Improving Primary Care for Patients with Chronic Illness. JAMA. 2002; 288 (14): 1775-9.



Estrategia de abordaje a la cronicidad en la Comunidad Autónoma de Canarias

Para ello, este modelo trabaja sobre la introducción de un programa de calidad asistencial en **seis áreas clave**:

- 1. Sistema sanitario:** El objetivo principal es establecer un adecuado liderazgo e incentivación de la gestión del paciente crónico.
- 2. Políticas y recursos comunitarios:** Potenciar la coordinación con otros agentes relacionados con la atención integral de la cronicidad, facilitando así el acceso a recursos externos al propio sistema de atención sanitaria.
- 3. Autocuidado:** Promover el empoderamiento del paciente y las habilidades para conseguir una mayor autonomía en la gestión de su enfermedad.
- 4. Diseño coordinado de la prestación de servicios:** Desarrollar un sistema de provisión coordinado entre los diferentes agentes implicados, que posibilite una mejora general del control del tratamiento, del conocimiento de su evolución, del empleo de los recursos del sistema y de la satisfacción del paciente.
- 5. Apoyo a la toma de decisiones:** Impulsar el empleo de herramientas de soporte a la decisión, incorporando y desarrollando guías prácticas basadas en resultados en salud.
- 6. Sistemas de información clínica:** Facilitar el acceso a sistemas de información clínica adecuados y adaptados a las necesidades de la atención integral a la cronicidad que faciliten la prevención y el cuidado proactivo así como el autocuidado (Figura 31).

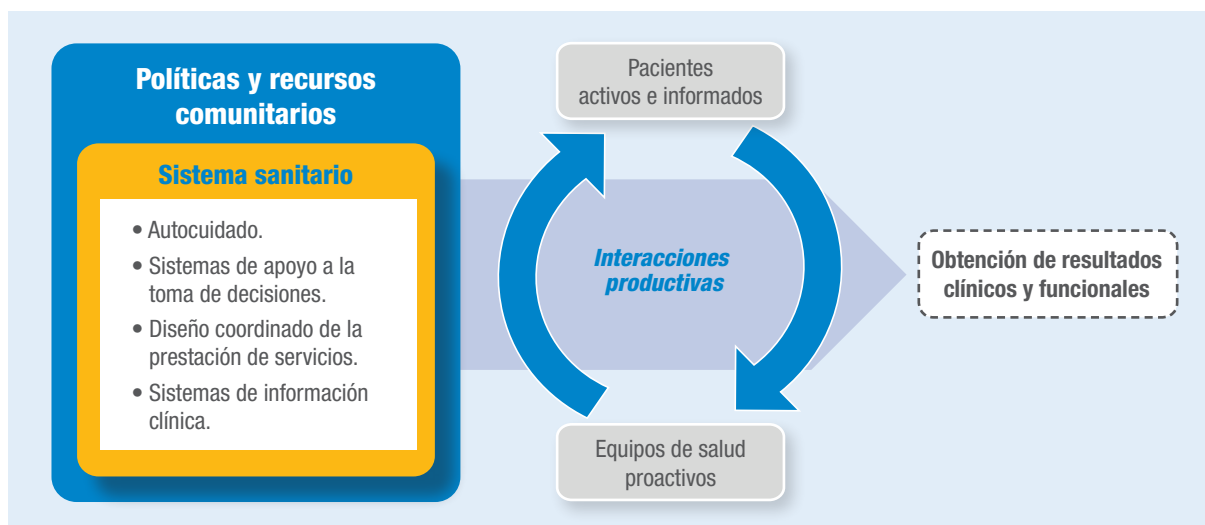
II. Modelo de Atención Innovadora a la Cronicidad (Innovative Care for Chronic Conditions)

El modelo de Atención Innovadora a la Cronicidad o ICCC por sus siglas en inglés, fue diseñado por la Organización Mundial de la Salud en el año 2002 como una **adaptación del Modelo de Atención al Crónico (CCM)**, enfatizando los aspectos comunitarios y de desarrollo de políticas a nivel institucional, así como el paciente y su entorno familiar²².

22. World Health Organization. Innovative Care for Chronic Conditions. Building blocks for action. Global Report, 2002.

Capítulo 2. Marco para el desarrollo y orientación de la atención y gestión de enfermedades crónicas

Figura 31. Modelo de Atención al Crónico (Chronic Care Model)



Fuente: MacColl Institute for Healthcare Innovation. 1998.

Así, este modelo se estructura en tres niveles:

1. Nivel **micro**: Está centrado en el paciente, incidiendo en la importancia de la reorganización sanitaria para posibilitar que profesionales y agentes trabajen motivados, y de manera coordinada con el paciente y su familia.
2. Nivel **meso**: Está orientado al rol específico de los agentes comunitarios, estableciendo la importancia del compromiso y la organización de la acción de los agentes, de la comunidad en su conjunto y de las autoridades gubernamentales en el proceso de sensibilización y prevención de enfermedades crónicas.
3. Nivel **macro**: Está focalizado en las políticas y estrategias, en la necesidad de asegurar una adecuada financiación y provisión de recursos asistenciales y en la adecuación de las necesidades de los pacientes con el marco legislativo (Figura 32).

Estrategia de abordaje a la cronicidad en la Comunidad Autónoma de Canarias

Figura 32. Atención Innovadora a la Cronicidad (*Innovative Care for Chronic Conditions*)



Fuente: OMS, 2002.

III. Pirámide de Kaiser Permanente

Este modelo, desarrollado por la aseguradora Kaiser Permanente, se basa en el análisis poblacional orientado a **estratificar dicha población de acuerdo a sus necesidades de atención**. Este enfoque posibilita una mejor definición de la atención integral y de los recursos a emplear, actuando de palanca para el empleo de herramientas innovadoras vinculadas a la **prevención y gestión de enfermedades**²³.

El modelo propuesto por Kaiser Permanente define **cuatro estratos**:

- 1. Población en general:** Población sana/no diagnosticada sobre la que se priorizan actuaciones de promoción de la salud con el objetivo de controlar los factores de riesgo e impulsar la prevención de la enfermedad.
- 2. Pacientes crónicos:** Primer nivel de pacientes cuya situación les permite gestionar su propia enfermedad, con apoyo puntual prestado por profesionales del sistema.
- 3. Pacientes de alto riesgo:** Segundo nivel de pacientes, en el cual la gestión de la enfermedad pasa por una combinación de autogestión y apoyo profesional continuado de acuerdo a su patología.
- 4. Pacientes de alta complejidad:** Este último nivel incluye aquellos pacientes que debido a su situación (p.ej.: comorbilidades) requieren una gestión individualizada integral del caso (Figura 33).

Así pues, este modelo propone un **modelo de atención integral** donde se potencia:

- La prevención y promoción de la salud.
- El autocuidado y cuidado domiciliario con alta capacidad resolutive en el nivel de Atención Primaria.
- La minimización de las hospitalizaciones y las estancias mediante una gestión activa de los pacientes.
- El trabajo coordinado de todos los profesionales involucrados en su tratamiento y seguimiento.

Además de los modelos indicados con anterioridad, existen referencias en la literatura a otros modelos y marcos de actuación orientados a la atención a la cronicidad como son *Improving Chronic Illness Care (ICIC)*,

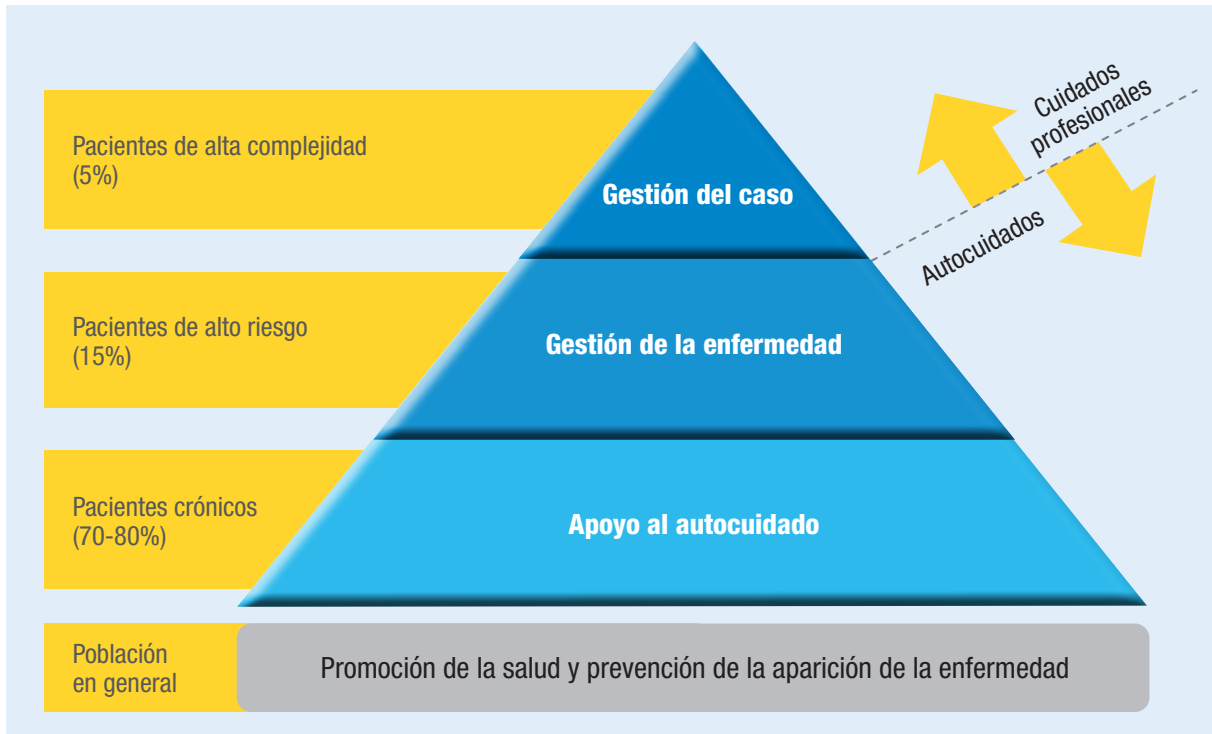
23. Santos-Ramos B, Otero López MJ, Galván-Banqueri M, Alfaro-Lara ER, Vega-Coca MD, Nieto-Martín MD, et al. Modelos de atención al paciente pluripatológico y el papel de la farmacia hospitalaria. *Farm Hosp* 2012; 36 (6): 506-517.



Estrategia de abordaje a la cronicidad en la Comunidad Autónoma de Canarias

Stanford Model (centrado en el autocuidado) y *Transitional Care Model (TCM)*, aunque todos ellos giran normalmente en torno a los conceptos expuestos con anterioridad su presencia en cuanto a nivel de desarrollo, implementación e impacto es menor²⁴.

Figura 33. Pirámide de Kaiser Permanente ampliada



Fuente: Kaiser Permanente.

24. Grover A, Joshi A. An Overview of Chronic Disease Models: A Systematic Global Journal of Health Science 2015; 7 (2): 210-227.

2.2. Aplicación de los modelos de referencia en la práctica

2.2.1. Qué dice la evidencia de los abordajes estructurados

Muchos países han definido, desarrollado e implementado modelos de atención a crónicos en los últimos años, la mayor parte de ellos basados y/o desarrollados a partir de los modelos indicados con anterioridad. Así, algunas de las experiencias más relevantes a este respecto son:

- El Chronic Care Model ha sido ampliamente implantado y desarrollado en EE.UU., aunque con diferentes alcances y enfoques en función de la geografía²⁵.
- El Expanded Chronic Care Model, desarrollado en la provincia de British Columbia de Canadá, que desarrolla los ámbitos de promoción de la salud y prevención sobre la base del CCM²⁶. Adicionalmente, la mayor parte de las provincias de Canadá han adaptado e implementado este modelo en la actualidad (p.ej.: Alberta).
- Desde principios de siglo en el Reino Unido se analizaron con gran interés las experiencias en atención integral de crónicos desarrolladas en Estados Unidos. Así, con una importante influencia tanto del modelo de Kaiser Permanente²⁷ como del Chronic Care Model²⁸, se empezó a desarrollar un enfoque de gestión de la cronicidad adaptado a las necesidades específicas del Reino Unido que ha acabado denominándose *House of Care*²⁹ y en el que se refuerzan varios de los aspectos del modelo (p.ej.: combinar la atención personalizada a las personas de mayor riesgo con la adecuada planificación sanitaria para el conjunto de la población de una determinada geografía de acuerdo a la información social y sanitaria disponible).
- En parte de la Europa continental, la implementación de los modelos de atención a crónicos se ha enfocado desde la aplicación de programas de gestión de enfermedades (*Disease Management Programs, DMP*)

25. Coca A, Francies MD. Implementing the Chronic Care Model in an academic setting: a resident's perspective. *Semin Med Pract* 2007; 10: 1-8.

26. Barr VJ, Robinson S, Marin-Link B, Underhill L, Dotts A, Ravensdale D et al. The Expanded Chronic Care Model: an integration of concepts and strategies from population health promotion and the Chronic Care Model. *Hospital Quarterly* 2003; 7 (1): 73-82.

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

28. Gask L. Waking up to chronic care. *Qual Saf Health Care* 2004; 13: 246.

29. Coulter A, Roberts S, Dixon A. Delivering better services for people with long-term conditions: building the house of care. London: The King's Fund, 2013.

con mayor o menor coordinación entre ellos (como en Alemania)³⁰ o con enfoques integrales sobre poblaciones con unas determinadas características y/o en zonas delimitadas (como en Italia)³¹.

- En el resto del mundo, hay igualmente una gran diversidad de experiencias e iniciativas, desde planes para la implantación de carácter global de un modelo de atención a crónicos en países como Sudáfrica³² (basado en el ICCC) a iniciativas centradas en ámbitos específicos relativos a un determinado país (como es el caso de la población aborigen en Australia)³³.

Desde el inicio del desarrollo e implantación de estos modelos se ha tratado de evaluar su impacto en diferentes dimensiones: clínica, social, económica, etc. En general, la **evaluación resultante es positiva**, de modo que las iniciativas de gestión integral de la cronicidad (en sus diferentes variantes y alcances) suponen una mejora en^{34,35}:

- La calidad de vida y el estado de salud de los pacientes tratados.
- La utilización de los recursos tanto sanitarios como no sanitarios.
- Los costes de tratamiento de los pacientes a medio-largo plazo.

Estas mejoras no son generalmente consecuencia de ningún elemento en particular sino que es **la interrelación entre los diferentes aspectos que componen estos modelos** (el refuerzo de la coordinación entre recursos asistenciales, el impulso a la autogestión del paciente, la proactividad en la prevención, etc.) **la que conduce a estos resultados**³⁶.

30. Petersen JJ, Paulitsch MA, Mergenthal K, Gensichen J, Hansen H, Weyerer, S et al. Implementation of chronic illness care in German primary care practices - how do multimorbid older patients view routine care? A cross-sectional study using multilevel hierarchical modelling. BMC Health Services Research 2014; 14: 336.

31. Vezzani. ARIA Project. Bologna: Agenzia sanitaria e sociale regionale dell'Emilia-Romagna, 2013.

32. Oni T, McGrath N, BeLue R, Roderick P, Colagiuri S, May CR, et al. Chronic diseases and multi-morbidity - a conceptual modification to the WHO ICCC model for countries in health transition. BMC Public Health 2014; 14: 575.

33. Chronic Care for Aboriginal People: Model of Care. Sydney: NSW Department of Health, 2010.

34. Boult C, Murphy E. New models of comprehensive health care for people with chronic conditions. Living well with chronic illness: a call for public health action 2012; app. B: 285-317.

35. O'Connor M, Lim D, Ward D, Hepworth J. Integrated chronic disease management in primary-secondary care: a systematic literature review of the evidence. Australian Diabetes Society and Australian Diabetes Educators Association Annual Scientific Meeting 2014, 27-29 August 2014, Melbourne, Australia.

36. Ham C. The ten characteristics of the high-performing chronic care system. Health Economics, Policy and Law 2010; 1 (5): 71-90.

Capítulo 2. Marco para el desarrollo y orientación de la atención y gestión de enfermedades crónicas

No obstante, **esta valoración se ve limitada** por aspectos como, por ejemplo³⁷:

- La heterogeneidad de los modelos en enfoque, alcance y grado de desarrollo.
- Las diferencias en condiciones de partida en la aplicación de los modelos.
- La dificultad en obtener información y datos comparables.
- El rango temporal de análisis.

De este modo, los resultados específicos en las diferentes dimensiones de análisis pueden variar ampliamente de una experiencia a otra. En esta línea, se ha identificado que determinados aspectos de los modelos pueden ser o no de utilidad de acuerdo al contexto en el que se aplique.

Así, es importante recordar que los modelos de atención integral a la cronicidad son esencialmente marcos conceptuales de actuación cuya **implementación específica debe adecuarse a las condiciones particulares de donde se quieran desarrollar**: organización del sistema de salud, epidemiología y características sociodemográficas de la población, etc.

2.2.2. Estrategia nacional y otras experiencias en España

El abordaje de la gestión y tratamiento de pacientes crónicos **en España se ha realizado en los últimos años de manera desigual**. Mediante iniciativas y programas estructurados principalmente en torno a factores geográficos y de disponibilidad de recursos sanitarios, la gran mayoría de Comunidades Autónomas han tratado de mejorar la continuidad asistencial y la coordinación de la atención con el ámbito social aunque con cierta diversidad de planteamientos.

En 2006, Aragón aprobó el primer plan de atención a crónicos a nivel autonómico, aunque su enfoque estaba muy orientado a la atención a la población dependiente. No sería hasta 2010, con la aprobación de la “Estrategia para afrontar el reto de la cronicidad en Euskadi”, cuando se tendría una iniciativa de

37. Coleman K, Austin BT, Brach C, Wagner EH. Evidence on the chronic care model in the new millennium. Health Affairs 2009; 28 (1): 75-85.

carácter autonómico con un enfoque de atención integral de la cronicidad. Esta iniciativa se estructura en 5 áreas similares a las mencionadas en los modelos detallados con anterioridad: salud poblacional, promoción y prevención, responsabilidad y autonomía del paciente, continuidad asistencial, e intervenciones adaptadas a las necesidades del paciente. Posteriormente, las comunidades de Valencia, Cataluña y Andalucía definieron sus estrategias que junto con la del País Vasco fueron el germen de la Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad en el Sistema Nacional de Salud.

No obstante, es a partir de la aprobación de la denominada **Declaración de Sevilla**, en la Conferencia Nacional para la Atención al Paciente con Enfermedades Crónicas de 2011³⁸, cuando se da un **impulso al tratamiento integral de estas patologías**. Dicha declaración recoge una serie de propuestas de consenso para abordar los principales problemas y carencias comunes que presentan los sistemas de salud en torno a tres ámbitos:

- 1. El paciente y la comunidad:** Estratificación de la población, actuación sobre los condicionantes de la aparición de las enfermedades crónicas, fomento de las actuaciones de prevención y promoción de la salud, soporte al autocuidado, etc.
- 2. La organización de la atención:** Desarrollo de la continuidad asistencial centrada en la atención al paciente, impulso de la coordinación entre agentes intersectoriales (sanitarios y no sanitarios), acceso a herramientas adecuadas para la gestión integral del paciente, etc.
- 3. La información clínica y la toma de decisiones:** Implantación de la historia clínica electrónica única por paciente, desarrollo de indicadores de evaluación consensuados para la gestión de los pacientes crónicos a lo largo de todo el proceso, desarrollo de nuevas estrategias adaptadas al mayor empoderamiento de los pacientes y el cambio en la relación con los profesionales sanitarios, etc.

Poco después, en el año 2012, el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud aprobó la **Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad en el SNS**, que persigue alcanzar un cambio de enfoque en el sistema, transformando el sistema tradicional, centrado en la enfermedad, por un nuevo **modelo centrado en las personas**; en la atención de las necesidades de la población en su conjunto y de cada

38. Ollero Baturone M, Orozco Beltrán D, Domingo Rico C, Román Sánchez P, López Soto A, Melguizo Jiménez M, et al. Declaración de Sevilla: Conferencia Nacional para la atención a pacientes con enfermedades crónicas. Rev Clin Esp 2011; 211 (11): 604-606.

Capítulo 2. Marco para el desarrollo y orientación de la atención y gestión de enfermedades crónicas

persona en particular, de forma que la asistencia sanitaria sea adecuada y eficiente, se garantice la continuidad asistencial en los cuidados, se adapte a la evolución de la enfermedad en el paciente y favorezca su autonomía personal (Figura 34).

Figura 34. Principios rectores de la Estrategia de Abordaje a la Cronicidad en el SNS



Fuente: Estrategia de Abordaje a la Cronicidad del SNS, MSSSI.

La estrategia se estructura en **seis grandes líneas de acción** que se describen a continuación:

1. **Promoción de la salud**, cuyo objetivo es impulsar y reforzar la capacitación de las personas y los ciudadanos para promover la autonomía, el autocuidado y los estilos de vida saludables. Además, persigue favorecer el desarrollo de un enfoque intersectorial en la promoción de la salud y, la participación social en la priorización, ejecución y evaluación de las políticas de abordaje a la cronicidad.

- 2. Prevención de las condiciones de salud y limitaciones en la actividad de carácter crónico**, enfocada en disminuir la prevalencia de los factores de riesgo que determinan la aparición o evolución de enfermedades crónicas (tabaquismo, consumo de alcohol, etc.), reducir las lesiones como causantes de condiciones de salud y limitaciones de carácter crónico, e impulsar el diagnóstico y tratamiento precoz de las limitaciones de la actividad de carácter crónico para prevenir la pérdida funcional y aparición de nuevas enfermedades en estos pacientes.
- 3. Continuidad asistencial**, al objeto de garantizar la atención a las personas en el sistema y ámbito más adecuado por los profesionales que mejor puedan dar respuesta a sus necesidades (fomentando el trabajo en equipos interdisciplinarios y definiendo competencias y responsabilidades de todos los profesionales implicados en el abordaje a la cronicidad), la continuidad de los cuidados en la atención sanitaria (evitando la duplicidad y facilitando la transición entre niveles asistenciales) e impulsando la integración asistencial a nivel estructural y organizativo.
- 4. Reorientación de la atención sanitaria**, destinada a garantizar intervenciones sanitarias efectivas, seguras, eficientes, sostenibles y proporcionadas, basadas en la mejor evidencia científica. Así, destaca la importancia de identificar el nivel de necesidad específico de cada paciente y la adecuada provisión de intervenciones concretas, que permitan optimizar la terapia farmacológica en los pacientes con tratamientos crónicos, con especial atención a los pacientes polimedicados.
- 5. Equidad en salud e igualdad de trato**, centrada en disminuir las desigualdades en salud desde un enfoque de determinantes sociales de los problemas crónicos, incidiendo especialmente en las desigualdades de género. Por otra parte, aborda la necesidad de mejorar el acceso (disponibilidad, accesibilidad y aceptabilidad) a los sistemas sociosanitarios y optimizar los procesos de atención, de forma que se obtenga un resultado equitativo y no discriminatorio por razones de enfermedad o pertenencia a un determinado grupo social.
- 6. Investigación e innovación**, volcada en promover la investigación integral en salud, que permita profundizar en el conocimiento de los condicionantes y limitaciones en la actividad de carácter crónico así como desarrollar estrategias de intervención más efectivas para su abordaje; la innovación tecnológica como soporte de los procesos de abordaje; y la innovación en el proceso de evaluación, planificación y provisión de servicios, como instrumento de mejora continua en el proceso de atención al paciente crónico.



2.3. Iniciativas que abordan la cronicidad en Canarias

Canarias no ha sido ajena a esta realidad y, en los últimos años, ha desarrollado diversas iniciativas en el ámbito de la cronicidad que han ido dando **respuesta puntual** a diversos problemas que plantea la situación actual y que han contribuido a disponer de una base previa de conocimiento e información sobre este tipo de patologías. Así, por ejemplo, el **III Plan de Salud de Canarias 2015-2018**, actualmente en fase de proyecto pendiente de publicación, establece preliminarmente entre sus ámbitos de intervención el objetivo de potenciar el Sistema Canario de Salud, centrándolo en el paciente, en las enfermedades crónicas y en la integración de los servicios.

En particular, dicho plan incorpora un anexo donde indica los **tres ámbitos específicos de interés** para la definición de acciones de mejora del modelo:

1. Transformar la organización.
2. Implicar a los profesionales.
3. Involucrar al ciudadano.

Asimismo, en el marco del Plan de Salud se recogen los **problemas de salud y de gestión sanitaria prioritarios** en Canarias en relación a la cronicidad, como son:

- Enfermedad cardiovascular.
- Diabetes Mellitus.
- Salud mental.
- Cáncer.
- La calidad y seguridad del paciente.
- El uso racional del medicamento.

Alineado con esta priorización, el Plan de Salud establece varias Líneas de Actuación relacionadas directa o indirectamente con el abordaje de la cronicidad como son la integración asistencial, la mejora de la



Estrategia de abordaje a la cronicidad en la Comunidad Autónoma de Canarias

resolutividad del sistema de salud (y en especial de la Atención Primaria), el desarrollo de la atención personalizada, el uso de las nuevas tecnologías y la sostenibilidad, las cuales servirán de base para las propuestas de actuación de esta Estrategia.

Además del Plan de Salud, Canarias ha lanzado **numerosas iniciativas de ámbito autonómico** relacionadas directa o indirectamente con la atención a la cronicidad, en diferentes fases de desarrollo e implantación, entre las que destacan:

- El Programa de Prevención y Control de la Enfermedad Vascular Aterosclerótica, planteado como una herramienta práctica para la detección, abordaje y seguimiento de los pacientes con esta enfermedad, así como la prevención de los factores de riesgo cardiovasculares y la promoción de hábitos de vida saludables de una forma integrada.
- El Programa de Atención a las Personas Mayores en Atención Primaria, cuyo objetivo es prolongar la autonomía física, psíquica y social de las personas mayores, para conseguir una vejez saludable, aumentar su expectativa de vida libre de enfermedad e incapacidad y favorecer la permanencia en su domicilio con la mejor calidad de vida posible.
- El Programa de Abordaje de la Obesidad Infantil y Juvenil, cuyo objetivo es reducir la prevalencia e incidencia de la obesidad infantil y juvenil, controlar la progresión de la enfermedad en la población diagnosticada de sobrepeso u obesidad y prevenir la aparición de complicaciones.
- Los planes, protocolos y guías asistenciales por patologías (ictus, diabetes, alzheimer y otras demencias, EPOC, salud mental infanto-juvenil, rehabilitación psicosocial, etc.), que establecen las pautas de actuación como soporte a los profesionales sanitarios en sus procesos de toma de decisiones al atender a pacientes con determinadas patologías crónicas.
- La creación de las Unidades de Salud Mental Comunitarias, que permiten una atención integral de este tipo de patologías mediante la coordinación de recursos sanitarios y sociosanitarios.
- En cuanto a Educación para la Salud, es destacable el Programa Aulas de Salud, cuyo objetivo es la creación de un servicio estable y continuado de oferta de acciones educativas, grupales, dirigido a la población.

Capítulo 2. Marco para el desarrollo y orientación de la atención y gestión de enfermedades crónicas

- El Programa de los Pacientes Crónicos y Polimedicados, cuyo objetivo primordial es mejorar la calidad asistencial y la prestación farmacéutica mediante la revisión clínica de la medicación, reduciendo la polifarmacia evitable, optimizando el impacto de los medicamentos en base a perfiles de eficacia y seguridad, así como previniendo, detectando y resolviendo problemas relacionados con la medicación.
- Referente a la Continuidad de Cuidados, existen dos protocolos definidos:
 - Servicio de Continuidad de Cuidados de Enfermería entre Ámbitos Asistenciales cuyos objetivos son asegurar la continuidad de cuidados de enfermería en la atención prestada a los usuarios en todos los ámbitos asistenciales, estableciendo un circuito de transmisión de información relevante entre la Atención Primaria y la Atención Especializada, así como mejorar la calidad percibida con los servicios sanitarios en los usuarios/as que reciben Informe de Continuidad de Cuidados de Enfermería (I.C.C.E.).
 - Servicio de Continuidad de Cuidados para la Atención Domiciliaria con el objetivo de facilitar la continuidad de cuidados a las personas incluidas o de riesgo en atención domiciliaria y a sus cuidadores/as principales, y optimizar la Atención Domiciliaria.
- La Hospitalización a Domicilio cuyo objetivo es constituirse como una alternativa asistencial que permita realizar los cuidados y tratamientos propios del hospital en el domicilio del paciente, fomentando una mayor seguridad, comodidad, e intimidad para éste y favoreciendo un uso racional de los recursos hospitalarios.
- El desarrollo de la figura del especialista consultor entre AP y AE, que permite mejorar la atención integral de los pacientes, reducir las derivaciones y aumentar la disponibilidad de consultas especializadas, evitando desplazamientos innecesarios a los pacientes. En Canarias existen dos modalidades a este respecto, la consulta virtual y la consulta presencial que refuerzan la coordinación entre ámbitos asistenciales y favorecen la formación continua de los profesionales de AP.
- La Receta Electrónica Continua única del Servicio Canario de la Salud, REC-SCS, un aplicativo común al que tienen acceso actualmente AP y AE, y en un futuro próximo las mutualidades, clínicas concertadas así como centros sociosanitarios, garantizando la medicación que necesita el paciente en cada momento, no sólo en nuestra Comunidad sino dentro del sistema de interoperabilidad de receta electrónica en el Sistema Nacional de Salud. Además, dicha herramienta ha ido incorporando prestaciones vinculadas a la seguridad y la eficiencia en el tratamiento farmacológico.



Estrategia de abordaje a la cronicidad en la Comunidad Autónoma de Canarias

Asimismo, se han desarrollado otras **iniciativas más localizadas en las Gerencias de área de salud**, como son:

- Subprograma de Integración y Coordinación Asistencial (SPICA) situado en el CHUC y la Unidad de Continuidad de Cuidados de Enfermería (UCCE), perteneciente al Hospital Ntra. Sra. de la Candelaria. Ambos garantizan la continuidad de cuidados de pacientes frágiles mejorando la reinserción sociofamiliar tras el alta.
- Unidad de valoración geriátrica del Hospital Dr. Negrín que se encarga de la atención especializada a los pacientes geriátricos susceptibles de este servicio, mediante la valoración geriátrica, el seguimiento compartido con el servicio médico o quirúrgico interconsultor y la gestión del alta en coordinación con el Servicio de Admisión y la Atención Primaria.

Adicionalmente, se están llevando a cabo **múltiples proyectos piloto** en diversos puntos de las islas Canarias entre los que cabe destacar los siguientes:

- Coordinación entre AE-AP para el abordaje multidisciplinar centrado en el paciente crónico complejo, proyecto en el que participan la Gerencia de Atención Primaria del Área de Salud de Gran Canaria, el CHUIMI y HUGDN, en las Zonas Básicas de Salud, San Gregorio-Telde y Santa María de Guía respectivamente.
- Protocolo de actuación y unidad de apoyo al paciente frágil en las áreas de salud de La Gomera y en Lanzarote, con el fin de la detección y tratamiento precoz de los problemas de salud o reagudizaciones de sus patologías crónicas.
- Procedimiento de atención y tratamiento al paciente pluripatológico en el Hospital Universitario Dr. Negrín en Gran Canaria, determinando tanto los criterios de inclusión de pacientes como de asignación de profesionales y recursos sanitarios.
- Unidad de Geriátrica de Agudos en el Hospital Nuestra Señora de la Candelaria, así como la definición de los criterios de ingreso, los tipos de ingreso y el procedimiento asociado a dicha unidad.

Todas estas iniciativas y proyectos pilotos han generado en Canarias una amplia experiencia en cronicidad que ha ayudado de manera directa en la orientación y en la configuración clara de las bases de transformación del Sistema de Salud de la región.

2.4. Oportunidades de transformación del Sistema Canario de Salud: hacia un nuevo modelo asistencial

La **cronicidad** se debe afrontar como un **reto**, esto es, una **oportunidad de alinear expectativas de la organización, de sus integrantes y de la población en general**, de cara a conseguir un **mejor sistema de salud**. Las nuevas necesidades vienen derivadas del cambio en la orientación del sistema hacia una asistencia proactiva, con una verdadera visión centrada en la población y en el paciente, en la identificación de sus necesidades y de las intervenciones preventivas o de cuidados requeridas con el fin de retrasar la aparición y el desarrollo de patologías crónicas o limitar la evolución de las que padece, implicándole en la corresponsabilidad de la gestión de su proceso, consiguiendo asimismo la integración de los cuidados de los diversos niveles asistenciales y con el ámbito social.

Por ello, conocida la complejidad que implica tanto la identificación como la gestión y el abordaje del paciente crónico, nos hemos planteado si el modelo actual está dando respuesta a las necesidades de este tipo de paciente, o por el contrario es necesario evolucionar el modelo y adaptarlo a una nueva forma de prestar asistencia. En el presente apartado se detallan cuáles han sido las bases conceptuales del análisis de la situación actual del Sistema de Salud y las oportunidades de transformación que han servido de ayuda para definir las claves que se deben considerar para la definición del nuevo modelo asistencial para el abordaje de la cronicidad en Canarias.

2.4.1. Adaptación del Sistema de Salud de Canarias a un modelo de atención a la cronicidad

Con el objetivo de conocer la realidad de la situación en relación con la atención al paciente crónico, se organizó una jornada de trabajo cuyo objetivo fue realizar una consulta a profesionales implicados en la organización de los servicios y en la atención de los pacientes con enfermedad crónica para redefinir el modelo de gestión que mejore su eficiencia. Posteriormente, se realizó una evaluación de la situación actual de la atención a la cronicidad en Canarias en diferentes contextos y niveles organizativos (micro, meso y macro) y una definición de las oportunidades de mejora en el abordaje integral de este tipo de pacientes. Para ello se tuvieron en cuenta la visión y el conocimiento tanto de gestores como de profesio-



Estrategia de abordaje a la cronicidad en la Comunidad Autónoma de Canarias

nales del Sistema de Salud de Canarias, empleando la metodología IEMAC 1.0 (instrumento de evaluación de modelos de atención a la cronicidad).

Los resultados que se obtuvieron se basan en la identificación de las necesidades de intervención factibles y, en algunos casos, innovadoras que faciliten la **transformación** del Sistema de Salud, orientándolo desde una perspectiva a la atención al paciente agudo (**modelo reactivo**) hacia la atención del paciente crónico (**modelo proactivo**). El análisis se realizó en base a **seis áreas de actuación** alineadas con las dimensiones del *Chronic Care Model*³⁹: Organización del Sistema de Salud, Estrategias de Salud comunitaria, Modelo asistencial, Autocuidado, Apoyo a la toma de decisiones clínicas, y Sistemas de Información.

De cada una de estas áreas de actuación se derivaron una serie de componentes y de cada uno de ellos, intervenciones/actuaciones que son las que se evaluaron siguiendo una escala de 0 a 100. El resultado del análisis arrojó dos tipos de resultados:

- Cuantitativos, representados en una gráfica donde se detalla el análisis a nivel organizativo en relación con las áreas de análisis.
- Cualitativos que se describen como fortalezas y, puntos o áreas de mejora que deben ser reforzados para conseguir un adecuado desarrollo de la atención a la cronicidad en Canarias.

En general, la visión de los profesionales y gestores es que el Sistema de Salud de Canarias está en una **fase muy inicial en relación a su adaptación a los retos que le plantea la cronicidad** y, es clave que haya un compromiso por parte de toda la organización en la mejora de la atención a este tipo de pacientes para **evolucionar de una cultura de curar a una cultura de cuidar**.

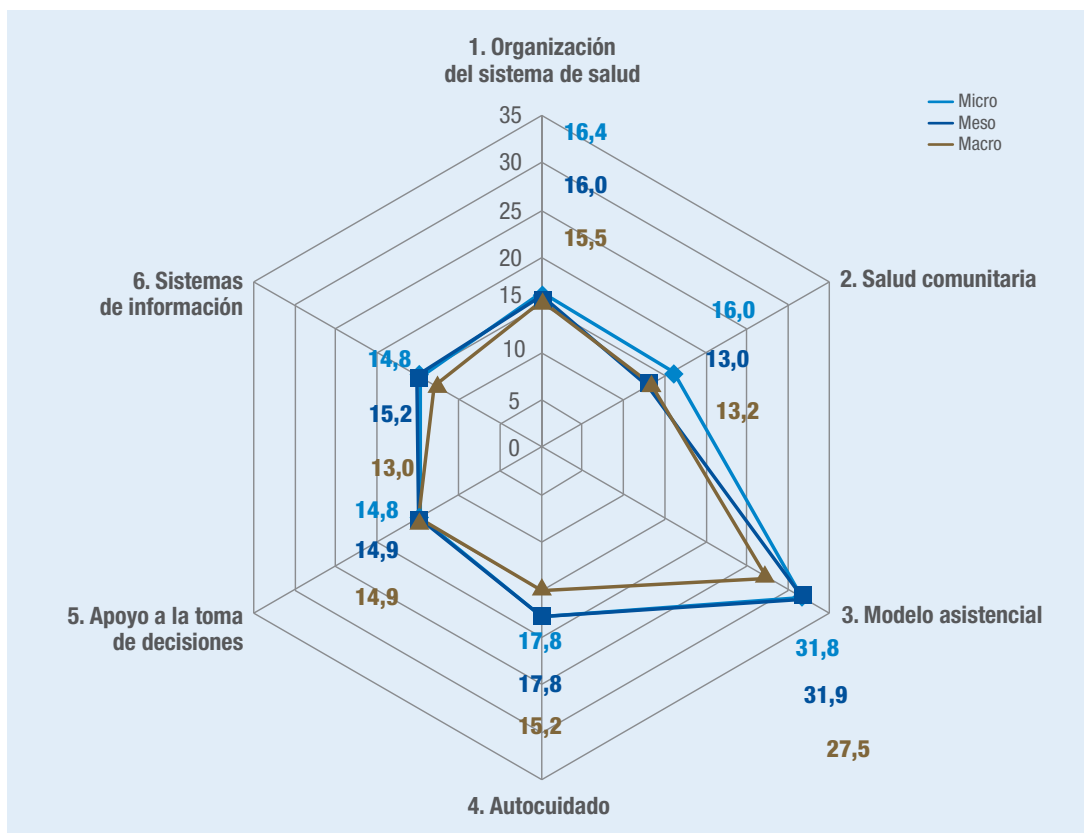
Los ejes vinculados al modelo asistencial y al autocuidado, aunque no llegan a un grado de desarrollo superior a 40 de 100 puntos, son los que destacan sobre el resto, que se sitúan en un entorno más cercano al 15. En estos momentos, se están desarrollando, desplegando e implementando acciones como

39. Como herramienta de análisis se utiliza el instrumento para la autoevaluación de organizaciones sanitarias y sociales en relación a su grado de implantación de modelos de gestión de la cronicidad (IEMAC 1.0).

Capítulo 2. Marco para el desarrollo y orientación de la atención y gestión de enfermedades crónicas

la atención integral en salud mental y el programa de prevención y control de la enfermedad vascular aterosclerótica, entre otros (Figura 35).

Figura 35. Resultados del instrumento IEMAC sobre el Servicio Canario de la Salud



Escala IEMAC: 0-100 puntos.

2.4.2. Análisis DAFO

Para facilitar la visión global de los resultados cualitativos obtenidos tras la aplicación del instrumento, a continuación se muestran de manera sintetizada, las principales conclusiones obtenidas estructuradas siguiendo la metodología de análisis **DAFO** (Debilidades, Amenazas, Fortalezas y Oportunidades). Esta metodología de estudio, permite conocer la situación real en la que se encuentra una organización o proyecto mediante el análisis de sus capacidades internas (Debilidades y Fortalezas) y el impacto del entorno en el que desarrolla su actividad (Amenazas y Oportunidades).



ANÁLISIS INTERNO

Principales fortalezas

- La Comunidad Autónoma tiene experiencia avalada en planificación sanitaria tras casi 20 años desde las transferencias sanitarias por parte del Gobierno central y, un foco claro en la importancia de la cronicidad. En concreto, el proyecto del III Plan de Salud 2015-2018 establece como una de sus prioridades el abordaje integral de las patologías crónicas por su impacto económico y social y, su importante potencial de intervención desde el sistema sanitario y de servicios sociales.
- Hay una necesidad compartida, una clara implicación y un compromiso por parte de la Consejería de Sanidad del Gobierno de Canarias, del Servicio Canario de la Salud y de sus profesionales para mejorar la atención a los pacientes crónicos a partir del desarrollo de la presente estrategia.
- Se utilizan y mantienen actualizadas guías de práctica clínica integradas entre ámbitos asistenciales u otros instrumentos de conocimiento experto de forma sistemática en la historia clínica. Además Canarias dispone de algoritmos de ayuda, aviso y soporte a la intervención terapéutica que orientan a los profesionales.
- La medicación de los pacientes se revisa de forma sistematizada con el fin de detectar y resolver problemas relacionados con la efectividad del tratamiento, mejorar la seguridad y la adherencia al mismo.

Capítulo 2. Marco para el desarrollo y orientación de la atención y gestión de enfermedades crónicas

- Se están desarrollando intervenciones de mejora de la continuidad de cuidados a través de la coordinación de profesionales de los distintos ámbitos, valorándose la necesidad de normalizar la práctica y competencias de las enfermeras de enlace, así como la nomenclatura en toda la comunidad autónoma, especificando el ámbito asistencial.
- Existe unanimidad en cuanto a la necesidad de incorporar las herramientas TIC's para facilitar la comunicación en la gestión de los procesos asistenciales, tanto para el ciudadano como para el profesional.
- Se han implantado proyectos de consulta e interconsulta telemática (especialistas consultores; seguimiento activo del paciente con marcapasos o el proyecto retisalud) y se está en proceso de desarrollo y expansión de las mismas.

Principales debilidades

- Se ha avanzado poco en la implantación de rutas asistenciales sistematizadas entre niveles asistenciales para las patologías crónicas más prevalentes, tampoco se ha definido el proceso de atención integrada y multidisciplinar del paciente pluripatológico.
- No hay un circuito alternativo homogéneo al Servicio de Urgencias para pacientes crónicos en situaciones de dificultad de manejo y/o agudización.
- Hay experiencias aisladas que funcionan por la interacción e implicación de los profesionales, pero no a nivel formal ni homogéneo en todo el sistema de salud: consulta virtual, acceso telefónico, hospital de día, hospitalización a domicilio, ingreso dirigido desde Atención Primaria.
- Se están poniendo en marcha políticas de coordinación y/o integración de cuidados sociales y sanitarios, especialmente en situaciones de fragilidad y dependencia, aunque de momento tanto el despliegue como la evaluación es limitado.
- No hay un amplio desarrollo e implantación de perfiles competenciales profesionales avanzados en la atención al paciente en general, y al crónico en particular, en línea con la evidencia que se ha generado sobre su utilidad.
- Se han producido diversas iniciativas a lo largo de la geografía de Canarias en diversos ámbitos de abordaje o atención a los pacientes crónicos que en algunos casos han supuesto una falta de homogeneización de las intervenciones en salud.



Estrategia de abordaje a la cronicidad en la Comunidad Autónoma de Canarias

- A pesar de la experiencia de los profesionales en el uso de guías clínicas, no se realiza una evaluación de manera sistemática ni se transfiere conocimiento e innovación al resto de la red de una forma generalizada en ambos niveles asistenciales.
- Existen algunos ámbitos en los que sí se están monitorizando resultados como son la prevención del riesgo cardiovascular, y los programas de detección de cáncer de mama y colon, pero no hay un sistema de monitorización global de la atención.
- La atención de pacientes frágiles y de sus cuidadores requiere de instrumentos y dispositivos diferentes a los empleados en la actualidad para el resto de pacientes de cara a garantizar la accesibilidad 24x7 al sistema.
- Hay una necesidad de mejorar la comunicación entre los niveles macro-meso y micro en todos los ámbitos, y el aprendizaje colaborativo entre los propios profesionales, estableciendo canales formales e informales.
- La atención a la cronicidad no se encuentra de forma específica en el sistema de incentivos existente.
- A pesar de disponer de algunas experiencias de participación y gestión compartida con los agentes sociales en las acciones de planificación sanitaria y consejos de salud, se considera conveniente reforzar la coordinación con otras entidades e instituciones (coordinación interinstitucional), con el objetivo de consolidar una visión única, el alineamiento de intereses y objetivos, y poder solventar las ocasionales limitaciones existentes desde el punto de vista administrativo.

DAFO



**SISTEMA CANARIO
DE SALUD**

ANÁLISIS EXTERNO

Principales oportunidades

- Construcción de un nuevo modelo asistencial centrado en el paciente, potenciando explícitamente el rol y funciones de los profesionales de Atención Primaria y de los referentes de continuidad asistencial.

Capítulo 2. Marco para el desarrollo y orientación de la atención y gestión de enfermedades crónicas

- Impulso al autocuidado dentro del nuevo modelo asistencial con el paciente en el centro del sistema de salud; para ello, se han de fortalecer sus capacidades para generar pacientes competentes profundizando en las iniciativas ya desplegadas a nivel de formación o generando nuevas iniciativas de paciente experto, programas estructurados de educación terapéutica como escuelas/aulas de pacientes y buenas prácticas, además de potenciar las capacidades y las herramientas de los profesionales en habilidades motivacionales y de concienciación en autocuidados.
- Establecimiento, en relación a las intervenciones de seguimiento activo del paciente, de indicadores según perfiles de pacientes, compartiendo información a partir del acceso a la historia clínica del paciente entre Primaria y Especializada.
- Avance en la implementación de las interconsultas no presenciales en Atención Primaria evitando así desplazamientos innecesarios de los pacientes a los centros de salud, optimizando el tiempo de atención de los profesionales a los pacientes que más lo necesitan.
- Desarrollo de acciones formativas a profesionales en competencias orientadas a la cronicidad, al objeto de mejorar los procesos de transición entre niveles y la continuidad de cuidados: enfermeras gestoras de casos, planificación del alta hospitalaria, plan de cuidados con participación del paciente y cuidador, atención de pacientes polimedicados, etc.
- Fomento de una cultura de evaluación en la organización, definiendo como primer paso en la nueva estrategia de crónicos un sistema de seguimiento y evaluación continuada de proceso y resultados.
- Potenciación de los esfuerzos realizados en integración e interoperabilidad de los sistemas de información para facilitar una atención integrada y proactiva, que fomente y facilite el intercambio de información clínica respecto a la situación de salud del paciente entre profesionales. Éstos deben ser accesibles, por igual, a los profesionales de Atención Primaria y Especializada.
- Factibilidad de una adecuada gestión poblacional, que asegure una financiación apropiada y facilite la coordinación de los distintos dispositivos y recursos comunitarios, sanitarios y sociales presentes en un territorio.

Principales amenazas

- La actual coyuntura ha supuesto una limitación en la expansión del presupuesto sanitario, limitando así la asignación de recursos para la mejora de la atención a los pacientes crónicos.



Estrategia de abordaje a la cronicidad en la Comunidad Autónoma de Canarias

- La implementación de innovaciones organizativas requiere una adecuada gestión del cambio que facilite la transformación cultural necesaria para adaptarse al nuevo modelo.
- Hay múltiples fuentes y webs institucionales de información y educación sanitaria al paciente, pero debe evaluarse la calidad y la cantidad de la información y, el segmento de población o audiencia al que va dirigida dicha información.
- El paciente crónico no identifica, en la actualidad, a un profesional concreto como su referente asistencial en cada ámbito de atención, siendo, en opinión de los profesionales, más reconocido en Atención Primaria que en Atención Especializada.
- El nivel de coordinación con el ámbito social es limitado, y está dirigido fundamentalmente a que el paciente permanezca en su entorno con la mejor calidad de vida posible; aun así es necesario poner en marcha acciones de integración de cuidados e intercambio de información, especialmente en situaciones de fragilidad y dependencia.
- Hay experiencias de participación y gestión compartida con otros organismos no sanitarios, como por ejemplo el ámbito social, en planificación sanitaria y consejos de salud, aunque se han identificado déficits y limitaciones en la coordinación de estas iniciativas conjuntas.
- En los planes de salud se han ido introduciendo medidas de calidad, de resultados en salud relacionadas con la atención a la salud (población general) y algunas específicas para la atención a la cronicidad, pero no se realiza una evaluación sistemática de dichas medidas.
- En general, no se dificulta la innovación pero su desarrollo no se realiza de forma estructurada.

2.4.3. Claves que deben orientar el nuevo modelo

Para adaptar el modelo actual al desafío de la cronicidad es necesario una **reorientación de la organización y de la asistencia en todos los niveles**, donde a partir del alineamiento de todas las estrategias de la organización y aunando esfuerzos de todos sus integrantes, se consolide una nueva cultura de prevención, de resolutivez y de flexibilidad. Centrar el sistema en las necesidades del paciente y su entorno hará que se puedan consolidar mejoras en la salud de la población asegurando, asimismo, la sostenibilidad del sistema a medio y largo plazo.

Capítulo 2. Marco para el desarrollo y orientación de la atención y gestión de enfermedades crónicas

Ya se dispone de un marco de referencia tanto a nivel internacional como nacional y regional, de ahí que la **base de desarrollo** de la presente estrategia tenga en cuenta cada uno de ellos dando mayor preponderancia a las directrices, acciones y recomendaciones de la **Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad en el SNS**.

Así, las bases para orientar el nuevo modelo asistencial de atención a la cronicidad en Canarias sean:

- **Estratificación y segmentación** de la población en base al riesgo de desarrollo de patologías crónicas con el fin de adecuar la respuesta del sistema de salud a las necesidades de atención y/o formación de cada persona.
- Impulso a la **prevención y la promoción de la salud y de los estilos de vida saludables** en los grupos poblacionales de bajo riesgo. Esta actuación no sólo está orientada hacia el paciente que ya ha desarrollado una o varias patologías crónicas, sino también tienen un foco claro hacia el retraso en la adquisición y desarrollo de este tipo de patologías por parte de la población sana.
- **La coordinación y la continuidad** asistencial, necesarias para la generalización y homogeneización de los protocolos y guías de continuidad entre niveles asistenciales basadas en la evidencia con el fin de disminuir la variabilidad asistencial y, así como el impulso a **nuevas figuras con competencias y roles** orientados a facilitar el enlace entre niveles asistenciales, la gestión de casos complejos y, el conocimiento claro de su referente asistencial en cada nivel por parte del paciente.
- La **continuidad** no sólo debe producirse dentro de la organización sanitaria sino que ha de ser igualmente aplicada **con los servicios sociales** que apoyen al paciente crónico con limitaciones funcionales, discapacidades y/o dependencia. Así, será clave asegurar una adecuada coordinación con el ámbito sociosanitario, entre otros.
- Potenciación de la figura del **paciente y del cuidador**, desde una perspectiva de **participación, corresponsabilidad en la gestión de su patología y en el autocuidado**. El sistema ha de fortalecer las capacidades del paciente/cuidador, para generar pacientes competentes y con mayor nivel de autonomía en el manejo y control de su enfermedad.
- Importante **apoyo formativo hacia los profesionales** tanto desde el punto de vista relacional y de apoyo motivacional al paciente como en la focalización hacia los procesos integrados de atención, de forma que se facilite la transición entre niveles, como en la continuidad de cuidados, facilitando la labor



Estrategia de abordaje a la cronicidad en la Comunidad Autónoma de Canarias

de los profesionales con nuevos roles y competencias y la planificación de las altas y las acciones de autocuidado a seguir por paciente y cuidador, entre otros.

- La **tecnología** es otro elemento fundamental en este proceso, y ha de dar **soporte a la transformación** en varios niveles:
 - Facilitar la comunicación y la interacción entre el paciente y la organización sanitaria y la atención continuada, además de una forma bidireccional, fácil, flexible, multicanal y en la medida de lo posible 24x7.
 - Potenciar la transversalidad, de forma que facilite la información que necesite el profesional, para realizar una adecuada valoración, seguimiento y gestión clínica, independientemente del nivel asistencial en que se encuentre éste. Asimismo, debe ofrecer capacidades proactivas para el control del paciente por parte de la organización a partir de la generación automatizada de perfiles de pacientes, planificación de cuidado y alertas preventivas de descompensación del crónico, entre otras.
 - Ha de ser una herramienta de apoyo a la toma de decisiones clínica, farmacológica y de continuidad, facilitando información de retorno a los profesionales, monitorizando y comparando resultados, para configurarse como un verdadero enfoque de salud poblacional.
- Por último, y no menos importante, todo lo que se ha de implantar requiere obligatoriamente un componente de **trabajo colaborativo y de evaluación sistemática y continuada**. Esto es, se ha de potenciar e incentivar la cultura de conocimiento, de innovación y de generalización de las buenas prácticas de la organización a partir de una importante orientación a la evaluación de resultados en salud, en utilización adecuada en servicios y en calidad de vida y satisfacción, entre otros aspectos. Para ello, en la Estrategia se deberá incluir un plan de seguimiento y evaluación continuada detallado, operativo y, en la medida de lo posible, automatizado.


Este proceso de transformación supone **el mayor cambio que se ha planteado en el Sistema de Salud de Canarias**, por lo que, para llevarlo a cabo se ha de tener en cuenta una serie de premisas que hagan que la organización no se tense hasta el extremo de repercutir negativamente en la calidad de atención al paciente. De ahí que hayamos tenido en cuenta lo siguiente en el abordaje del cambio organizativo:

- El punto de partida es la identificación y segmentación de la población, comenzando las actuaciones en los grupos que padecen mayor complejidad.

Capítulo 2. Marco para el desarrollo y orientación de la atención y gestión de enfermedades crónicas

- No se han de abordar todas las patologías a la vez en el nuevo enfoque de atención, sino seleccionar las más prevalentes y/o que suponen un mayor coste para el servicio de salud y progresivamente ir incluyendo el resto.
- Hay que contar de manera decidida con los profesionales de la red asistencial de Canarias; son ellos, a partir de grupos de trabajo colaborativos, los que tienen que definir las rutas asistenciales y de continuidad que evolucionarán la actual forma de trabajo hacia el nuevo modelo proactivo e integrado.
- Se ha de incorporar la innovación a partir de proyectos pilotos, de forma que una vez demostrados sus beneficios a través de la monitorización de los resultados, puedan ser aplicados al resto de la red asistencial homogeneizando las formas de trabajo en todas las islas.
- Hay que dotar de presupuesto e incentivar el diseño, implantación y monitorización de los resultados de las acciones de transformación, en especial las que están focalizadas a la mejora de la coordinación entre niveles asistenciales, a la continuidad y al trabajo en equipo.

En definitiva, esta Estrategia representa una **oportunidad para un cambio en la organización del Servicio Canario de la Salud** tomando como referencia clara las necesidades de atención de la población, y apoyándose en los propios profesionales como partícipes en la definición del nuevo marco de actuación para una gestión integral de la cronicidad desde una perspectiva poblacional, aprovechando las capacidades humanas, tecnológicas y de los recursos que ya dispone el sistema en estos momentos, asegurando su sostenibilidad a medio y largo plazo.

A hand is shown holding a piece of torn, aged paper. The paper has a mottled texture with shades of blue and green. The background is a solid light blue. The text is overlaid on the paper and background.

3 Modelo de atención y gestión de la cronicidad

CRONICIDAD



3

Modelo de atención y gestión de la cronicidad

3.1. Bases de la estrategia: Hoshin Kanri y Mapa Estratégico

El desarrollo de una Estrategia de abordaje de la cronicidad en Canarias es uno de los compromisos de la Consejería de Sanidad y está recogida como una de las principales líneas de actuación en el **Proyecto del III Plan de Salud** que ha sido elaborado por ésta. Además se constituye como uno de los pilares, quizás el de mayor relevancia, para el impulso a una importante mejora en los resultados en salud de la población canaria en los próximos años. Esto es derivado en gran parte por su alineamiento con las necesidades de la población, tanto de personas sanas (en lo relativo a la promoción de estilos de vida saludable) como de aquellas que padecen alguna enfermedad de carácter crónico.

La base fundamental de la transformación integral del Servicio Canario de la Salud, hacia un enfoque de atención a la cronicidad, se enmarca en las líneas fijadas por el **Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, en su Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad en el Sistema Nacional de Salud**, aprobada por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud el 27 de junio de 2012. A partir del conjunto de objetivos y recomendaciones que están recogidos en ésta se han definido para Canarias una serie de proyectos e iniciativas con el fin de darle un fuerte componente táctico y operativo para facilitar su implantación y la rápida asunción de las nuevas formas de trabajo y de atención e interrelación con el paciente por parte de nuestros profesionales y de toda la red asistencial.



Estrategia de abordaje a la cronicidad en la Comunidad Autónoma de Canarias

Para el desarrollo de la estrategia se ha considerado apropiado apoyarse en un método de trabajo basado en la **cooperación de todos los agentes del sistema de salud**, en la **eficiencia de los recursos**, y en la **mejora continua del sistema**, por lo que se ha optado por la aplicación del sistema Hoshin Kanri. Dicha metodología, cuyo origen se remonta a mediados del siglo XX en Japón, busca el alineamiento del conjunto de la organización en torno a unos objetivos comunes anuales (denominados “Hoshin”, brújula), favoreciendo la labor coordinada de todas las áreas y la eficiencia en la organización, la cual orienta sus recursos hacia la consecución de dichos objetivos a través de los procesos definidos. A su vez, dichos objetivos son evaluados periódicamente a través de indicadores (“Kanri”, control) que permiten determinar la eficacia de la organización en la consecución de los objetivos definidos, facilitando la identificación de desviaciones y la actuación sobre ellas.

De esta forma, aplicado al ámbito sanitario, supone un mayor desarrollo de la planificación estratégica tradicional y facilitará el despliegue de la estrategia establecida, asignando su ejecución a las unidades o departamentos correspondientes mediante la concreción de las actuaciones a llevar a cabo, definiendo cuál es el objetivo a alcanzar, qué se debe hacer, y cómo debe ser medido. Establece, por tanto, una estructura coordinada de los agentes que participan en el desarrollo sistemático de la Estrategia, orientando a todo el sistema de salud en una sola dirección: la consecución de los objetivos, tomando la iniciativa todos los agentes que lo componen (Figura 36).

Para asegurar el alineamiento de los objetivos de la estrategia con los de la organización es importante establecer sus fundamentos, en particular **la misión y la visión**. Así, en este contexto, la misión define cuál es el papel de la estrategia del Servicio Canario de la Salud en torno al abordaje de la cronicidad, mientras que la visión determina cuál es el objetivo a largo plazo del Servicio Canario de la Salud en este ámbito. Una vez establecidos, deben definirse los **objetivos estratégicos** que posibilitarán la consecución de la visión definida de acuerdo a la misión de la organización. En este sentido, y con el objetivo de facilitar una hoja de ruta clara y comprensible para todos los implicados se ha definido un **mapa estratégico del abordaje de la cronicidad** (Figura 37).

No obstante es clave recordar que el fin último de la estrategia es la consecución de los objetivos definidos. En este sentido, un adecuado despliegue, seguimiento y evaluación del plan es indispensable. Por todo ello se ha planteado una metodología basada en el **modelo de planificación y evaluación** de Hoshin Kanri. Dicho método establece un ciclo de seis pasos, a partir de la fijación de objetivos anuales (Figura 38).

Figura 36. Hoshin Kanri como modelo de gestión



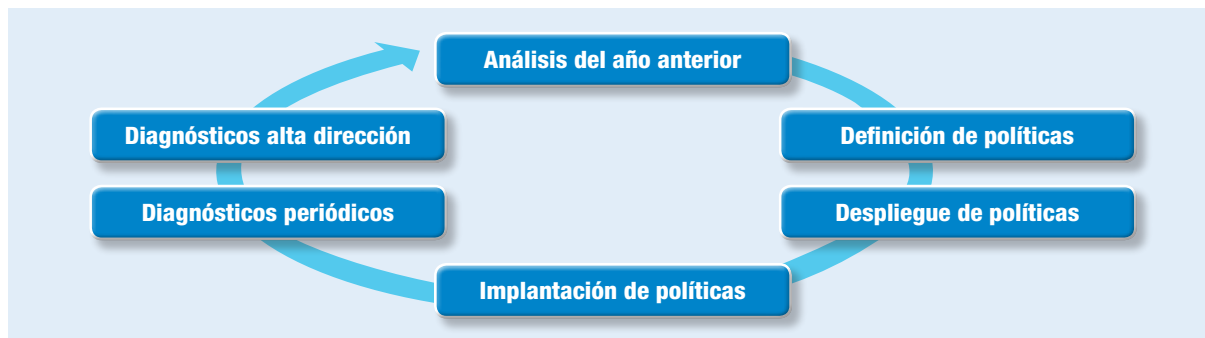
Fuente: Elaboración propia.

Figura 37. Ejemplo de Mapa Estratégico



Fuente: Elaboración propia.

Figura 38. Hoshin Kanri. Ciclo anual de gestión



Fuente: Elaboración propia.

Por ello, la Estrategia contará con unas **áreas de evaluación** que permitirán desarrollar indicadores que informen del nivel específico de cumplimiento de los diferentes objetivos estratégicos establecidos y los resultados previstos, así como facilitarán también una visión del grado de avance e implantación de la Estrategia.

3.2. Misión, visión y principios

3.2.1. Misión

La **Misión** de la Estrategia de abordaje de la cronicidad en Canarias es:

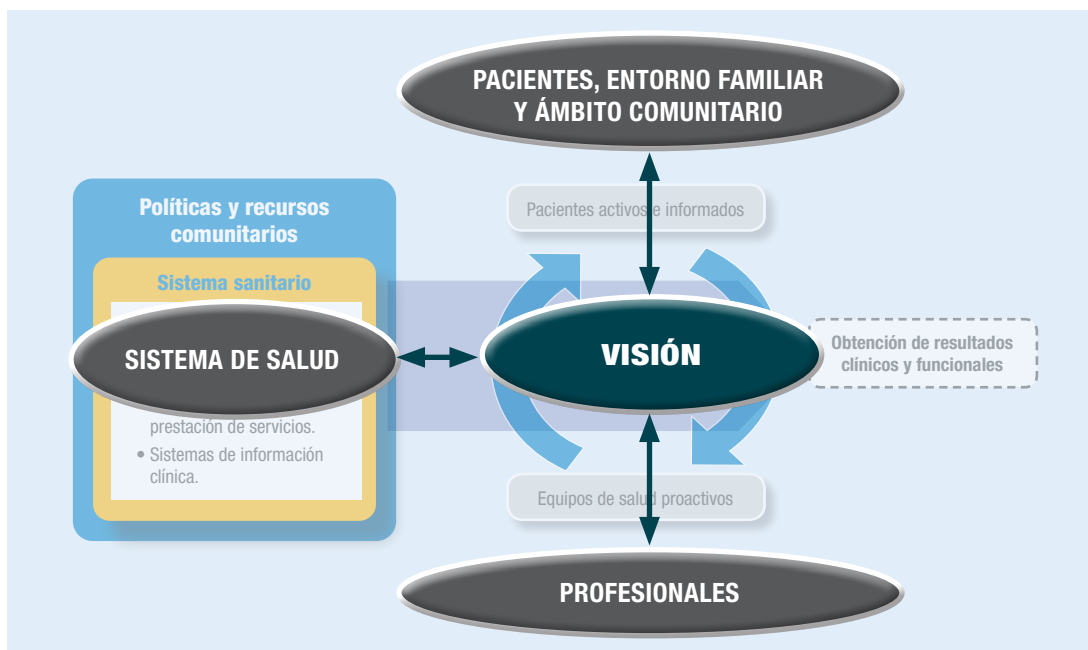
Adaptar la organización al desafío de la cronicidad, alineando todas las estrategias y aunando esfuerzos para avanzar hacia un modelo que permita abordar de manera integral una atención compartida, cooperativa, próxima a la realidad de los pacientes en su relación con los servicios de salud y sociales. Todo ello bajo la premisa de asegurar la sostenibilidad del sistema sanitario a partir de una mayor efectividad en cuanto a la promoción de la salud así como en la prevención y el tratamiento de las enfermedades crónicas, basado en la proactividad, en el uso de las nuevas tecnologías y en la optimización del tiempo y de los recursos disponibles.

Con esta definición de Misión de la Estrategia se pretende abarcar a toda la población, no solamente a pacientes crónicos, enfatizando la importancia de la prevención de enfermedades crónicas, la atención personalizada de la población usuaria del Servicio Canario de la Salud, y la autonomía del paciente y del cuidador.

3.2.2. Visión

Para dar respuesta a las necesidades de las diferentes dimensiones que componen los principales modelos de abordaje estructurado a la cronicidad, se desagrega la **Visión** en los siguientes 3 ámbitos (Figura 39):

Figura 39. Visión de la Estrategia



Fuente: Elaboración propia a partir del modelo CCM MacColl Institute for Healthcare Innovation; 1998.



Estrategia de abordaje a la cronicidad en la Comunidad Autónoma de Canarias

De ahí que:

- En relación a los **pacientes crónicos, entorno familiar y ámbito comunitario**:

Conseguir una participación activa del paciente y de su entorno en las decisiones que afectan a su salud a partir de acciones de capacitación, concienciación y formación.

- Considerando al colectivo de **profesionales de salud**:

Alcanzar una cultura colaborativa y de excelencia, de apoyo a la mejora continua e impulso e incorporación de la innovación, a partir del desarrollo de mayores competencias y nuevos roles adaptados a los nuevos procesos de atención.

- Desde el punto de vista del **Sistema de Salud** en su conjunto:

Construir un marco común ágil, proactivo, eficiente y sostenible para la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad y la asistencia en la cronicidad, que coordine e integre a todos los posibles intervinientes y preste servicios de alta calidad.

3.2.3. Principios inspiradores de la Estrategia

Esta Estrategia se inspira en un conjunto de **principios fundamentales** que actúan como núcleo de la transformación que se propone. Estos son:

1. Reorientar la asistencia hacia un modelo proactivo focalizado en la prevención, superando la reactividad actual en la atención del paciente agudo.
2. Situar al paciente como centro del sistema, pivotando los recursos en base a sus necesidades de formación, información y/o asistencia.
3. Enfoque de salud poblacional, personalizando la atención a partir de una identificación y segmentación de la población en base al nivel de cuidados a aplicar por el riesgo y el nivel de desarrollo de patologías crónicas.
4. Aumentar la resolutivez a partir de una mayor capacidad en Atención Primaria, siendo ésta el eje sobre el que pivote la atención al paciente crónico.
5. Efectiva integración de la atención al paciente crónico entre niveles asistenciales, asegurando asimismo la continuidad con el ámbito sociosanitario.
6. Empoderamiento y autonomía del paciente, impulsando su participación y competencia, la corresponsabilidad en la gestión de su patología y el autocuidado.

Así pues, la aplicación de estos principios exige un profundo **cambio y transformación del modelo actual** en todos sus ámbitos (organización, procesos y herramientas), siendo la base sobre la que se sustenta la aplicación de un nuevo proceso de atención a la cronicidad.

3.3. Nuevo proceso de atención integral a la cronicidad

La atención a la cronicidad exige la adopción de un modelo que permita una asistencia integral, continuada y sin duración definida, sujeta a una constante evolución, accesible y proactiva, con un marcado carácter multidisciplinar y con la participación activa del paciente y de su entorno en todo el proceso. Bajo esta perspectiva, **la continuidad asistencial se establece como un elemento clave del modelo de atención**, tanto entre los agentes del sistema de salud como con el resto de agentes implicados.

Según la definición recogida en la Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad en el Sistema Nacional de Salud, la continuidad asistencial es el resultado a lo largo del tiempo y desde la perspectiva del paciente, de la concertación y sincronización de todos los recursos relacionados con su atención para alcanzar un objetivo común, con independencia de su ubicación (Figura 40).

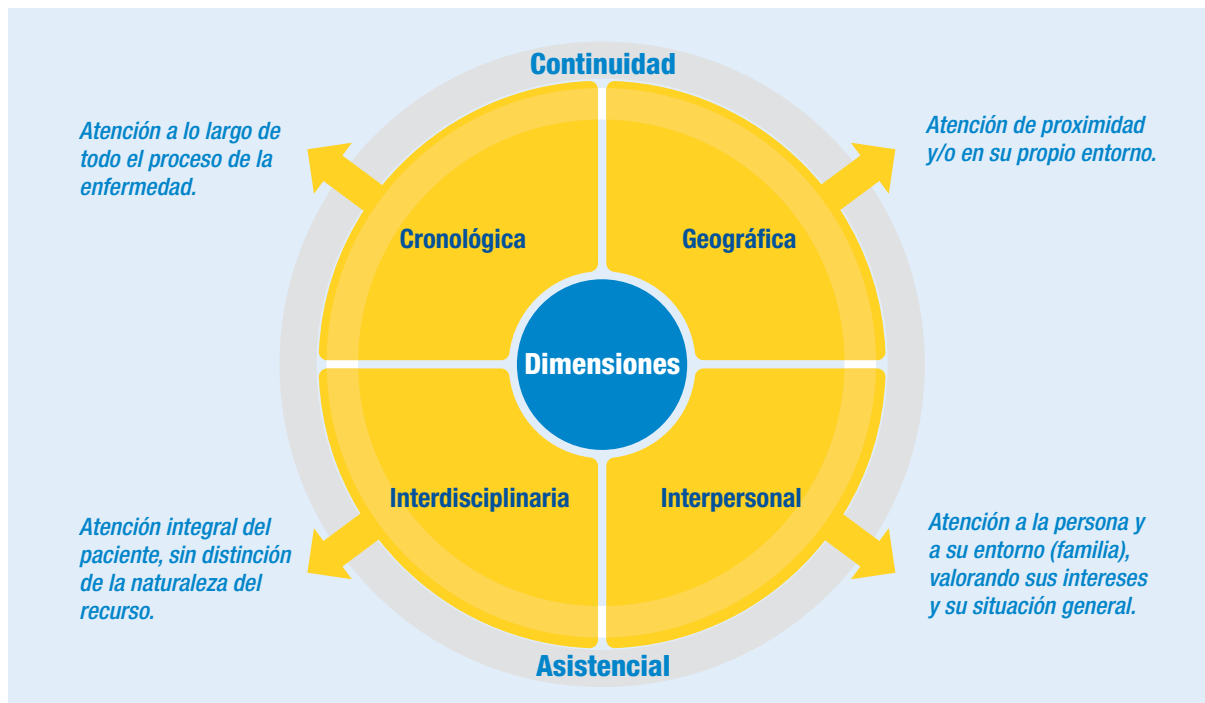
Para conseguir una verdadera continuidad es necesario rediseñar y transformar el modelo actual lo que conlleva múltiples implicaciones a considerar en relación a 3 ámbitos:

1. En el **ámbito organizativo**, es necesario un nuevo **modelo de atención global a la cronicidad** fundamentado en estratificar e identificar claramente las necesidades de la población en base a sus riesgos, aprovechando al máximo los recursos disponibles y orientándolos hacia las necesidades del paciente en cada momento.

Igualmente, la duración indefinida de estas patologías, la exposición a factores de riesgo y el deterioro asociado al envejecimiento del paciente requieren de un enfoque proactivo de prevención y seguimiento continuado por parte de los profesionales.

2. En el **ámbito de los procesos**, se requiere una redefinición de la atención actual, en definitiva una **normalización** del proceso, que sitúe como origen de toda actuación la valoración integral del paciente, su evolución (pasada y prevista) y sus propios intereses, de forma que se defina y estructure de forma clara en cada fase: identificación, valoración y atención y seguimiento; así como la participación de los diferentes dispositivos existentes de acuerdo a las necesidades de dichos pacientes.

Figura 40. Dimensiones de la Continuidad Asistencial



Fuente: Elaboración propia, Hennen, B. Continuidad y alcance de la atención por médicos de familia.

Se producirá una reorientación de la provisión de la asistencia hacia los recursos que puedan dar una respuesta más adecuada a las necesidades del paciente, potenciando la Atención Primaria (como recurso de referencia y proximidad) y la colaboración entre agentes dentro y fuera del SCS.

Además será necesario potenciar roles y equipos que faciliten una mejor coordinación entre los agentes implicados (tanto dentro del sistema sanitario como con los agentes que se sitúan fuera de él). A esto se sumará un foco específico en la gestión integral de los casos de mayor complejidad, ámbito en

el que se requiere facilitar la accesibilidad a los recursos por parte del paciente así como una elevada resolución en la atención que favorezca su implicación y participación en el proceso.

3. En el **ámbito de las herramientas**, la atención a la cronicidad precisa de **nuevos recursos de soporte y apoyo** al profesional sanitario que faciliten la identificación precoz del paciente, la realización de una valoración integral, la prescripción del tratamiento más adecuado y la realización de una evaluación continua del paciente, así como sistemas que faciliten la continuidad de la atención.

Por otro lado, el paciente requiere de mecanismos que faciliten su autocuidado, refuercen su autonomía y empoderamiento y faciliten la accesibilidad a los recursos que mejor se adecúen a su situación en cada momento.

Como conclusión, la atención a la cronicidad exige la **creación de un nuevo modelo** que reordene los recursos asistenciales, los alinee con las necesidades reales de los pacientes y los estructure en torno a un nuevo proceso de atención.

3.3.1 Modelo de atención global a la cronicidad

El actual modelo de atención a pacientes, focalizado en el tratamiento de casos agudos, presenta **áreas de mejora** a este respecto, tanto organizativas, necesidad de impulso de roles específicos para garantizar una atención integral; como de procesos, con una atención fragmentada por nivel y dispositivo asistencial; y herramientas, con falta de integración/intercomunicación de sistemas y de instrumentos que favorezcan y potencien la interrelación entre agentes asistenciales y con el propio paciente.

Así, el III Plan de Salud de Canarias plantea como objetivo estratégico “potenciar el actual modelo asistencial y de cuidados hacia un sistema más integrado, proactivo, orientado a la ciudadanía y basado en las necesidades del paciente con la participación activa de los profesionales de la salud y que trabaje en clave poblacional”.

Estos elementos deberán circunscribirse en un **marco de actuación global** que les dé orientación y sentido en conjunto. La base de la configuración del modelo es el enfoque poblacional de la atención, el cual parte de una estratificación de la población según:

- La presencia de patologías crónicas.



Estrategia de abordaje a la cronicidad en la Comunidad Autónoma de Canarias

- El grado de evolución de dichas patologías.
- El nivel de complejidad del paciente (multimorbilidad, polimedicación, discapacidad, etc.).
- La exposición a factores de riesgo, tanto sanitarios (tabaquismo, obesidad, etc.) como de otra índole (sociales, económicos, familiares, etc.).

Dicha estratificación permite establecer **cuatro niveles de población**, basados en el modelo de Kaiser Permanente y de acuerdo a su nivel de cronicidad y necesidades de atención (de menor a mayor):

- **Nivel 0. Población general.** Son objetivo de actuaciones de promoción de hábitos y estilos de vida saludables, con el fin último de prevenir la aparición de las patologías.
- **Nivel 1. Pacientes crónicos estables.** Generalmente en estados tempranos de la patología, con baja o ninguna comorbilidad, escasas limitaciones funcionales y elevada autonomía y capacidad de autogestión (reforzada en el caso de que exista la presencia de cuidador). Requieren de un apoyo puntual de los profesionales (episodios agudos causados o agravados por su patología), por lo que sus necesidades asistenciales pasan por el mantenimiento del estado físico y el retraso en el empeoramiento de su condición, evitando y/o controlando los factores de riesgo asociados.
- **Nivel 2. Pacientes crónicos de alto riesgo.** Pacientes con una o varias patologías que, aunque manteniendo cierta autonomía y con capacidad para realizar los autocuidados necesarios, suelen requerir apoyo profesional recurrente para la gestión de la enfermedad, produciéndose con cierta frecuencia episodios agudos asociados a la misma, por lo que la atención se centra en el cuidado y control de la patología (o patologías) correspondiente. La presencia de cuidador formal o informal es habitual, asumiendo un rol activo en la gestión del paciente.
- **Nivel 3. Pacientes crónicos de alta complejidad.** Aquellos pacientes cuya condición actual requiere de un enfoque altamente individualizado y multidisciplinar, presentando normalmente una combinación de múltiples elementos de riesgo: comorbilidad, limitación de la capacidad funcional, plurimedicación, etc. Su capacidad de autogestión es severamente limitada o inexistente por lo que requiere de un cuidado continuo, y por tanto es frecuente la presencia de pacientes institucionalizados en este nivel. Sus características hacen necesario un enfoque de la atención totalmente personalizado en el que se coordinen múltiples agentes.

Este enfoque se ha de acompañar de un marco de actuación que tendrá en cuenta los principios de la estrategia definidos con anterioridad, esto es: modelo proactivo, paciente como centro del sistema, enfoque de salud poblacional, aumento de la resolutiveidad, integración de la atención al paciente crónico, continuidad con el ámbito sociosanitario, empoderamiento y autonomía del paciente (Figura 41).

Figura 41. Implicaciones de los principios de la estrategia en relación a la construcción del nuevo modelo de atención a la cronicidad

<i>Principios de la estrategia</i>	<i>Implicaciones sobre el modelo de atención</i>
1. Modelo proactivo	<ul style="list-style-type: none"> • Actuación preventiva sobre factores de riesgo. • Seguimiento planificado y proactivo del paciente.
2. Paciente como centro del sistema	<ul style="list-style-type: none"> • Elaboración de una planificación individual del tratamiento orientada a sus características específicas. • Gestión de casos (vs. gestión de procesos). • Mejora de la accesibilidad del sistema y de la comunicación paciente-SCS.
3. Enfoque de salud poblacional	<ul style="list-style-type: none"> • Estratificación de la población objetivo. • Valoración integral (no sólo sanitaria) de la situación del paciente. • Impulso de la promoción de hábitos de vida saludables que permitan reducir la prevalencia actual.
4. Aumentar la resolutiveidad	<ul style="list-style-type: none"> • Dotación a AP de más y mejores herramientas para la gestión de estos procesos. • Potenciación de roles y equipos orientados a la atención y gestión de la cronicidad.
5. Integración de la atención al paciente crónico y continuidad con el ámbito sociosanitario	<ul style="list-style-type: none"> • Establecimiento de herramientas y mecanismos de garantía de coordinación asistencial. • Participación activa y coordinada en el proceso de atención de agentes sociosanitarios.
6. Empoderamiento y autonomía del paciente	<ul style="list-style-type: none"> • Capacitación del paciente para la autogestión de su patología. • Formación del cuidador como perfil de soporte al tratamiento y mantenimiento del estado de salud del paciente. • Apoyo al cuidador a lo largo de todo el proceso.

Fuente: Elaboración propia.

Todo lo anterior posibilitará la **reorientación de la atención a los pacientes** de acuerdo a sus necesidades, sentando las bases de la normalización del proceso de atención.

3.3.2. Proceso normalizado de atención al paciente crónico

En base a la estratificación poblacional anterior y la identificación de sus diferentes necesidades se puede establecer un proceso normalizado en tres fases:

1. **La primera fase** es la **identificación y clasificación del paciente** en uno de los estratos definidos de acuerdo a su nivel de cronicidad, la cual será validada por el profesional sanitario correspondiente (fundamentalmente los profesionales del equipo de AP).
2. Posteriormente a dicha identificación, y en el caso de que se detecte que el paciente es, o puede ser, un paciente crónico, se llevará a cabo la **segunda fase** del proceso, consistente en la **valoración integral del paciente**.

Dicha valoración debe incluir no sólo la dimensión estrictamente sanitaria, sino también los ámbitos funcional, psicológico, emocional, social, familiar y demás. Por este motivo, la valoración del paciente requerirá en múltiples ocasiones la participación de diferentes profesionales, siendo una actividad multidisciplinar.

3. Finalizada la valoración, se procederá a la **fase de atención y seguimiento** previa planificación del tratamiento y de las actuaciones a desarrollar con el paciente. Para ello, se fomentará el empoderamiento del paciente desde el inicio del tratamiento, compartiendo con él el resultado de su valoración integral, recogiendo e incorporando sus comentarios e intereses. Así, se valorarán conjuntamente las alternativas de tratamiento y asistencia en sus diferentes dimensiones (sanitaria, social) y formas de actuación (autocuidados, atención ambulatoria, tratamiento farmacológico...), de acuerdo a sus características y nivel de cronicidad, la buena praxis profesional y sus preferencias individuales. Según las características del paciente, se integrará también el perfil del cuidador en la planificación inicial del tratamiento.

Establecidas las pautas de asistencia y tratamiento, se llevará a cabo el **seguimiento periódico/ continuado del paciente** y reevaluación según su evolución. En el caso de detectar alguna desviación significativa (empeoramiento, aparición de un factor de riesgo inexistente previamente, etc.), se

procederá a la revisión del Plan de Actuación. Igualmente se tendrán en consideración los episodios relacionados que se produzcan fuera del proceso de seguimiento habitual, como pueden ser casos agudos e ingresos hospitalarios. Para ello es clave la correcta coordinación de los recursos asistenciales.

Aunque este proceso es de aplicación sobre el conjunto de pacientes crónicos, la atención a los **pacientes crónicos de alta complejidad** será la que requiera un uso más intensivo de recursos y mecanismos específicos (Figura 42).

Atención al paciente crónico de alta complejidad

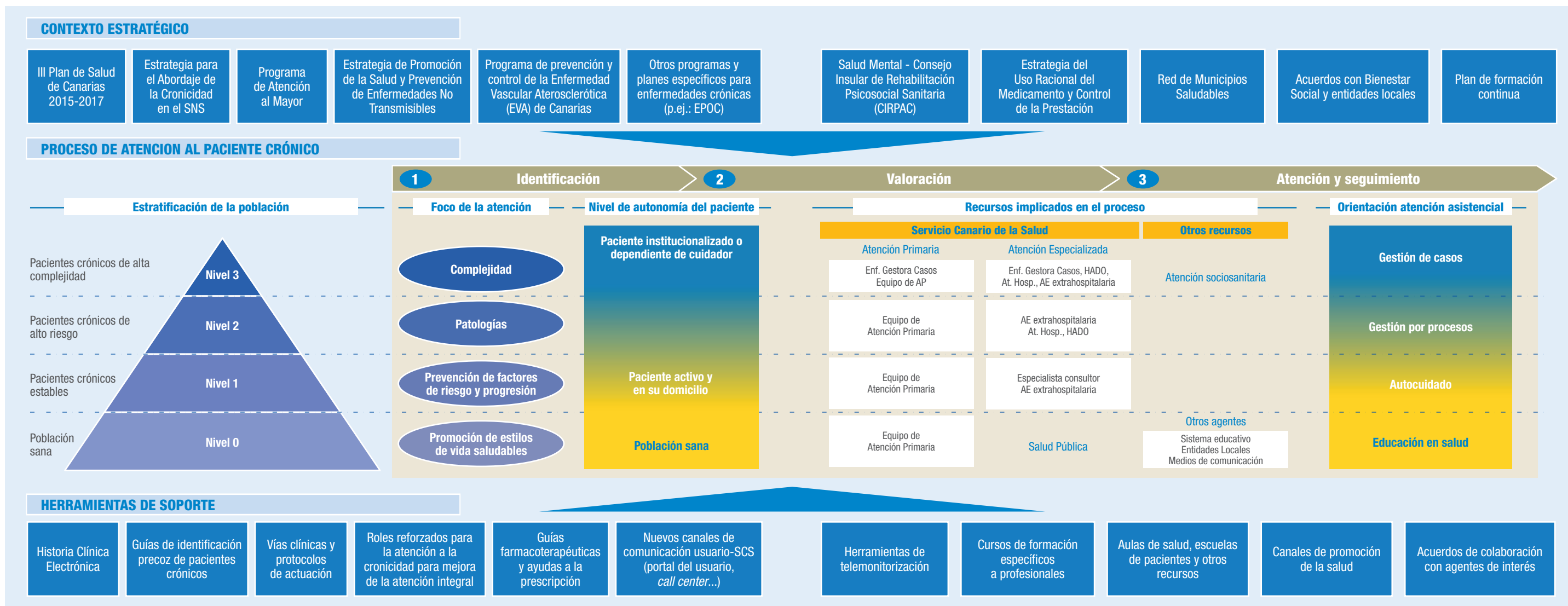
Este grupo de pacientes se constituye como aquel que requiere una **atención más personalizada y ajustada a sus necesidades**, incluyendo normalmente el uso de múltiples recursos del sistema de forma simultánea e integrando la gestión de los frecuentes episodios agudos derivados de la fragilidad del estado de salud de estos pacientes.

Mientras que la atención a los pacientes de los niveles 1 y 2 puede seguir un enfoque de gestión por procesos, empleando los protocolos de atención predefinidos para las patologías correspondientes (siempre bajo la óptica del seguimiento continuo y de la adecuación al perfil propio del paciente), la atención a un paciente crónico de alta complejidad requiere de un **enfoque de gestión de casos**. Dicho enfoque tiene como objetivos principales:

- Mejorar la calidad de la asistencia de los pacientes.
- Optimizar la coordinación de los diferentes recursos implicados en la atención al paciente, tanto asistenciales como de otros ámbitos (principalmente sociosanitarios).
- Fomentar una mejor calidad de vida tanto del paciente como del cuidador.
- Prevenir la aparición de casos agudos y, en general, evitar la realización de ingresos urgentes y estancias hospitalarias.

En primer lugar, de acuerdo al proceso normalizado definido con anterioridad, se ha de realizar una **identificación y valoración del paciente crónico de alta complejidad**, susceptible por tanto de entrar

Figura 42. Modelo de atención global a la cronicidad



Fuente: Elaboración propia.

en una gestión de casos. Para ello, deben aplicarse criterios que tengan en consideración las diferentes dimensiones de la atención a un paciente de estas características, concretamente:

1. Pluripatología/morbilidad, mediante la aplicación del índice de comorbilidad de Charlson abreviado, con umbral en 2 puntos para la definición de la morbilidad.
2. Trastorno mental grave.
3. Dos o más ingresos en un año por la misma o diferente causa.
4. Capacidad funcional, delimitada por el índice de Barthel (menor de 60).
5. Deterioro cognitivo, según la escala de Pfeiffer (mayor o igual a 5).
6. Condiciones sociales, delimitado por la Escala de valoración socio familiar de Gijón (mayor o igual a 17).

Se propone que a partir de estos criterios se considerará **paciente crónico de alta complejidad aquel que cumpla con el criterio de paciente pluripatológico/multimórbido (Charlson ≥ 2) y, al menos, 2 criterios más**. Se tendrán en cuenta, además de estos criterios, a los pacientes crónicos complejos con polifarmacia y sobre todo que usen fármacos de alto riesgo.

Uno de los principales elementos de valoración de los pacientes crónicos de alta complejidad es la participación activa de diferentes dispositivos en la atención al paciente, ya que por su estado se requiere el empleo tanto de recursos asistenciales como sociales y de otra naturaleza, como son:

- Atención Primaria: Equipos de Atención Primaria (EAP), integrados por Medicina de Familia, Pediatría y Enfermería, además de Trabajo Social, Farmacéutico de AP, etc.
- Atención Especializada: Medicina Interna, Geriátrica, Servicios de Continuidad de Cuidados, Unidades de Geriátrica, Unidades de Hospitalización (Cardiología, etc.), el 112, las HADOs (unidades de hospitalización a domicilio), las USM (unidades de salud mental), Unidad Cuidados Paliativos a Domicilio, Farmacia Hospitalaria, etc.
- Atención Sociosanitaria: Centros de Media y Larga Estancia, Residencias, Centros de Día.
- Servicios Sociales: Prestaciones como ayuda a domicilio y/o teleasistencia.
- Nivel Comunitario: Personas cuidadoras, familia, asociaciones, ONGs, etc.

En segundo lugar, para realizar una adecuada **atención y seguimiento**, y ya que se requiere de una coordinación permanente entre los múltiples agentes que participarán en la atención a dicho paciente así como un elevado conocimiento de sus características para posibilitar una atención eficiente y eficaz, es fundamental reforzar las estructuras de atención y los mecanismos de coordinación en la atención a pacientes crónicos de alta complejidad, a través de la gestión de casos.

La gestión de casos se basa en la **valoración y planificación individualizada de la atención** y en el pacto terapéutico con el paciente, con independencia del nivel asistencial y tomando como referencia el domicilio como el mejor entorno terapéutico siempre que las condiciones lo permitan. Así, se tiene en cuenta el máximo potencial de salud de la persona atendida desde la perspectiva de sus necesidades y la de sus cuidadores, identificando y movilizando los recursos necesarios para lograr los mejores resultados, dentro de un contexto de uso racional y eficiente de los mismos optimizando la continuidad asistencial.

En esta línea, a nivel de estructuras de atención y coordinación se plantea el desarrollo, refuerzo y despliegue de roles específicos para la gestión de casos, como la **Enfermera Gestora de Casos (EGdC)**, que tiene como principal objetivo el coordinar la actuación de los diferentes agentes implicados en la atención y seguimiento de los pacientes crónicos, existiendo tanto en Atención Primaria como Especializada (Figura 43).

Adicionalmente a este rol, deberán configurarse **grupos multidisciplinarios de profesionales** claramente identificados y accesibles para la atención al paciente crónico complejo que incluyan la participación de:

- En el Centro de Atención Primaria, profesionales de Medicina de Familia, Enfermería (la Enfermera Gestora de Casos), Pediatría, Administración y Trabajo Social, con el apoyo del Farmacéutico de AP.
- En los centros hospitalarios, profesionales de Medicina Interna, Geriátrica, Hospitalización a Domicilio, Cuidados Paliativos, Enfermería (Enfermera Gestora de Casos), Trabajo Social y especialistas de referencia, con el soporte de Rehabilitación y del Servicio de Farmacia. En este nivel asistencial será igualmente importante la relación entre el grupo que se identifique y el Servicio de Urgencias, con el objetivo de actuar de forma precoz sobre los casos que se identifiquen en dicho servicio, facilitando un uso adecuado de los recursos. Igualmente, será necesaria la identificación del **profesional de referencia** en el ámbito de atención especializada para pacientes con multimorbilidad.

Figura 43. Competencias de la Enfermera Gestora de Casos



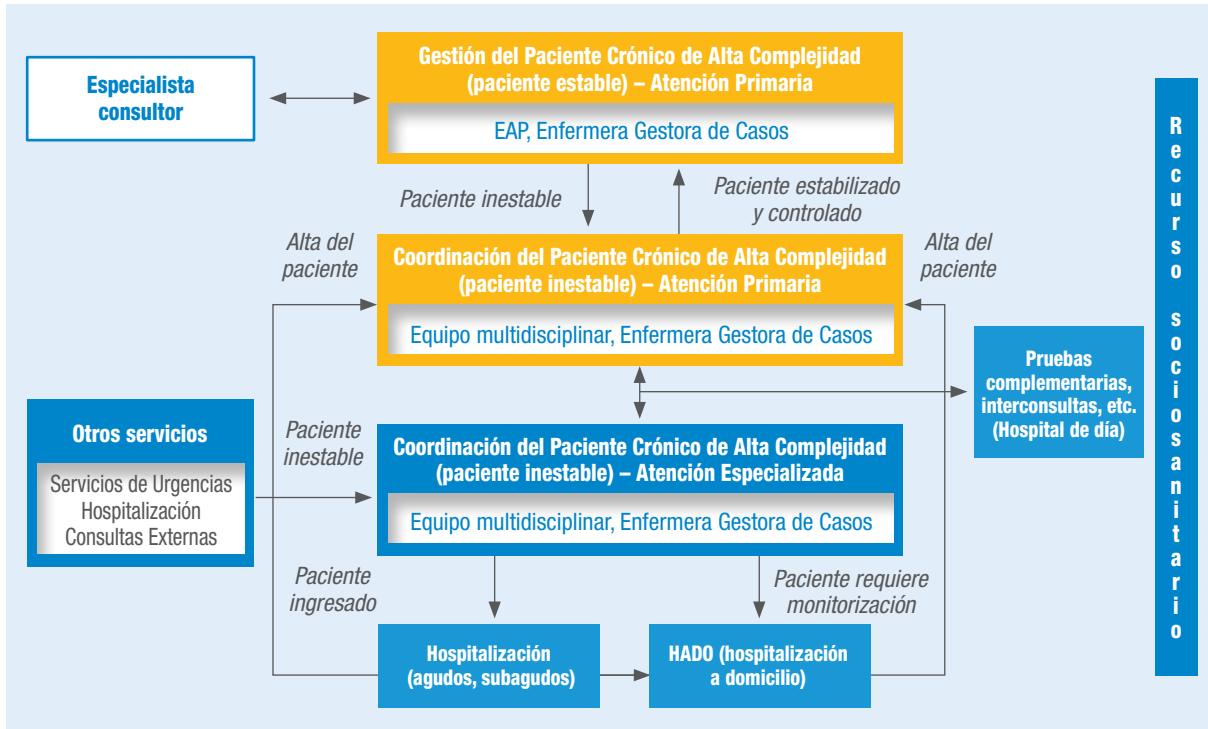
Fuente: Elaboración propia.

La organización de estos grupos deberá acomodarse a cada centro en función de sus características. Así, teniendo en cuenta estos nuevos perfiles el **proceso de atención al paciente crónico de alta complejidad** quedaría como sigue:

1. De forma general, la gestión de la atención de estos pacientes se ubica en la Atención Primaria, a cargo principalmente de la Enfermera Gestora de Casos Comunitaria, con el soporte directo de los recursos del Centro de Atención Primaria así como del especialista consultor y de los recursos sociosanitarios.
2. Cuando ocurra un episodio de inestabilidad del paciente, la gestión del caso dependerá del dispositivo en el que se detecte:
 - Si se detecta en el Centro de Atención Primaria, la coordinación del paciente la llevará a cabo la EGdC, de forma integrada con el EAP, gestionando los recursos necesarios para prestarle la asistencia requerida (desde pruebas diagnósticas hasta su posible hospitalización).

- En el caso de que se detecte el episodio de inestabilidad en alguno de los dispositivos de Atención Especializada (servicios de urgencias, hospitalización, consultas externas) o bien si se requiere su ingreso o monitorización constante, la gestión del paciente la llevará a cabo la EGdC de AE, en constante coordinación con el internista y/o geriatra, con el resto de recursos requeridos en AE (p.ej.: otros médicos especialistas, trabajador social) y con la EGdC de AP (p.ej.: para la gestión del alta tras estabilización del paciente) (Figura 44).

Figura 44. Proceso de gestión del Paciente Crónico de Alta Complejidad



Fuente: Elaboración propia.

En definitiva, la gestión del paciente crónico de alta complejidad supone el refuerzo de roles y la creación de mecanismos de coordinación que permitan impulsar la continuidad asistencial, especialmente crítica en este tipo de pacientes, desde un enfoque de gestión del caso, con particular atención y esfuerzo por el control de los episodios de inestabilidad.

3.3.3. Herramientas y sistemas de soporte

Para la correcta implantación del modelo de atención a la cronicidad, no sólo es necesaria la definición de un proceso normalizado y la reorganización de los recursos existentes (y la creación de nuevos recursos), sino que resulta indispensable la existencia de **herramientas y sistemas** que permitan el acceso de los profesionales a la información necesaria y **que permitan una adecuada coordinación**.

Desde el punto de vista de los sistemas de información, es particularmente importante el acceso, desde los diferentes niveles asistenciales y de los dispositivos que los componen, a la **historia clínica electrónica** del paciente, en la que deben constar su valoración integral, la planificación actual del tratamiento y su evolución. Esta herramienta es esencial para el continuo asistencial por lo que su disponibilidad y accesibilidad debe estar garantizada en todo momento.

Los canales de **interconsulta** facilitan la coordinación entre los profesionales sanitarios implicados en la atención de un paciente, así como permiten la resolución de dudas entre niveles asistenciales. Son además un recurso particularmente eficiente para resolver posibles limitaciones de accesibilidad derivados de la insularidad.

Aparte de los sistemas de coordinación entre agentes, también se requieren **herramientas de ayuda en la toma de decisiones** que permitan una mayor resolutivez, sostenibilidad y calidad general en la atención. Ello incluye instrumentos como las guías de apoyo a la decisión, consejo clínico y diagnóstico.

Además, otro de los principales ámbitos de actuación a este respecto es el soporte a la prescripción farmacológica. La atención a patologías crónicas suele requerir de tratamientos farmacoterapéuticos a largo plazo, combinando múltiples medicamentos.

Por ello, la Receta Electrónica Continua del SCS, REC-SCS, dispone actualmente de numerosas herramientas integradas, relacionadas con la seguridad y la eficiencia, con el objeto de facilitar la toma de decisiones en la prescripción farmacológica con el apoyo de las guías farmacoterapéuticas, muy necesarias

en todas las estrategias de abordaje al paciente crónico. Para poder trabajar con el paciente crónico desde una óptica integral y garantizando la continuidad asistencial, es imperativo la incorporación a la prescripción electrónica única de la Atención Especializada, los centros sociosanitarios, las clínicas concertadas y las mutualidades.

La atención al paciente crónico, con un importante foco en la asistencia personalizada, también requiere disponer de **canales de comunicación adecuados con y hacia el paciente crónico (y su cuidador)**.

Por todo lo anterior, la atención al paciente crónico requiere de canales que posibiliten:

- La promoción de hábitos saludables, que eviten (o cuando menos retrasen) la aparición de enfermedades crónicas. En este aspecto, la radio, la televisión y los **canales online de difusión de contenidos** (vídeos, *podcasts*, etc.) son herramientas de gran utilidad para hacer llegar estos mensajes a la población en general (destinataria última de los mismos).
- El acceso rápido, cómodo y eficaz a los dispositivos sanitarios, para lo que, además de contar con las vías habituales de comunicación, como son la telefónica (112 para urgencias, 012 para gestión de cita previa y otros procesos administrativos, 016 en el caso de violencia de género) y la presencial, se debe impulsar el empleo de nuevas tecnologías. En particular, deberían destacarse:
 - **Espacio virtual para el usuario:** la construcción de una plataforma que facilite al paciente el acceso a servicios de valor añadido es una palanca de empoderamiento y capacitación del mismo. Así, además del acceso a la Historia Clínica Electrónica o la solicitud de cita previa (servicios a los que también se podrá acceder a través de la aplicación para móviles), se facilitará el acceso a:
 - **Canales de mensajería paciente-profesional:** estos canales permiten la consulta y resolución rápida de dudas y cuestiones con los profesionales de referencia, mejorando así la relación entre ambos perfiles y generando seguridad en el paciente.
 - **Foros de discusión** que permitan no sólo la interacción con profesionales sino también con otros pacientes. De este modo se facilitará la compartición de experiencias, trucos, consejos sobre la vida diaria, etc.
 - **Telemedicina y telemonitorización:** El empleo de estas herramientas posibilita una relación más cómoda con el sistema sanitario, reforzando el empoderamiento del paciente y contribuyendo a una mejor calidad de vida facilitando el cuidado y gestión de la enfermedad en su entorno.
 - **Call center 24x7:** Orientado al paciente crónico de alta complejidad, impulsará la accesibilidad del sistema para garantizar una atención continua y la resolución precoz de dudas, así como la atención

Estrategia de abordaje a la cronicidad en la Comunidad Autónoma de Canarias

de complicaciones y situaciones de riesgo en las condiciones más idóneas. El acceso a este servicio puede ser multicanal.

- **Consulta telefónica:** Destinado a que los pacientes y sus cuidadores puedan realizar consultas por el canal telefónico a los profesionales sanitarios (Figura 45).

Figura 45. Canales de comunicación y relación usuario - SCS



Fuente: Elaboración propia.

Por último, es importante destacar que el desarrollo de herramientas de soporte debe seguir la senda de **la innovación constante y continua**, en la medida en que las necesidades de la población (y su propio contexto socio-económico) vayan variando, y aparezcan nuevas tecnologías que posibiliten una mejor atención al paciente crónico. Este camino, que el SCS ha ido recorriendo a lo largo de los años (implantación pionera en varios aspectos de la receta electrónica, desarrollo de apps móviles para el acceso a servicios de valor añadido, etc.) será una de las claves del correcto desarrollo del modelo a futuro.

3.4. De la estrategia a la táctica

Una vez definidas las bases de desarrollo de la Estrategia y el nuevo proceso de atención de la cronicidad que será clave en el proceso de transformación del Servicio de Salud en los próximos años, y teniendo en cuenta el punto de partida en el que se encuentra Canarias en este momento, se han establecido a nivel general **3 Objetivos Estratégicos** a alcanzar que impactan en los ciudadanos, en la organización y en sus profesionales. Dichos objetivos estratégicos se han desagregado a su vez en **6 Líneas Estratégicas**, las mismas que define la Estrategia de abordaje de la cronicidad del SNS que van desde la promoción de hábitos saludables hasta asegurar la incorporación de innovaciones en el ámbito de la cronicidad. Así mismo, estas Líneas se materializan a través del despliegue de **13 proyectos y 41 iniciativas**.

Para facilitar la medición y monitorización de los proyectos propuestos, se establecen **26 áreas de evaluación** que permitirán definir los indicadores requeridos para obtener el grado de implantación, despliegue y consecución de objetivos de la Estrategia (Figura 46).

3.4.1. Objetivos estratégicos

En esta estrategia se establecen 3 objetivos:

1. Mejorar los **resultados en salud de la población**, por un lado retrasando la aparición de procesos crónicos en la población a partir de la promoción y la concienciación en hábitos saludables con un enfoque transversal en el que colaboren diferentes organizaciones además de la sanitaria; y, por otro, retrasando el avance y los agravamientos evitables de patologías ya desarrolladas a partir de mecanismos

Figura 46. Visión global de la estructura de la Estrategia



Fuente: Elaboración propia.

de prevención y coordinación en los que influyan tanto el paciente, más autónomo en la gestión de su enfermedad, como la organización sanitaria, más proactiva en la detección y resolución precoz de factores desencadenantes de reagudizaciones.

2. Apoyar la **excelencia y la motivación de nuestro equipo de profesionales**. Para ello, dispondremos de los medios de apoyo a nivel formativo e informativo necesarios para el cambio en las formas de trabajo que se derivan del nuevo enfoque a la cronicidad, además de potenciar las actividades de

investigación en este ámbito de nuestra red asistencial y, facilitar la introducción y generalización de innovaciones y mejores prácticas que se generen en los centros asistenciales.

3. Asegurar una adecuada **sostenibilidad del sistema de salud** público en Canarias a partir de un uso más eficiente de los recursos asistenciales tanto a nivel de utilización de los servicios sanitarios como en los consumos derivados de esta utilización. Esto se conseguirá a partir de una homogeneización de los procesos asistenciales, una mayor coordinación entre niveles y una mayor resolutivez sobre todo de Atención Primaria. Además será muy relevante fomentar un adecuado uso del medicamento en este ámbito y el aprovechamiento de las nuevas tecnologías de información.

3.4.2. Líneas estratégicas

Para alcanzar los 3 objetivos estratégicos descritos, se establecen las siguientes 6 líneas estratégicas de actuación para el abordaje de la cronicidad en Canarias:

0. Equidad en salud e igualdad de trato

En línea con lo dispuesto en la Ley de Cohesión y Calidad del SNS, en el Plan de Calidad del SNS, la Ley Orgánica 3/2007 o la Ley General de Salud Pública, esta línea estratégica está orientada a garantizar el principio de la igualdad de trato y la equidad en la atención y prestación de servicios, independientemente de condición personal alguna (sexo, edad, raza, cultura, orientación sexual, grado de discapacidad y/o dependencia), además de tener en cuenta los determinantes sociales de la salud. Todo ello determina que esta línea estratégica tenga carácter transversal a las otras 5 líneas estratégicas, donde el diseño y despliegue de los proyectos e iniciativas que las compongan deberán dar una respuesta específica a las necesidades de salud de grupos de población que lo requieran.

1. Promoción de la salud

Focalizada fundamentalmente en la concienciación de la población a nivel general para generalizar unos hábitos de vida saludables en el día a día que provoquen el mantenimiento de unos altos estándares de calidad de vida durante mayor tiempo. Esto será promovido a partir de la creación de entornos que faciliten la adopción de estilos de vida saludables en todos los ámbitos vitales, así como mediante iniciativas conjuntas y colaboraciones entre el sector sanitario, organizaciones sociales y otros sectores.

2. Prevención de los condicionantes de salud y limitaciones en la actividad de carácter crónico

Orientada a disminuir la incidencia, la progresión y las complicaciones de las enfermedades crónicas a partir del control de los factores de riesgo que determinan su aparición. Esto deriva, por un lado, en potenciar el empoderamiento del paciente y su entorno, capacitándole, fomentando el autocuidado y la corresponsabilidad en la gestión de su enfermedad y, por otro, en el establecimiento de mecanismos de interrelación proactivos entre la organización sanitaria y el usuario y su entorno, de forma que se favorezca su participación y el acceso continuado a través de canales interactivos y nuevas tecnologías.

3. Reorientación de la atención sanitaria

Guía al sistema de salud a sistematizar una práctica proactiva, segura, homogénea e integral para dar cobertura a todas las necesidades de los pacientes y su entorno. Para ello se estratificará la población en función de los riesgos de desarrollo de patologías crónicas de cada persona con el fin de poder diseñar intervenciones coste-efectivas específicas para cada grupo de pacientes, facilitando a posteriori a los profesionales de la organización herramientas para la identificación precoz del paciente crónico y/o la asignación del grado de complejidad si éste ya hubiese desarrollado alguna patología, y la inclusión de éste en un proceso normalizado y homogeneizado de atención en toda la red asistencial.

4. Continuidad Asistencial

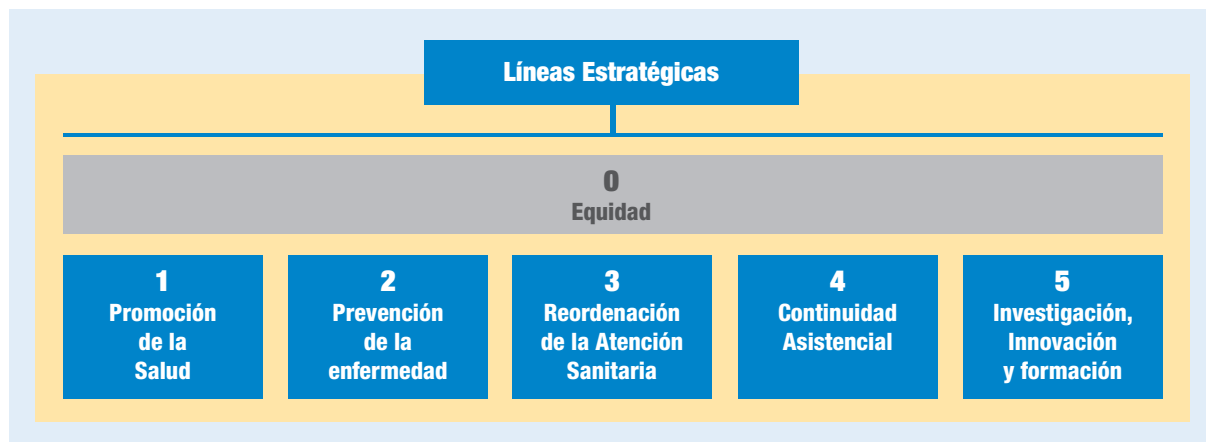
Encauza y sincroniza la asistencia sanitaria independientemente del lugar donde se realice la intervención, de forma que se produzca una adecuada continuidad de cuidados y transición entre niveles asistenciales y con el ámbito social. Se fomentará una mayor resolución, potenciando Atención Primaria como eje sobre el que articular la gestión del crónico, impulsando la atención multidisciplinar y la gestión de casos, la racionalidad en la utilización de los medicamentos y las nuevas tecnologías como herramienta facilitadora del contacto profesional-profesional y profesional-paciente.

5. Investigación, innovación y formación

Asegura una mejora continua de la calidad asistencial y esperanza de vida de la población a partir de la incorporación de avances científicos en prevención, diagnóstico y tratamiento de las enfermedades. Para ello será necesario favorecer y reforzar los recursos dedicados a la investigación en cronicidad en la red pública de Canarias, asegurar que la aplicación práctica de las innovaciones se realiza tras una evaluación coste-

eficiencia de éstas y, que se transmitan adecuadamente las mejores prácticas a toda la red para su generalización. Asimismo esto, junto con un apoyo formativo de los profesionales en las nuevas formas de trabajo, facilitará una actitud proactiva, positiva al cambio y con una alta motivación de aquellos (Figura 47).

Figura 47. Visión de las Líneas Estratégicas definidas de Abordaje a la Cronicidad en Canarias



Fuente: Elaboración propia.

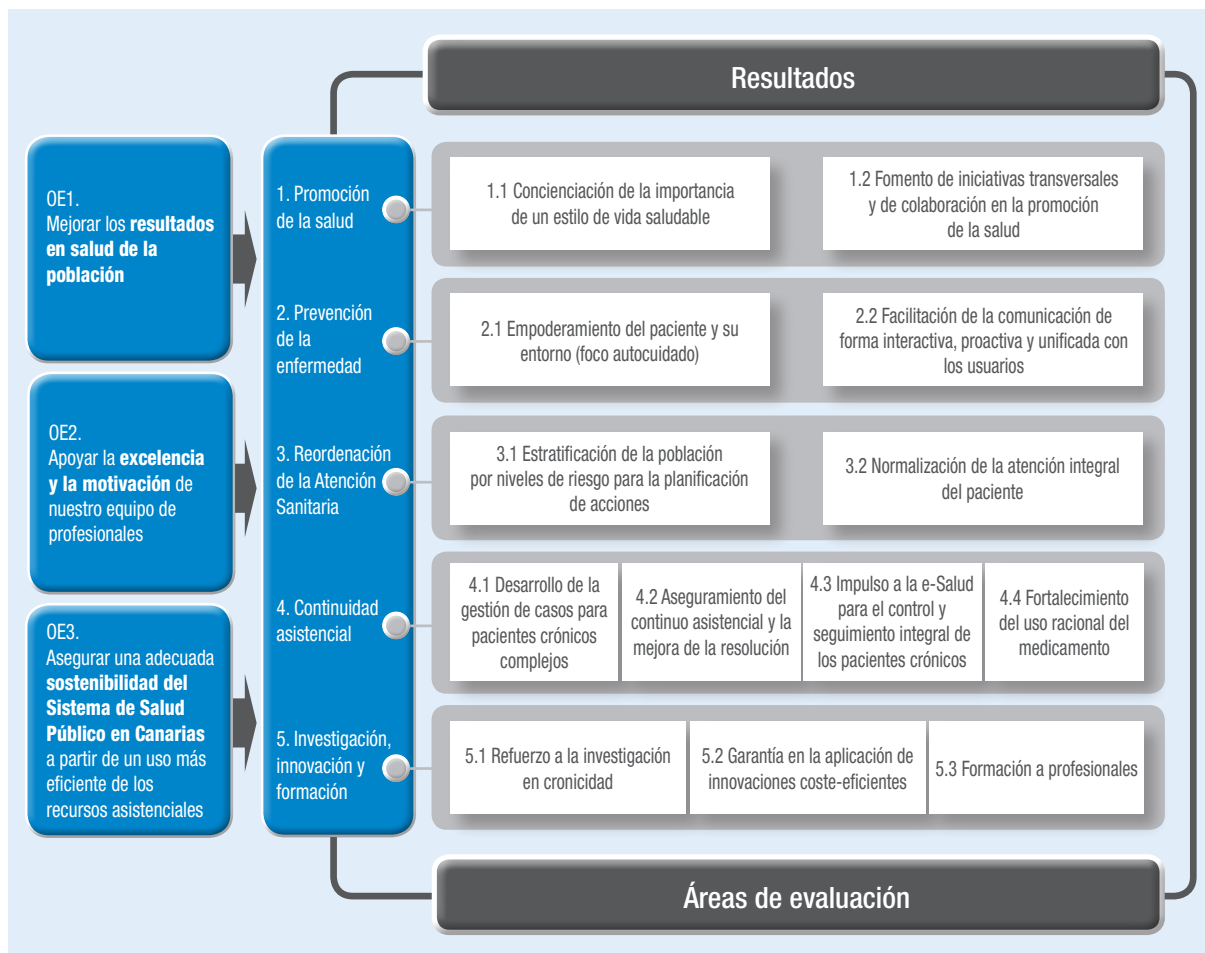
3.4.3. Proyectos

Las 5 Líneas Estratégicas (tal y como se ha comentado la de equidad está incluida en las otras 5) se desarrollan a partir de la concreción de un total de **13 proyectos**. Éstos a su vez se desagregan en **41 iniciativas o acciones** las cuales a partir de su despliegue contribuirán a aproximarse y consolidar los objetivos globales que pretende esta estrategia, con unos mejores resultados en salud, un aseguramiento de la sostenibilidad del sistema y la excelencia y motivación de los profesionales.

A continuación se presenta el **mapa estratégico, el esquema global** con su máximo nivel de desagregación, incluyendo Objetivos estratégicos, Líneas estratégicas, Proyectos e Iniciativas, y la **definición en detalle de los proyectos e iniciativas** (Figuras 48 y 49).

Estrategia de abordaje a la cronicidad en la Comunidad Autónoma de Canarias

Figura 48. Mapa Estratégico: Objetivos estratégicos, líneas estratégicas y proyectos



Fuente: Elaboración propia.

Figura 49. Visión global de la Estrategia de Abordaje a la Cronicidad en Canarias

Líneas Estratégicas	Proyectos	Iniciativas
1. Promoción de la salud	1.1 Concienciación de la importancia de un estilo de vida saludable	<ul style="list-style-type: none"> I. Impulso a la promoción de estilos de vida saludables entre la población. II. Fomento de las herramientas que permitan monitorizar y evaluar la evolución de la incidencia de los factores de riesgo. III. Potenciación de los canales de difusión de contenidos de promoción de la salud.
	1.2 Fomento de iniciativas transversales y de colaboración en la promoción de la salud	<ul style="list-style-type: none"> I. Fomento de la promoción de la salud en la escuela. II. Impulso de la Red de Municipios Saludables. III. Fomento del envejecimiento activo de forma coordinada con los agentes sociales. IV. Inclusión de redes de farmacias como agentes de promoción.
2. Prevención de la enfermedad	2.1 Empoderamiento del paciente y su entorno (foco autocuidado)	<ul style="list-style-type: none"> I. Concienciación de la importancia del paciente empoderado. II. Creación de escuelas de pacientes para el fomento del “paciente activo”. III. Desarrollo de la capacitación del cuidador.
	2.2 Facilitación de la comunicación de forma interactiva, proactiva y unificada con los usuarios	<ul style="list-style-type: none"> I. Generación de un espacio virtual para el usuario adaptado a las necesidades de los crónicos para el acceso a servicios de valor añadido. II. Soporte y atención al cuidador. III. Facilitación e impulso de foros de difusión, participación y comunicación <i>online</i>. IV. Canales de mensajería profesional-paciente.
3. Reordenación de la Atención Sanitaria	3.1 Estratificación de la población por niveles de riesgo para la planificación de acciones	<ul style="list-style-type: none"> I. Estratificación para la definición de la población diana. II. Definición de criterios de segmentación y apoyo al profesional en la identificación precoz del paciente crónico.
	3.2 Normalización de la atención integral del paciente	<ul style="list-style-type: none"> I. Diseño de un proceso asistencial integrado homogéneo. II. Desarrollo de guías y protocolos consensuados entre AP y AE.

Continúa en página siguiente

Estrategia de abordaje a la cronicidad en la Comunidad Autónoma de Canarias

Viene de página anterior

Líneas Estratégicas	Proyectos	Iniciativas
4. Continuidad Asistencial	4.1 Desarrollo de la gestión de casos para pacientes crónicos complejos	I. Definición e implantación de un proceso homogéneo de coordinación para pacientes crónicos complejos. II. Definición e impulso de roles asociados a la gestión del paciente crónico.
	4.2 Aseguramiento del continuo asistencial y la mejora de la resolución	I. Mejora de la resolutiveidad en AP. II. Desarrollo de los procesos de continuidad de cuidados y reordenación de tareas. III. Refuerzo de la coordinación y continuidad de cuidados con las HADO. IV. Impulso de la atención domiciliaria y de la coordinación y continuidad en este ámbito. V. Acceso a la historia de salud en función del ámbito asistencial. VI. Agilización de la transición del niño crónico a paciente adulto garantizando la continuidad asistencial.
	4.3 Impulso a la e-Salud para el control y seguimiento integral de los pacientes crónicos	I. Desarrollo de la atención continuada 24x7 a través de <i>call center</i> . II. Potenciación de la realización de interconsultas virtuales. III. Despliegue de sistemas de telemonitorización y alertas a domicilio para los pacientes crónicos complejos. IV. Impulso del uso de los servicios de telemedicina.
	4.4 Fortalecimiento del uso racional del medicamento	I. Impulso de guías farmacoterapéuticas ya existentes para la población de interés. II. Mejora de la adecuación terapéutica con especial atención a los pacientes crónicos y polimedicados. III. Potenciación de la receta electrónica a las necesidades específicas de atención a la cronicidad. IV. Fomento de la mejora de la adherencia en pacientes crónicos. V. Desarrollo y potenciación de canales de comunicación entre profesionales farmacéuticos.
5. Investigación, innovación y formación	5.1 Refuerzo a la investigación en cronicidad	I. Apoyo en la búsqueda, solicitud y gestión de fondos de I+D en cronicidad. II. Impulso en Canarias de la investigación en red para la cronicidad. III. Monitorización y evaluación de los resultados en salud.
	5.2 Garantía en la aplicación de innovaciones coste-eficientes	I. Descripción de modelo de evaluación para la incorporación de la innovación en cronicidad. II. Creación de plataforma de difusión de buenas prácticas en innovación.
	5.3 Formación a profesionales	I. Formación a profesionales de AP y AE en el manejo del paciente crónico.

Fuente: Elaboración propia.

Línea estratégica

1. PROMOCIÓN DE LA SALUD

Proyecto

1.1. Concienciación de la importancia de un estilo de vida saludable.

Objetivos del proyecto

- Impulsar el desarrollo de habilidades y capacidades en los individuos y en la comunidad en términos de consejos, información útil y educación para la salud y mejora de la calidad de vida.
- Promover en la sociedad la asunción de hábitos que disminuyan el impacto de los factores de riesgo para la aparición de enfermedades crónicas.

Descripción de las iniciativas

I. Impulso a la promoción de estilos de vida saludables entre la población, mediante el fomento de la adopción de hábitos que prevengan la aparición de enfermedades crónicas. Entre otros aspectos, se impulsará:

- La realización de ejercicio adecuado a la condición física personal.
- La adopción de una dieta equilibrada.
- Evitar el consumo del tabaco.
- El control del consumo de alcohol.
- El control del estrés personal y el aseguramiento del descanso diario.

Para ello, además de la realización de actuaciones de carácter transversal (sobre el conjunto de la población), se llevarán a cabo acciones específicas orientadas a aquellos grupos con mayor exposición (por prevalencia o impacto) a los principales factores de riesgo de aparición de enfermedades crónicas, asociados a los anteriores hábitos.

La identificación de estos grupos debe facilitar una mejor definición de los contenidos así como la selección de los formatos y canales más adecuados para lograr el mayor impacto posible.

II. Fomento de las herramientas que permitan monitorizar y evaluar la evolución de la incidencia de los factores de riesgo de aparición y desarrollo de la enfermedad. Para ello se impulsará la identificación de dichos factores por la población, facilitando herramientas para ello, y se desarrollarán acciones de detección proactiva por parte de los profesionales implicados en las acciones de promoción presenciales.

III. Potenciación de los canales de difusión de contenidos de promoción de la salud, unificando los mismos y utilizándolos como vehículos de comunicación hacia la sociedad en hábitos saludables. En este sentido, se impulsará la creación de contenidos en este ámbito para su distribución a través de los múltiples canales disponibles a partir de un discurso homogéneo y coordinado de promoción de la salud por parte del Servicio Canario de la Salud. Para ello, se llevarán a cabo los siguientes pasos:

- Revisión de la información existente en los canales actuales.
- Selección, homogeneización y adaptación de la información para su difusión a través de los canales disponibles.
- En su caso, reordenación de los canales disponibles y/o creación de nuevas plataformas de comunicación.
- Establecimiento de mecanismos de actualización periódica de contenidos.
- Seguimiento y control de la difusión de los contenidos.

Línea estratégica

1. PROMOCIÓN DE LA SALUD

Proyecto

1.2. Fomento de iniciativas transversales y de colaboración en la promoción de la salud

Objetivos del proyecto

- Promover la puesta en marcha de actuaciones orientadas a grupos de población específicos, adaptadas a su vida cotidiana, que promuevan hábitos de vida saludable.
- Impulsar la cooperación entre el Servicio Canario de la Salud y otros agentes de interés, para el desarrollo de iniciativas de fomento de una vida saludable en el entorno comunitario y de proximidad.

Descripción de las iniciativas

I. Fomento de la promoción de la salud en la escuela, a fin de incidir desde una edad temprana en la adopción de comportamientos y hábitos de vida saludables desde los centros educativos (p.ej.: impulsando medidas como la red de escuelas promotoras de salud). Con este objetivo, se llevarán a cabo actuaciones específicas en los centros educativos de las islas Canarias: charlas, desarrollo de materiales y contenidos específicos, jornadas de concienciación, etc. Entre otros aspectos, se cubrirán los siguientes ámbitos:

- Alimentación y actividad física saludable.
- Drogodependencia y otras conductas adictivas.
- Salud emocional, afectiva y sexual.

II. Impulso de la Red de Municipios Saludables, como iniciativa de colaboración con las entidades locales para la promoción y protección de la salud en el marco del proyecto *“Healthy Cities”* de la OMS. Esta iniciativa, ya existente, permite entre otros aspectos:

- Compartición de información entre municipios en materia de promoción de salud.
- Intercambio de experiencias y promoción de acciones y colaboraciones entre municipios para abordar nuevas iniciativas en salud.
- Establecimiento de criterios de evaluación e indicadores que permitan evaluar las actuaciones de la promoción y protección de la salud.

Así, se promoverá la inclusión del máximo número de municipios en dicha iniciativa, se fomentará la coordinación entre ellos, con el apoyo del SCS para la realización de acciones conjuntas, y se impulsará la explotación y difusión de mejores prácticas llevadas a cabo.

III. Fomento del envejecimiento activo de forma coordinada con los agentes sociales, con el objetivo de mejorar la calidad de vida del colectivo de personas de la tercera edad, fomentando su autonomía personal, disminuyendo el riesgo de aparición de enfermedades crónicas y potenciando el mantenimiento de sus capacidades funcionales y cognitivas. Para ello, se contará especialmente con la colaboración de los agentes sociales con mayor accesibilidad y relación con este colectivo. Entre las actividades a desarrollar se encuentran las siguientes:

- Diseñar actividades especialmente adaptadas para personas mayores con el fin de mantener la capacidad funcional (física y cognitiva) el mayor tiempo posible en la vejez.
- Impulsar entre la tercera edad la creación de grupos de práctica de actividad deportiva.
- Potenciar la realización de actividades intergeneracionales (jóvenes y tercera edad).

IV. Inclusión de redes de farmacias como agentes de promoción de estilos de vida saludables, potenciando la implicación de sus profesionales en el desarrollo de programas de educación en salud de la población gracias a su proximidad, cercanía y relación de confianza.

Línea estratégica

2. PREVENCIÓN DE LA ENFERMEDAD

Proyecto

2.1. Empoderamiento del paciente y su entorno (foco autocuidado)

Objetivos del proyecto

- Fomentar la autonomía del paciente crónico a través de su empoderamiento, impulsando su capacitación y adquisición de competencias para la mejora del nivel de autocuidados y facilitando su participación activa en la gestión de la enfermedad.
- Formar y apoyar a los cuidadores de los pacientes crónicos, facilitando el acceso a herramientas y recursos que permitan mejorar su calidad de vida y la de los pacientes a los que atienden.

Descripción de las iniciativas

I. Concienciación de la importancia del paciente empoderado entre los profesionales del Servicio Canario de la Salud. El principal objetivo de esta iniciativa es el de fomentar y capacitar a los profesionales sanitarios en el apoyo y la motivación del paciente para desarrollar mayores capacidades de autocuidado de su propia enfermedad y de facilitar su participación en las decisiones de gestión de su patología, de acuerdo a sus intereses, prioridades y situación personal sin menoscabo de la aplicación de criterios profesionales.

II. Creación de escuelas de pacientes para el fomento del “paciente activo”, fomentando la autogestión de los pacientes crónicos a través de la formación en ámbitos como:

- Formación práctica en autocuidados asociados a la propia patología: tratamiento y uso responsable de medicamentos, identificación temprana de complicaciones, etc.
- Impacto y gestión de actividades de la vida diaria que puedan verse afectadas por la patología.
- Motivación y control emocional.
- Incorporación de hábitos para la prevención del deterioro funcional y cognitivo asociado a la patología correspondiente.

Además, esta iniciativa facilitará el acceso a recursos que favorezcan la autonomía del paciente, como son guías de manejo de enfermedades crónicas, conferencias sobre paciente activo, etc.

III. Desarrollo de la capacitación del cuidador, facilitando su formación y capacidad de apoyo y motivación al paciente en relación a, entre otros aspectos:

- El curso previsto y evolución de la enfermedad del paciente.
- Las acciones de atención y el soporte a los autocuidados: medicación, tratamientos, prevención de factores de riesgo, etc.
- Detección precoz de signos de empeoramiento y forma de actuación.
- La gestión emocional propia y del paciente a lo largo del curso de la patología.

En este punto, se impulsará una actuación coordinada con las asociaciones de pacientes para aprovechar su capilaridad y accesibilidad a los pacientes y a su entorno y, conseguir una mayor llegada e impacto de las actuaciones formativas a este respecto.

Línea estratégica

2. PREVENCIÓN DE LA ENFERMEDAD

Proyecto

2.2. Facilitación de la comunicación de forma interactiva, proactiva y unificada con los usuarios

Objetivos del proyecto

- Unificar la comunicación del SCS a través de un canal virtual único de forma que se facilite el acceso a contenidos actualizados y de valor a los pacientes y a sus cuidadores.
- Impulsar la bidireccionalidad, proactividad y rapidez en la comunicación profesional-paciente o entre una comunidad de pacientes, así como una mayor racionalidad en el uso de los recursos.

Descripción de las iniciativas

I. Generación de un espacio virtual para el usuario adaptado a las necesidades de los crónicos para el acceso a servicios de valor añadido, facilitando herramientas en autogestión desde una visión integral de la enfermedad al paciente, como son por ejemplo:

- Acceso la Historia Clínica Electrónica (HCE) y cita previa.
- Documentación y herramientas de apoyo a crónicos y cuidadores (p.ej.: guías prácticas sobre las patologías).
- Canales de comunicación y consulta con profesionales y figuras de referencia.
- Espacios de discusión y encuentro con pacientes.
- Preguntas frecuentes.

II. Soporte y atención al cuidador.

III. Facilitación e impulso de foros de difusión, participación y comunicación *online*, promoviendo la creación de espacios virtuales que dan soporte a debates, compartición de experiencias u opiniones entre pacientes o cuidadores. Dichos espacios estarán ordenados por categorías (típicamente, por patología, actividades de la vida diaria, etc.), aunque su estructura podrá variar en función de la actividad que se registre. Para su gestión se contará tanto con profesionales del Servicio Canario de la Salud como con pacientes y cuidadores expertos como *community managers* que puedan aportar sus propias experiencias y convertirse en referentes en su ámbito de conocimiento.

IV. Puesta en marcha de nuevos canales de mensajería profesional-paciente que faciliten la comunicación bidireccional y proactiva entre ambos, proporcionando un canal de acceso sencillo, rápido y cómodo. Entre otras posibles funcionalidades, permitirá a los pacientes la resolución de dudas y consultas y facilitará el seguimiento continuo y proactivo por parte del profesional sanitario. Igualmente, solventará barreras de acceso a pacientes con necesidades especiales (p.ej.: limitación funcional del habla o falta de conocimiento del español).

Línea estratégica

3. REORDENACIÓN DE LA ATENCIÓN SANITARIA

Proyecto

3.1. Estratificación de la población por niveles de riesgo para la planificación de acciones

Objetivos del proyecto

- Disponer de un sistema de clasificación de pacientes que, en función del riesgo o el grado de desarrollo de patologías crónicas, y el grado de utilización actual o prevista de los servicios sanitarios, nos permitirá determinar las actuaciones específicamente diseñadas para cada grupo en base a sus necesidades de atención.
- Facilitar la toma de decisiones rápida y eficaz por parte de los gestores sanitarios a la hora de planificar recursos y, por parte de los profesionales para identificar claramente a los pacientes y establecer los niveles de cuidados que la organización le va a proporcionar.

Descripción de las iniciativas

I. Estratificación para la definición de la población diana, de acuerdo a su nivel de cronicidad y las necesidades que de ella se derivan. Esta actuación supone el primer paso para la normalización del proceso de atención posterior, facilitando una visión racional y estructurada de las necesidades de la población en este ámbito. Incluye las siguientes actividades:

- Definición de los niveles de riesgo en la población de Canarias, de acuerdo al modelo piramidal de Kaiser Permanente:
 - Nivel 0. Población general.
 - Nivel 1. Pacientes crónicos estables, con alta capacidad de autogestión y necesidad de apoyo puntual de profesionales.
 - Nivel 2. Pacientes crónicos de alto riesgo, que requieren de apoyo profesional recurrente para la gestión de la enfermedad.
 - Nivel 3. Pacientes crónicos de alta complejidad, cuya atención requiere un enfoque altamente personalizado y multidisciplinar.
- Cuantificación y asignación del volumen de población que engloba cada nivel.
- Planificación y determinación de actuaciones orientadas a cada estrato, de acuerdo a sus características y necesidades de atención.

Para garantizar la adecuación de la estratificación en el tiempo, se establecerán los mecanismos de seguimiento y control necesarios para evaluar periódicamente el impacto de las actuaciones desarrolladas para cada nivel y de sus resultados, y en su caso, llevar a cabo las acciones perfectivas y correctivas sobre las actuaciones definidas para cada nivel de riesgo.

II. Definición de criterios de segmentación y apoyo al profesional en la identificación precoz del paciente crónico, orientado a los profesionales de Atención Primaria de cara a incorporar a los pacientes al programa de atención a la cronicidad. Dichas herramientas, además, deben permitir la detección precoz de patologías crónicas así como la existencia de factores de riesgo, tanto para la aparición de nuevas patologías como para la evolución de las patologías actuales del paciente. Estas guías se organizarán por grupos diagnósticos y deben contemplar las metodologías a emplear ante las patologías más frecuentes, desde un punto de vista de valoración funcional de las mismas. Incluirán, por ejemplo, los siguientes ámbitos:

- Epidemiología.
- Historia natural y pronóstico.
- Tratamiento.
- Seguimiento.

Línea estratégica

3. REORDENACIÓN DE LA ATENCIÓN SANITARIA

Proyecto

3.2. Normalización de la atención integral del paciente

Objetivos del proyecto

- Diseñar un proceso de atención al paciente crónico integrado y homogéneo, que permita responder a sus necesidades en los diferentes niveles (asistenciales, sociales, de autonomía personal, etc.), mediante la normalización de la valoración y la adaptación de la asistencia a sus condiciones específicas dentro del proceso definido.
- Promover un uso más eficaz de los recursos disponibles a partir de una mayor coordinación entre los profesionales implicados en la atención al crónico mediante el establecimiento de protocolos de actuación, intercambio de información y nuevas formas de organización asistencial.

Descripción de las iniciativas

I. Diseño de un proceso asistencial integrado homogéneo, en función de los niveles de riesgo identificados y de acuerdo a las siguientes fases:

- Incorporación del paciente por decisión clínica en base a su nivel de riesgo asociado a la cronicidad.
- Valoración integral de la persona, que contemple las dimensiones funcional, psicoafectiva, clínica (incluido el tratamiento farmacológico) y socio-familiar.
- Planificación personalizada de la ruta asistencial y actuaciones encaminadas a atender sus necesidades de cuidados clínico-asistenciales y sociales, de acuerdo a su nivel de riesgo y características personales.
- Evaluación del impacto generado por dichas actuaciones sobre la salud y calidad de vida del paciente, a través del seguimiento y gestión de la enfermedad del paciente, ajustando las acciones en caso necesario.

II. Desarrollo de guías y protocolos consensuados entre AP y AE, con el fin de planificar de manera proactiva la transición del paciente crónico por los distintos niveles asistenciales del Sistema de Salud, en ambas direcciones, y garantizar de este modo integralidad de la atención, en función de, entre otros aspectos:

- Su nivel de riesgo general, que dictará el tipo y grado de personalización de la atención requerida por el paciente.
- Las patologías existentes y su grado de desarrollo actual.
- La existencia de factores de riesgo existentes (asociados a dichas patologías o no).
- El nivel de capacitación para el autocuidado del paciente.
- El grado de utilización y acceso a las nuevas tecnologías.
- Etc.

De acuerdo a dichos condicionantes, las guías y protocolos que se definan deberán clarificar los criterios de actuación de los profesionales sanitarios de ambos niveles asistenciales, así como unos tiempos de respuesta alineados con la situación del paciente.

Línea estratégica	4. CONTINUIDAD ASISTENCIAL
Proyecto	
4.1. Desarrollo de la gestión de casos para pacientes crónicos complejos	
Objetivos del proyecto	
<ul style="list-style-type: none">• Implantar el marco general de atención y los mecanismos de continuidad asistencial que posibiliten la atención personalizada a los pacientes con mayor nivel de riesgo de cronicidad a través de la coordinación efectiva entre agentes.• Minimizar los efectos a nivel asistencial de la fragmentación, la discontinuidad y/o la duplicidad en la asistencia prestada al usuario, a partir del establecimiento de mecanismos de coordinación y colaboración, identificando y movilizando los recursos necesarios en cada momento, facilitando la intervención de los diferentes profesionales y servicios, para el logro de los mejores resultados.	
Descripción de las iniciativas	
<p>I. Definición e implantación de un proceso homogéneo de coordinación para pacientes crónicos complejos, que establezca el marco para la actuación coordinada de los agentes implicados en la atención a dichos pacientes: los profesionales sanitarios, los servicios sociales, los cuidadores, los propios pacientes, etc. En este sentido, se tendrán en cuenta los siguientes aspectos para su definición e implantación:</p> <ul style="list-style-type: none">• Necesidades específicas de diagnóstico del paciente crónico complejo.• Presencia de factores de riesgo y necesidad de cambio de hábitos.• Existencia de limitaciones personales (p.ej.: capacidades funcionales disminuidas) o de entorno (p.ej.: falta de un cuidador) para un correcto mantenimiento del estado de salud del paciente y para la prevención de su deterioro.• Nivel de capacitación del cuidador, en su caso.• Implicación de diversos agentes en la atención del paciente crónico para atender a las diferentes dimensiones de la cronicidad (sanitaria, social, emocional, etc.).• Necesidad de un seguimiento periódico y continuo.• Disponibilidad de recursos y herramientas: perfiles específicos de atención a la cronicidad, herramientas de comunicación, dispositivos de control y monitorización, recursos de proximidad, contenidos de formación y promoción de la salud, etc. <p>II. Definición e impulso de roles asociados a la gestión del paciente crónico, orientados a garantizar la continuidad asistencial y, la identificación precoz y el seguimiento integral del paciente. En particular, deberá potenciarse el rol de la Enfermera Gestora de Casos. Dicha enfermera con competencias avanzadas para la coordinación y gestión proactiva de los Servicios de Enfermería y de Cuidados Clínicos Personalizados para pacientes crónicos complejos. Este rol, tiene como principal objetivo el coordinar la actuación de los diferentes agentes implicados en la atención y seguimiento de los pacientes crónicos, existiendo tanto en Atención Primaria como Especializada.</p> <p>Además deberá impulsarse la configuración de grupos multidisciplinares de trabajo para la gestión de pacientes crónicos complejos. Dichos grupos dependerán de las características de cada centro pero, orientativamente, deberán estar compuestos por profesionales de:</p> <ul style="list-style-type: none">• AP: Médico de Familia, Enfermera de AP, Enfermera Gestora de Casos, Pediatría, Administración y Trabajo Social, con el soporte del Farmacéutico de AP.• AE: Medicina Interna, Geriátrica, Hospitalización a Domicilio, Cuidados Paliativos, Enfermera de AE, Enfermera Gestora de Casos, Trabajo Social, Administración y especialistas de referencia, con el soporte de Rehabilitación y el Servicio de Farmacia y en contacto permanente con Urgencias.	

Línea estratégica

4. CONTINUIDAD ASISTENCIAL

Proyecto

4.2. Aseguramiento del continuo asistencial y la mejora de la resolución (1/2)

Objetivos del proyecto

- Garantizar la continuidad en la atención integral a las personas con procesos crónicos facilitando que sean tratados en el nivel asistencial más adecuado y por parte de los profesionales que puedan dar una mejor respuesta a sus necesidades.
- Reforzar el papel de la AP como eje clave en el cuidado de los pacientes crónicos y garante de la coordinación de la atención integral.
- Fortalecer la coordinación tanto en los centros asistenciales como en la atención a domicilio y otros recursos incorporando nuevas competencias, roles profesionales, y herramientas.

Descripción de las iniciativas

I. Mejora de la resolutiveidad en AP, incrementando la autonomía de sus profesionales mediante la introducción de herramientas y pruebas diagnósticas que faciliten una atención más eficaz y eficiente, convirtiendo este nivel asistencial en el punto de referencia del paciente crónico.

Entre otras medidas a este respecto, cabría destacar la implantación de:

- CPDAP.
- Especialista consultor.
- Consulta telefónica.

II. Desarrollo de los procesos de continuidad de cuidados y reordenación de tareas que posibiliten la continuidad asistencial deseada, con la coordinación de los múltiples agentes implicados. Para ello se llevarán a cabo las siguientes actuaciones:

- Elaborar vías clínicas y protocolos de actuación de acuerdo a los canales y recursos disponibles, promoviendo su desarrollo o creando nuevos cuando así se considere necesario.
- Definir los mecanismos de coordinación más eficaces para la garantía de la continuidad asistencial y la atención personalizada, determinando en su caso la necesidad de roles específicos que se consideren más adecuados para su implantación efectiva.
- Incorporar nuevas figuras de coordinación y de trabajo colaborativo que faciliten la continuidad.
- Formar al personal implicado, comunicar a la red asistencial (incluyendo los agentes no sanitarios, como los servicios sociales) y desplegar.
- Realizar el seguimiento y evaluación del proceso y de los mecanismos de coordinación.

Línea estratégica

4. CONTINUIDAD ASISTENCIAL

Proyecto

4.2. Aseguramiento del continuo asistencial y la mejora de la resolución (2/2)

Objetivos del proyecto

- Garantizar la continuidad en la atención integral a las personas con procesos crónicos facilitando que sean tratados en el nivel asistencial más adecuado y por parte de los profesionales que puedan dar una mejor respuesta a sus necesidades.
- Reforzar el papel de la AP como eje clave en el cuidado de los pacientes crónicos y garante de la coordinación de la atención integral.
- Fortalecer la coordinación tanto en los centros asistenciales como en la atención a domicilio y otros recursos incorporando nuevas competencias, roles profesionales, y herramientas.

Descripción de las iniciativas (cont.)

III. Refuerzo de la coordinación y continuidad de cuidados con las HADO (unidades de hospitalización a domicilio), con el objetivo de potenciar la integración de estos recursos en el proceso de atención integral al paciente crónico. Estas unidades posibilitan una mejora de la calidad de vida del paciente al poder ser atendido en su entorno familiar al tiempo que se mantiene la calidad, nivel y disponibilidad de recursos de una atención hospitalaria clásica.

IV. Impulso de la atención domiciliaria y de la coordinación y continuidad en este ámbito, mediante una mayor potenciación de su uso en Atención Primaria y en el entorno sociosanitario para dar respuesta a las necesidades de los pacientes crónicos, así como la definición e implantación de los mecanismos que permitan compartir información, la definición de los perfiles de coordinación y la participación específica en las fases de diagnóstico, atención y seguimiento del paciente crónico entre ambos ámbitos con independencia de que la atención sea en el domicilio del paciente o cuando éste se encuentra en un centro institucionalizado.

V. Acceso a la historia de salud en función del ámbito asistencial para posibilitar el acceso a la información de interés del paciente por parte de los profesionales y facilitar una visión global de su situación y evolución a lo largo del proceso de atención.

VI. Agilización de la transición del niño crónico a paciente adulto garantizando la continuidad asistencial, favoreciendo la coordinación tanto entre AP y AE como dentro de la Atención Primaria, entre las figuras del pediatra y el médico de familia. Para ello se establecerán los mecanismos de coordinación pertinentes, en función del nivel de riesgo y de las patologías asociadas al paciente.

Línea estratégica

4. CONTINUIDAD ASISTENCIAL

Proyecto

4.3. Impulso a la e-Salud para el control y seguimiento integral de los pacientes crónicos

Objetivos del proyecto

- Desarrollar y consolidar la continuidad asistencial mediante el empleo de nuevas tecnologías que faciliten la atención integral al paciente crónico: diagnóstico, atención y seguimiento.
- Poner a disposición de nuestros profesionales herramientas y plataformas tecnológicas que posibiliten una mayor eficiencia y eficacia en la atención al crónico, al facilitarles la toma de decisiones, la disponibilidad de información de valor del historial del paciente o un contacto interactivo con el paciente que evite desplazamientos y dote de mayor flexibilidad a la asistencia.

Descripción de las iniciativas

- I. Desarrollo de la atención continuada 24x7 a través de *call center*,** complementando de este modo los canales actuales de atención y respondiendo a las necesidades de aquellos pacientes crónicos de mayor riesgo que requieren de la posibilidad de acceder en cualquier momento y de un modo rápido y eficaz a la atención sanitaria para la resolución de cualquier cuestión asociada a su/s patología/s.
Así, a través de este canal se podrán resolver dudas, evaluar su estado de salud, facilitar recomendaciones para el autocuidado, proveer consejos sobre el tratamiento prescrito o derivar al paciente al recurso asistencial adecuado cuando así se requiera. Dicho *call center* estará conectado al resto de sistemas del SCS, recogiendo en todo momento las actuaciones llevadas a cabo para facilitar la continuidad asistencial y la gestión de los casos.
- II. Potenciación de la realización de interconsultas virtuales.** Las interconsultas deberán posibilitar la resolución de dudas entre los profesionales implicados en el diagnóstico, atención y evaluación del paciente crónico de un modo rápido y eficaz, así como facilitar la coordinación entre profesionales para garantizar la continuidad asistencial.
- III. Despliegue de sistemas de telemonitorización y alertas a domicilio para los pacientes crónicos complejos,** que permitan al paciente realizar una gestión más sencilla de la enfermedad y con un menor impacto en su vida cotidiana al poder desarrollarla en su propio entorno, evitando reagudizaciones de su enfermedad y el uso inadecuado de los servicios sanitarios.
El acceso a dispositivos de telemonitorización se hará valorando la situación específica de cada paciente, su capacitación y necesidad de cuidados así como las características específicas de su/s patología/s.
Los umbrales de alerta así como las frecuencias de realización de las mediciones correspondientes se establecerán de acuerdo a las guías y protocolos que se establezcan y a las características y al estado basal del paciente.
- IV. Impulso del uso de los servicios de telemedicina** entre la población, posibilitando la realización de consultas a distancia a los profesionales sanitarios siempre y cuando se dispongan de los medios adecuados para ello.
Estos servicios facilitarán igualmente el acceso a la atención sanitaria a pacientes con problemas de movilidad así como ofrece más posibilidades de seguimiento del paciente por parte de los profesionales. El despliegue de este tipo de servicios en Canarias en clave y salvará en gran medida algunas limitaciones derivadas de la insularidad.

Línea estratégica

4. CONTINUIDAD ASISTENCIAL

Proyecto

4.4. Fortalecimiento del uso racional del medicamento (1/2)

Objetivos del proyecto

- Garantizar que la prescripción farmacológica se adecúa a las necesidades de tratamiento continuado de la población con patologías crónicas, siguiendo criterios de uso racional de los medicamentos, facilitando su dispensación y control en condiciones de eficiencia y seguridad.
- Adecuar el tratamiento a las necesidades del paciente, basada en la evidencia científica y la individualización de los tratamientos de acuerdo con las características de cada paciente, evitando la sobremedicación, y estableciendo mecanismos de apoyo que optimicen la adherencia del paciente al tratamiento.

Descripción de las iniciativas

- I. Impulso de guías farmacoterapéuticas ya existentes para la población de interés** en los distintos ámbitos de actuación: Atención Primaria, Especializada, Centros Sociosanitarios, etc. que posibiliten la prescripción de los fármacos más apropiados a la población correspondiente.
Para ello deberá tenerse en cuenta las principales características del paciente crónico: evolución del paciente, nivel de adherencia a los tratamientos (y mejores alternativas), nivel de autocuidado, duración y seguimiento del tratamiento.
- II. Mejora de la adecuación terapéutica con especial atención a los pacientes crónicos y polimedicados**, enfocada a lograr un uso seguro y eficiente de los medicamentos ajustado a las necesidades del paciente.
Para ello se continuará potenciando la revisión de los tratamientos activos por parte de los distintos profesionales involucrados en el proceso de forma estructurada, sistemática y periódica con el objeto de optimizar la eficacia, minimizar el número de problemas relacionados con la medicación y mejorar la eficiencia, con la integración del paciente en el proceso.
- III. Potenciación de la receta electrónica a las necesidades específicas de atención a la cronicidad.** Dicha iniciativa facilitará la integración de distintas herramientas de ayuda a la prescripción, impulsará diferentes procesos de prescripción como el visado y contribuirá a la continuidad asistencial interniveles favoreciendo la conciliación terapéutica en las transiciones asistenciales, así como el desarrollo de canales de comunicación entre distintos ámbitos asistenciales y con las oficinas de farmacia comunitarias.

Línea estratégica

4. CONTINUIDAD ASISTENCIAL

Proyecto

4.4. Fortalecimiento del uso racional del medicamento (2/2)

Objetivos del proyecto

- Garantizar que la prescripción farmacológica se adecúa a las necesidades de tratamiento continuado de la población con patologías crónicas, siguiendo criterios de uso racional de los medicamentos, facilitando su dispensación y control en condiciones de eficiencia y seguridad.
- Adecuar el tratamiento a las necesidades del paciente, basada en la evidencia científica y la individualización de los tratamientos de acuerdo con las características de cada paciente, evitando la sobremedicación, y estableciendo mecanismos de apoyo que optimicen la adherencia del paciente al tratamiento.

Descripción de las iniciativas (cont.)

IV. Fomento de la mejora de la adherencia en pacientes crónicos, a través de la realización de las siguientes actuaciones:

- Formación específica del paciente y cuidador en relación a la correcta administración de los fármacos.
- Involucración y motivación al paciente para lograr la máxima adherencia al tratamiento, tanto en aquellos no adherentes como sobre el adherente, minimizando el incumplimiento.
- Seguimiento y monitorización del tratamiento de estos pacientes con mecanismos que permitan detectar la falta de adherencia, bien a través de la revisión estructurada de la medicación, bien a través de la identificación de medicación no dispensada en oficina de farmacia.

V. Desarrollo y potenciación de canales de comunicación entre profesionales farmacéuticos, favoreciendo la continuidad asistencial interniveles y la conciliación terapéutica en las transiciones asistenciales, facilitando que la información farmacoterapéutica sea fluida, accesible y eficaz entre los distintos profesionales involucrados independientemente del ámbito asistencial en donde se sitúen.



Línea estratégica

5. INVESTIGACIÓN, INNOVACIÓN Y FORMACIÓN

Proyecto

5.1. Refuerzo a la investigación en cronicidad

Objetivos del proyecto

- Facilitar apoyo a los integrantes de la red asistencial e investigadora de Canarias en el acceso a recursos de financiación (convocatorias públicas de incentivos y colaboración público-privada) para el desarrollo de proyectos de I+D e innovación en materia de abordaje a la cronicidad.
- Posicionar a Canarias como agente de referencia en investigación en materia de cronicidad con el objetivo de identificar y establecer estrategias de intervención efectivas en su abordaje.

Descripción de las iniciativas

I. Apoyo en la búsqueda, solicitud y gestión de fondos de I+D en cronicidad, incentivando que se produzca un mayor esfuerzo en el desarrollo público y/o privado de proyectos de I+D+i en cronicidad en Canarias. Entre las acciones que se podrán llevar a cabo para materializar dicho apoyo se encuentran las siguientes:

- Identificación de convocatorias públicas regionales, nacionales e internacionales, en colaboración con la Agencia Canaria de Investigación, Innovación y Sociedad de la Información (ACISI) el CDTI y SOST, en las que puedan tener cabida proyectos relacionados específicamente con la gestión y el abordaje de la cronicidad (Horizonte 2020, EIT Health, etc.).
- Apoyo en la identificación de oportunidades, proyectos e iniciativas en materia de abordaje a la cronicidad que puedan acogerse a convocatorias de fondos o subvenciones.
- Establecimiento de canales de comunicación y difusión de las convocatorias y oportunidades entre la red asistencial e investigadora de Canarias.
- Facilitación de entornos que favorezcan el contacto entre diversos agentes: sanitarios, universitarios, privados..., con el fin de poder desarrollar iniciativas colaborativas de investigación en cronicidad.
- Soporte a la presentación de proyectos, gestión y justificación del uso de fondos de convocatorias de ayudas públicas y privadas.

II. Impulso en Canarias de la investigación en red para la cronicidad, fomentando la cooperación entre centros de investigación tanto públicos como privados, el intercambio de experiencias y la adopción de buenas prácticas.

Asimismo, se potenciará el establecimiento de alianzas y redes de investigación que posibiliten el desarrollo de proyectos de I+D de amplio alcance, tanto con agentes locales como con agentes nacionales e internacionales de reconocido prestigio.

III. Monitorización y evaluación de los resultados en salud, de modo que se disponga de la información sistematizada y periódica necesaria para monitorizar el grado de implantación y los resultados que se están consolidando con el despliegue de la estrategia y poder medir, valorar y reorientar las actuaciones planificadas, así como facilitar la identificación de nuevas áreas de interés en el campo de la cronicidad.

La información estará disponible para los integrantes de la organización con el fin de desarrollar estudios de investigación de la situación de la población canaria en relación a la cronicidad.

Línea estratégica

5. INVESTIGACIÓN, INNOVACIÓN Y FORMACIÓN

Proyecto

5.2. Garantía en la aplicación de innovaciones coste-eficientes

Objetivos del proyecto

- Asegurar que la incorporación de innovaciones supone de forma efectiva una mejora coste-eficiente para el servicio de salud, mediante el establecimiento de una cultura y unas herramientas de evaluación previa.
- Identificar, dar a conocer y apoyar la expansión en su aplicación de las mejores prácticas relacionadas con el abordaje a la cronicidad, tanto internas como externas, difundiéndolas entre los profesionales sanitarios y la sociedad en general.

Descripción de las iniciativas

I. Descripción de modelo de evaluación para la incorporación de la innovación en cronicidad, el cuál permitirá su valoración en función del tipo de innovación al que se refiera (de producto, de proceso, organización, etc.), así como a la dimensión del análisis requerido (estudio de coste-efectividad, coste-utilidad, coste beneficio, etc.).

De este modo se fomentará una cultura de evaluación previa de las iniciativas innovadoras y se facilitará la adopción de las mismas de acuerdo a los resultados esperados.

II. Creación de plataforma de difusión de buenas prácticas en innovación, concebida como un espacio de trabajo y conocimiento para los profesionales donde acceder a un conjunto de buenas prácticas innovadoras en cronicidad que hayan sido llevadas a cabo con éxito tanto a nivel local, como nacional o internacional.

Línea estratégica

5. INVESTIGACIÓN, INNOVACIÓN Y FORMACIÓN

Proyecto

5.3. Formación a profesionales

Objetivos del proyecto

- Capacitar y dotar de herramientas, capacidades y conocimientos a los profesionales para adaptarse al nuevo paradigma de atención a la cronicidad.
- Facilitar su evolución y formación continua en el ámbito del abordaje de la cronicidad en sus diferentes dimensiones apoyándose en líderes internos.
- Apoyar a los profesionales en el desarrollo de las nuevas competencias y roles que surgen derivadas del nuevo proceso de atención al paciente crónico.

Descripción de las iniciativas

I. Formación a profesionales de AP y AE en el manejo del paciente crónico, con el objetivo inicial de facilitar la gestión del cambio al nuevo modelo de atención, así como sentar las bases para la formación continua posterior tanto de los perfiles asociados específicamente a este ámbito como del resto de profesionales sanitarios.

En este sentido, se formará tanto el equipo directivo como los profesionales sanitarios de ambos niveles asistenciales.

Se plantean, sin ser exhaustivos, los siguientes temas a desarrollar a nivel de formación:

- El nuevo proceso de atención a la cronicidad.
- La aparición de los nuevos perfiles de atención al paciente crónico.
- La continuidad asistencial: mecanismos específicos de coordinación con otros agentes y participación en el proceso.
- Claves para una gestión eficiente de los recursos.
- Uso de herramientas de diagnóstico y principales factores de riesgo.
- La importancia del empoderamiento del paciente y su aplicación práctica.
- El rol del cuidador y su importancia en el mantenimiento del paciente crónico.
- Nuevas herramientas de comunicación para el seguimiento y gestión del paciente crónico.
- La gestión del paciente crónico de alta complejidad: la atención individualizada.

4 Modelo de despliegue

CRONICIDAD



4

Modelo de despliegue

La puesta en marcha de los 13 proyectos que configuran la Estrategia de abordaje de la cronicidad requiere un planteamiento estructurado y sistemático para garantizar la consecución de los objetivos estratégicos en tiempo y forma. Así, el modelo de despliegue que se detalla a continuación **establece las bases que rigen la implantación de la estrategia**, incluyendo la definición de una hoja de ruta que recoja un calendario de implantación de los proyectos a desarrollar, de acuerdo a las relaciones de dependencia entre los proyectos planteados.

Para ello, el modelo de despliegue descansa en tres pilares que permitirán convertir la estrategia en una realidad:

1. Una **planificación temporal** de las iniciativas y proyectos en el que se recoja el horizonte de implantación así como el orden de ejecución de las diferentes actuaciones y proyectos.
2. Un sistema de control y seguimiento de la Estrategia, estableciendo **áreas de evaluación** que posibiliten la definición posterior de indicadores de evaluación del grado de consecución de los objetivos estratégicos y la mejora continua en el marco temporal de despliegue de la Estrategia.
3. Un **plan de comunicación y difusión** orientado tanto a los agentes involucrados en su desarrollo como al resto de grupos de interés, con el fin de dar a conocer la estrategia, impulsar su implantación, con especial foco en la gestión del cambio necesaria, y difundir sus resultados.

4.1. Plan de acción y calendario de despliegue de los proyectos

Llevar a la práctica la Estrategia de abordaje de la cronicidad requiere establecer una hoja de ruta de implantación de todas aquellas iniciativas y proyectos previstos que permita su despliegue entre los actores involucrados de una forma ordenada y controlada, facilitando la gestión del cambio y la adopción del nuevo modelo de atención.

Para el establecimiento del calendario de implantación es importante establecer en primer lugar las relaciones existentes e interdependencias entre los diferentes proyectos. Éstas determinarán en parte la cronología de las actuaciones a desarrollar.

Dicho análisis se ha llevado a cabo mediante la definición del modelo de dependencia de **Hoshin Kanri** para los proyectos planteados, en el que se evalúa para cada uno de ellos el grado de impacto sobre el resto de proyectos. De esta forma, se obtiene un diagrama de dependencia que permite:

- Identificar los proyectos de mayor impacto en relación al despliegue del modelo, a los que será necesario prestar especial atención, particularmente en el caso de que se produzcan desviaciones.
- Posicionar cronológicamente el esfuerzo a realizar en la implantación de cada proyecto, de acuerdo a sus relaciones de dependencia con otros proyectos.

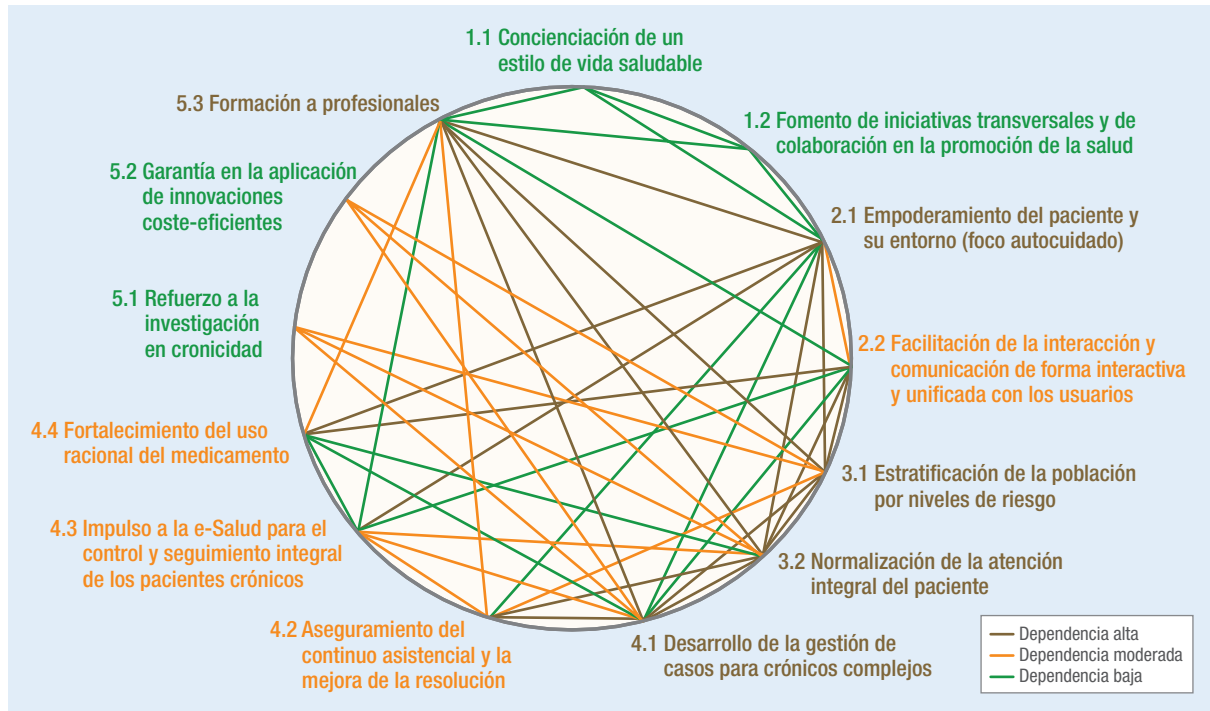
De acuerdo a dicho análisis, y en línea con los principios estratégicos definidos con anterioridad **5 son los proyectos base** del desarrollo de la Estrategia que inciden de forma directa sobre el resto de proyectos y son la principal herramienta para la transformación e implantación del nuevo modelo:

- Por un lado, están los proyectos que inciden en las formas de trabajo de la organización como son la estratificación de la población, la normalización del proceso de la atención y la especial atención a la gestión de los pacientes crónicos de alta complejidad.
- También y desde el punto de vista del usuario, como proyecto fundamental se posiciona el empoderamiento del paciente.
- Por último, y como elemento clave del cambio cultural la formación a los profesionales se conforma como un elemento fundamental.

De forma gráfica, la siguiente figura muestra:

- La relación entre los proyectos definidos, identificada mediante líneas en las que se gradúa el nivel de impacto entre ellos (bajo, medio o alto) mediante código de colores.
- Los proyectos que tienen un mayor grado de interdependencia con el resto, empleando la misma escala de colores (Figura 50).

Figura 50. Modelo de dependencia de los proyectos de la Estrategia según Hoshin Kanri



Fuente: Elaboración propia.



Estrategia de abordaje a la cronicidad en la Comunidad Autónoma de Canarias

En función de la evolución de la hoja de ruta y de los ajustes que puedan llevarse a cabo sobre la estrategia, dicho modelo de dependencias deberá ser revisado y actualizado, permitiendo identificar de forma temprana ante cualquier modificación qué impacto tiene ésta sobre el resto de proyectos en marcha.

De acuerdo al análisis anterior, el proceso de despliegue de la Estrategia cristaliza en una hoja de ruta que con el objetivo de ser operativos se desarrolla sobre un horizonte temporal de 4 años (2015-2018), priorizando los proyectos a lo largo del horizonte temporal descrito. Así, la **estratificación de la población** se establece como el proyecto en el que focalizar los mayores esfuerzos desde el inicio ya que será el **punto de partida** para la identificación sistematizada de los pacientes crónicos y, en consecuencia, para establecer el enfoque de actuación. A este respecto, deberá tenerse en cuenta que para la identificación de los pacientes crónicos de alta complejidad se valorará la aplicación de Charlson y el cumplimiento de al menos 2 criterios adicionales de entre los definidos con anterioridad.

Aunque iniciativas de todos los proyectos estarán en marcha a lo largo de todo el período, la **intensidad del trabajo en las mismas no será homogénea** habiendo momentos de intensidad más alta y otros valle para cada una de ellas a lo largo del período considerado. A nivel general, durante el primer año se realizará un mayor esfuerzo en las iniciativas vinculadas a la normalización del proceso de atención al paciente, la gestión de casos de alta complejidad, el aseguramiento del continuo asistencial, el empoderamiento del paciente y la formación a los profesionales. El desarrollo de estas medidas, aunque necesariamente parcial hasta la implantación completa del proyecto de estratificación e identificación, permitirá la consecución en el corto plazo de mejoras a nivel organizativo y de la operativa interna en el nuevo sistema de atención a los pacientes crónicos.

Estas mejoras van a contribuir a su vez a los objetivos estratégicos definidos: mejora de los resultados, con pacientes mejor atendidos; sostenibilidad del sistema, en la medida en que dicha mejora de la atención debe incidir en una mayor prevención y mejor uso de los recursos; y motivación de los profesionales, gracias a una mejor formación y la implantación de mecanismos que faciliten una mejor gestión del estado de salud de sus pacientes.

Entre el final del tercer año y el inicio del cuarto debería finalizarse el despliegue de las herramientas para la optimización de los procesos de atención, asentando así el modelo de atención a la cronicidad definido en la presente estrategia. Es en esta fase, ya con cierto recorrido del modelo, cuando las iniciativas aso-

ciadas a la investigación y la innovación deben posibilitar el inicio de la mejora continua del sistema, incorporando buenas prácticas identificadas y fomentando la investigación de la cronicidad sobre datos reales de la práctica asistencial en todos los ámbitos de interés que posibiliten la evolución del modelo y sobre todo la mejora de la atención a los pacientes crónicos. Adicionalmente, a lo largo de todo el marco temporal definido deberán realizarse periódicamente acciones de promoción de la salud que ayuden a concienciar a la sociedad, y especialmente a la población expuesta a factores de riesgo, de la importancia de mantener un estilo de vida saludable. Los proyectos asociados requerirán forzosamente un esfuerzo mayor durante el primer año en la medida en que éste sirva como base para el futuro: impulso de los acuerdos de colaboración, redefinición/desarrollo de medidas, etc.

En la Figura 51 se muestra el cronograma de implantación de los proyectos contenidos en la Estrategia de abordaje de la cronicidad de Canarias.

4.2. Mecanismo de control y seguimiento del plan

Un planteamiento estratégico de estas características precisa para su puesta en marcha de una organización y de unos mecanismos que garanticen, en cada momento, el impulso necesario para su ejecución, la coordinación entre los diferentes agentes implicados en el desarrollo de las actuaciones y la adecuada relación con otras instituciones. En definitiva, generar una cultura de evaluación de resultados y de mejora continua.

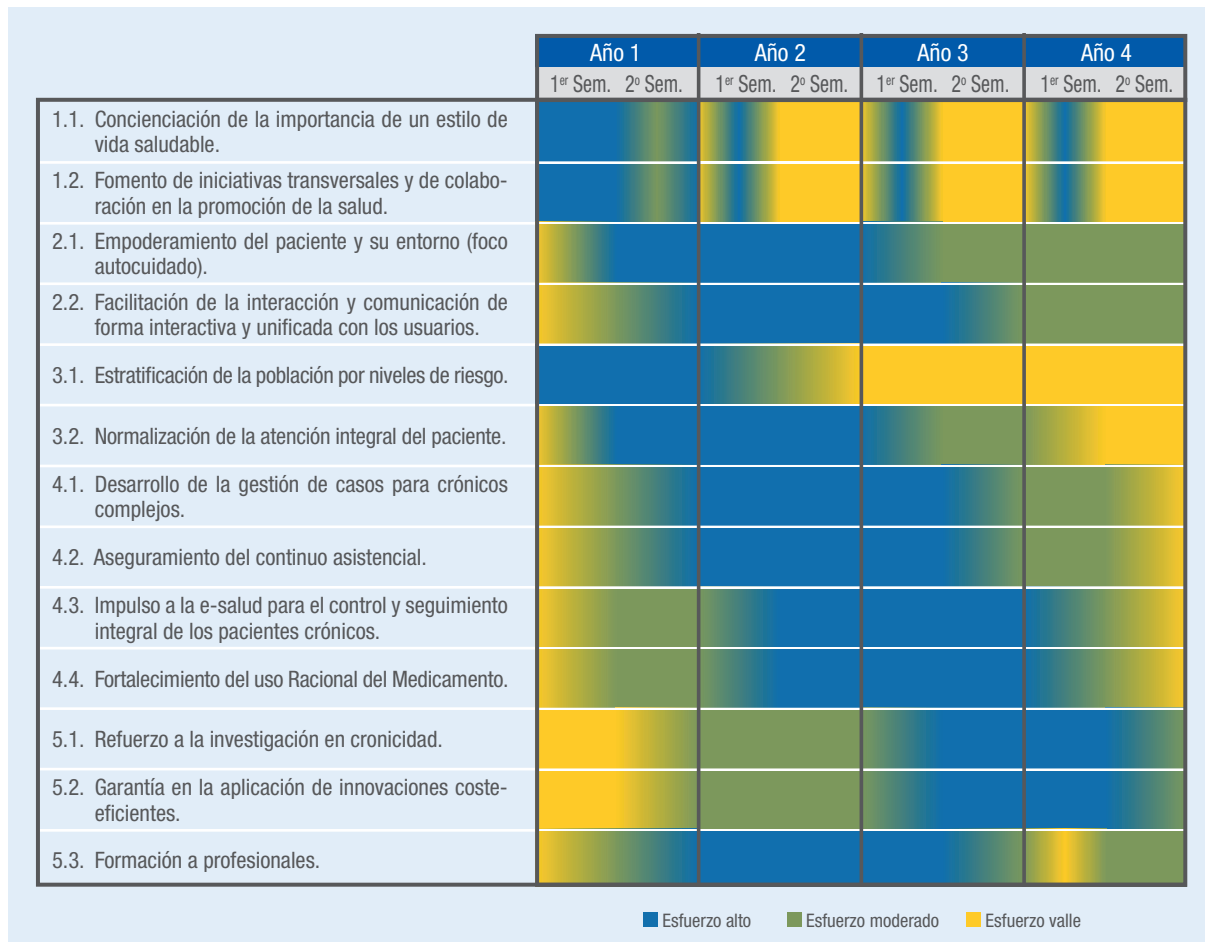
A tal efecto, se establece un **sistema de evaluación y seguimiento** de los diferentes proyectos y actuaciones que consta de dos instrumentos:

1. Por un lado, la constitución de una estructura de control y seguimiento de la Estrategia que exigirá la implicación y responsabilización de los agentes implicados para la correcta ejecución de los proyectos.
2. Por otro lado, la definición de áreas de evaluación que posibiliten la construcción de indicadores para la medición del grado de despliegue de la Estrategia y la identificación del grado de consecución de los objetivos estratégicos establecidos.



Estrategia de abordaje a la cronicidad en la Comunidad Autónoma de Canarias

Figura 51. Cronograma de implantación de la Estrategia



Fuente: Elaboración propia.

4.2.1. Estructura de control y seguimiento de la Estrategia

Para poder evaluar el progreso de la Estrategia y tomar las acciones que se consideren necesarias al respecto de dicha evolución, se define una **estructura de control y seguimiento de la estrategia** que asegure tanto la correcta ejecución de los proyectos, coherente con la hoja de ruta y los objetivos estratégicos definidos como la implicación y motivación de todos los agentes que deben intervenir en el proceso de despliegue y ejecución de cada uno de ellos. Para ello, dicha estructura estará compuesta por un Comité Director y un Comité de Seguimiento.

Las principales funciones del **Comité Director** serán:

- Evaluar el grado de avance y el cumplimiento de objetivos.
- Analizar las desviaciones e incidencias que se produzcan, en su caso aprobando las medidas correctoras oportunas.
- Evaluar, validar e incorporar las actuaciones que se consideren convenientes para el refuerzo de los objetivos y principios estratégicos del Plan, a propuesta de los miembros del Comité de seguimiento.

El **Comité Director** estará formado por el Responsable de la Estrategia y responsables de la Dirección del Servicio Canario de Salud, de la Dirección General de Programas Asistenciales (con representantes de Atención Primaria, de Atención Especializada, Atención Sociosanitaria y del Servicio de Evaluación) y, de la Dirección General de Salud Pública, así como todo aquel que se considere oportuno en cada momento. El **Responsable de la Estrategia**, será el encargado de velar por el cumplimiento global del cronograma de despliegue de la estrategia, la consecución de los principales hitos y la coordinación general de los proyectos, facilitando la colaboración entre todos los implicados. Entre sus funciones estará el liderazgo y coordinación del Comité Director.

Las funciones del **Comité de Seguimiento** serán:

- Coordinar el desarrollo de los proyectos y las iniciativas entre las diferentes áreas de salud, impulsando el intercambio de conocimientos, experiencias, y recursos entre los agentes involucrados.
- La evaluación de los resultados y el grado de avance de cada una de las actuaciones contempladas en el ámbito del proyecto.
 - Objetivos alcanzados.
 - Cumplimiento del calendario de ejecución.



Estrategia de abordaje a la cronicidad en la Comunidad Autónoma de Canarias

- Identificación de desviaciones y propuesta de medidas correctoras (necesidades de ampliación de plazos, recursos, y/o actualización de objetivos).

El Comité de Seguimiento estará formado por el Responsable de la Estrategia, los Coordinadores de Área de Salud y los Coordinadores de Proyecto. **Los Coordinadores de la implantación por cada Área de Salud** deberán aportar la visión integral sobre el desarrollo de la implantación en cada zona, asumiendo funciones de impulso y facilitación de las iniciativas a desplegar.

Los **Coordinadores de Proyecto** aportarán la visión punta a punta del conjunto de iniciativas bajo su supervisión, siendo los responsables de garantizar el correcto despliegue de cada uno de los proyectos y la detección temprana de incidencias en su implementación, coordinando para ello a los **Responsables de las Iniciativas**. Éstos serán los encargados de su ejecución, en coordinación con las personas encargadas que se identifiquen para cada una de las áreas de salud, reportando al Responsable de Proyecto (Figura 52).

4.2.2. Áreas de Evaluación

Para llevar a cabo la monitorización y seguimiento de los proyectos de la Estrategia de abordaje de la cronicidad se ha definido un modelo de evaluación estructurado en torno a dos tipos de ámbitos:

- 1. De proceso:** Áreas asociadas a evaluar el grado de avance en la implantación de los proyectos correspondientes, permitiendo identificar desviaciones respecto a la hoja de ruta inicial.
- 2. De resultados:** Áreas vinculadas a conocer el grado de éxito de la estrategia, de acuerdo a los objetivos estratégicos definidos.

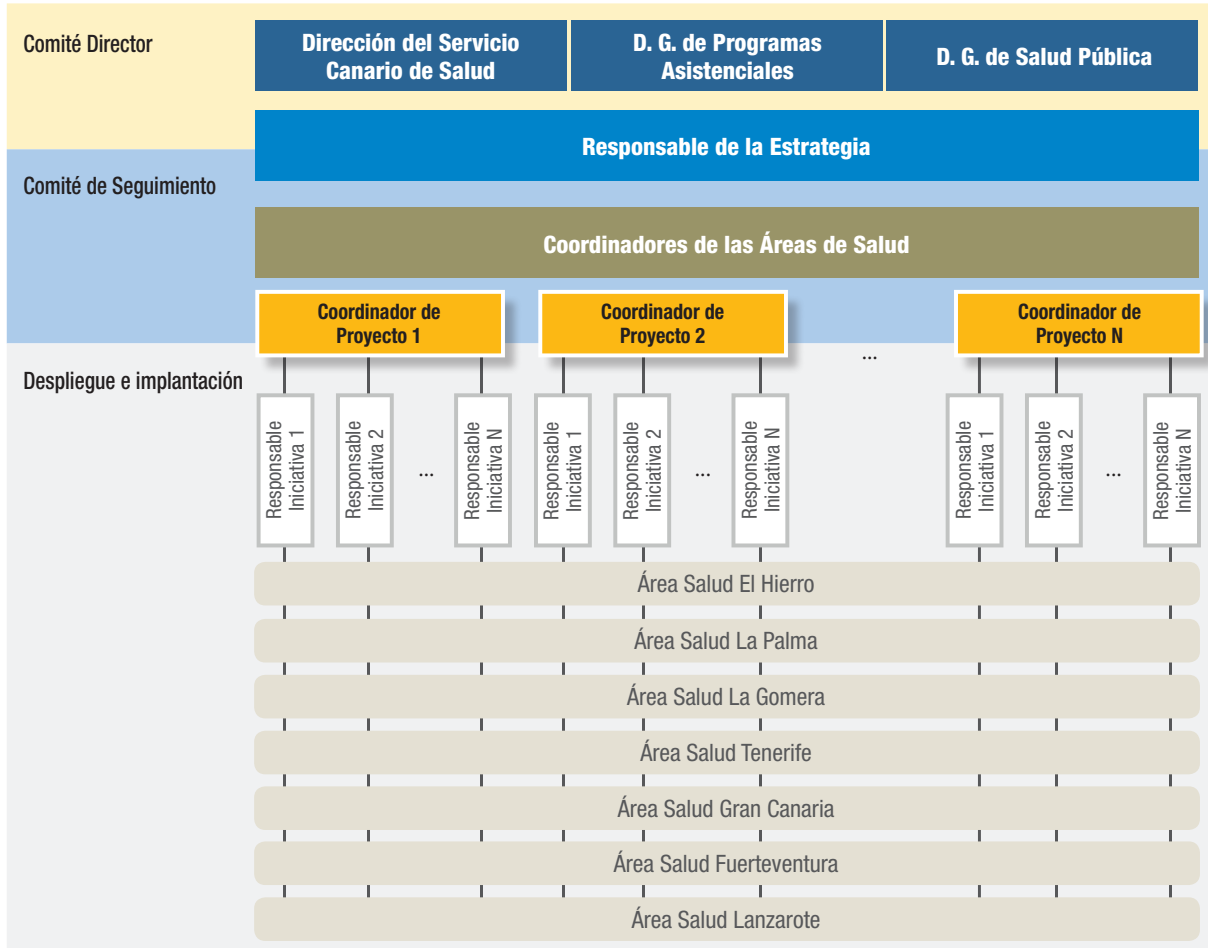
Para la definición de las áreas de evaluación, se ha tenido en cuenta:

- En lo referente a las áreas de proceso, se ha atendido a la definición de los proyectos e iniciativas definidas.
- En lo relativo a las áreas de resultados, se han identificado las principales metas a alcanzar de acuerdo a los objetivos estratégicos establecidos.
- Además, el documento trabajado por el Ministerio en el denominado “Proyecto de Sistema de Indicadores” que está referenciado en la estrategia del Ministerio.

En la Figura 53 se muestra un **cuadro resumen** de las **26 áreas de evaluación** definidas en la Estrategia, repartidas del siguiente modo:

- Áreas de Evaluación de Proceso: 20.
- Áreas de Evaluación de Resultado: 6.

Figura 52. Estructura de control y seguimiento de la Estrategia



Fuente: Elaboración propia.

Figura 53. Áreas de evaluación de la estrategia de abordaje de la cronicidad

ÁREAS DE EVALUACIÓN DE PROCESO				ÁREAS DE EVALUACIÓN DE RESULTADOS				
Líneas estratégicas	Proyectos	ID	Áreas de evaluación	Objetivos estratégicos	ID	Áreas de evaluación		
1. Promoción de la salud	1.1. Concienciación de la importancia de un estilo de vida saludable.	1	Acciones de promoción de la salud.	1. Mejorar resultados en salud de la población	I	Mejoras en salud en pacientes incluidos en la estrategia de cronicidad.		
	1.2. Fomento de iniciativas transversales y de colaboración en la promoción de la salud.	2	Evaluación de la identificación de factores de riesgo.					
	2.1. Empoderamiento del paciente y su entorno (foco autocuidado).	3	Cobertura poblacional de las acciones.					
2. Prevención de la enfermedad	2.2. Facilitación de la interacción y comunicación de forma interactiva, proactiva y unificada con los usuarios.	4	Cobertura de pacientes activos formados.		II	II	Mortalidad evitable de pacientes crónicos.	
	3.1. Estratificación de la población por niveles de riesgo para la planificación de acciones.	5	Cobertura de cuidadores formados.					
	3.2. Normalización de la atención integral del paciente.	6	Medición número de accesos a las herramientas <i>online</i> .					
3. Reordenación de la atención sanitaria	3.2. Normalización de la atención integral del paciente.	7	Grado de implantación del estratificador.	2. Asegurar una adecuada sostenibilidad del sistema de salud	III	III	Medición de utilización de recursos asistenciales.	
	4.1. Desarrollo de la gestión de casos para pacientes crónicos complejos.	8	Medición de pacientes y cuidadores con valoración integral.					
	4.2. Aseguramiento del continuo asistencial y la mejora de la resolución.	9	Medición de pacientes con plan de atención según criterios de estrategia.					
4. Continuidad asistencial	4.3. Impulso a la e-Salud para el control y seguimiento integral de los pacientes crónicos.	10	Medición de cumplimiento del proceso de atención al paciente crónico complejo.		IV	IV	IV	Gasto farmacéutico de pacientes crónicos.
	4.4. Fortalecimiento del uso Racional del Medicamento.	11	Medición de la mejora de la resolutivez en AP: CPDAP...					
	5.1. Refuerzo a la investigación en cronicidad.	12	Medición del aseguramiento del Continuo Asistencial mediante la historia de salud compartida, dispositivos alternativos a la hospitalización, continuidad de la transición del menor crónico a paciente adulto.					
	5.2. Garantía en la aplicación de innovaciones coste-eficientes.	13	Grado de implantación y uso de medidas de atención no presencial: telemonitorización, atención telefónica continua, interconsultas virtuales...					
	5.3. Formación a profesionales.	14	Cumplimiento del protocolo del paciente crónico polimedcado.					
		15	Medición de acciones para mejorar la adherencia.					
5. Investigación, Innovación y Formación		16	Uso adecuado de receta electrónica.	V	V	V	Satisfacción de los usuarios en programas de atención a la cronicidad.	
		17	Valoración de los proyectos I+D desarrollados en el ámbito de la cronicidad.					
		18	Valoración de la inversión en I+D en el ámbito de la cronicidad.					
		19	Evaluación de buenas prácticas aplicadas en materia de cronicidad.					
		20	Cobertura de profesionales formados en la estrategia de cronicidad.	VI	VI	VI	Valoración del modelo de atención por parte de los profesionales.	

Fuente: Elaboración propia.

La definición de las presentes áreas de evaluación debe posibilitar el establecimiento posterior de indicadores, cuya evaluación periódica debe permitir:

- Identificar mejores prácticas que puedan ser trasladadas tanto dentro del propio proyecto (p.ej.: actuaciones específicas llevadas a cabo en la implantación de una actuación en un área de salud determinada) como al resto de la estrategia (p.ej.: mejoras implantadas en la gestión y despliegue de un determinado proyecto).
- Iniciar el ciclo de mejora continua cuando se detecten desviaciones, posibilitando la identificación de las causas de dicha desviación y la definición y puesta en marcha de acciones correctoras.
- En su caso, plantear ajustes sobre la propia hoja de ruta o en última instancia sobre la estrategia (cambio de prioridades, modificación del calendario, definición de nuevos proyectos e indicadores, etc.).

4.3. Comunicación y difusión

La gestión del cambio asociada a una transformación tan ambiciosa como la planteada en la presente Estrategia, que implica no sólo al Servicio Canario de la Salud y resto de agentes asistenciales, sino a la sociedad en su conjunto, requiere de una adecuada planificación de la comunicación que facilite el conocimiento de los objetivos y beneficios esperados por parte de los agentes de interés, facilite el despliegue de la estrategia, contribuya a motivar a los agentes implicados y difunda los resultados obtenidos tanto interna como externamente.

En este sentido, la Estrategia contará con un **Plan de Comunicación** estructurado alrededor de dos dimensiones de la misma:

- 1. Interna**, orientada a asegurar la implicación y compromiso de toda la organización con la consecución de los objetivos estratégicos (desde los gestores hasta los profesionales sanitarios), así como a facilitar un proceso ordenado de gestión del cambio que permita implantar el nuevo modelo asistencial con todas las garantías de éxito. Para ello, se deberán llevar a cabo acciones de comunicación como:

- Sesiones presenciales de presentación de la Estrategia, específicamente diseñadas para gestores y profesionales sanitarios, de forma que cada uno pueda visualizar la importancia de su perfil específico dentro del proceso de despliegue de la Estrategia.
- Comunicaciones y boletines de difusión mediante *e-mail*, portal web del SCS, etc.
- Sesiones de información semestrales de avance de cumplimiento del plan con los participantes de los diferentes proyectos de la Estrategia.
- Etcétera.

2. Externa, destinada a comunicar la Estrategia a la población en general y a todos los actores externos al sistema sanitario que participan en el proceso asistencial en Canarias. En este sentido, las acciones a desarrollar irán encaminadas en una primera fase a dar a conocer la existencia y objetivos de la presente Estrategia, facilitando la implementación posterior de las iniciativas correspondientes. Posteriormente, el plan de comunicación deberá servir para difundir la puesta en marcha de actuaciones de impacto, su finalización y los resultados obtenidos. A la finalización del despliegue de la estrategia se difundirá igualmente una evaluación general de las actuaciones acometidas y los resultados conseguidos hasta el momento.

A modo de ejemplo, se detallan algunas acciones a desarrollar en materia de comunicación externa:

- Presentación de la Estrategia de abordaje de la cronicidad en Canarias.
- Presentaciones anuales de grado de avance de la Estrategia.
- Presentaciones a colectivos clave como Asociaciones de Pacientes, etc.
- Noticias y boletines a través de *newsletters* y web 2.0.
- Información en la web del Servicio Canario de Salud (incluye *blogs* y *wikis*).
- Redes sociales.
- Medios de Comunicación (Prensa –entrevistas y notas de prensa–, Radio, TV, etc.) (Figura 54).

Entre el **material de difusión** que se empleará para la promoción de la Estrategia de abordaje de la cronicidad, se incluirán dípticos, pósters y presentaciones de la estrategia adaptadas al público objetivo (ciudadanía, profesionales sanitarios, etc.) con el título, logo y principales ideas fuerza de la Estrategia.

Figura 54. Elementos del Plan de Comunicación de la Estrategia



Fuente: Elaboración propia.

Anexos

CRONICIDAD



Anexo A

Siglas y abreviaturas

- **ACIISI:** Agencia Canaria de Investigación y Sociedad de la Información.
- **ACV:** Accidente cerebrovascular.
- **AE:** Atención Especializada.
- **AEMPS:** Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios.
- **AP:** Atención Primaria.
- **CCAA:** Comunidades Autónomas.
- **CCM:** Modelo de Atención a Crónicos o *Chronic Care Model* (por sus siglas en inglés).
- **CDC:** “Cardiovascular, Diabetes y Cáncer”, primer estudio de una cohorte de población general del archipiélago canario.
- **CDTI:** Centro para el Desarrollo Tecnológico Industrial.
- **CHUC:** Complejo Hospitalario Universitario de Canarias.
- **CHUIMI:** Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno Infantil.
- **CIE-9:** Clasificación Internacional de Enfermedades - 9ª Revisión.



Estrategia de abordaje a la cronicidad en la Comunidad Autónoma de Canarias

- **CMBD:** Conjunto Mínimo Básico de Datos.
- **CPDAP:** Catálogo de Pruebas Diagnósticas accesibles desde Atención Primaria
- **DAFO:** Metodología para analizar Debilidades, Amenazas, Fortalezas y Oportunidades de una organización o sistema.
- **DMP:** Programas de Gestión de Enfermedades o *Disease Management Programs* (por sus siglas en inglés).
- **EAP:** Equipo de Atención Primaria.
- **EGdC:** Enfermera Gestora de Casos.
- **EPOC:** Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica.
- **EVA:** Enfermedad Vascul ar Aterosclerótica.
- **HADO:** Unidad de Hospitalización a Domicilio.
- **HCE:** Historia Clínica Electrónica.
- **I+D:** Investigación y Desarrollo.
- **ICCC:** Modelo de Atención Innovadora a la Cronicidad o *Innovative Care for Chronic Conditions* (por sus siglas en inglés).
- **ICIC:** Mejora del Cuidado de Enfermedades Crónicas o *Improving Chronic Illness Care* (por sus siglas en inglés).
- **IEMAC:** Instrumento de Evaluación de Modelos de Atención a la Cronicidad.
- **IMC:** Índice de Masa Corporal.
- **IMSERSO:** Instituto de Mayores y Servicios Sociales.
- **INE:** Instituto Nacional de Estadística.
- **ISTAC:** Instituto Canario de Estadística.
- **MSSSI:** Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

- **OCDE:** Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos.
- **OMS:** Organización Mundial de la Salud.
- **ONG:** Organización No Gubernamental.
- **PET:** Tomografía por Emisión de Positrones.
- **PIB:** Producto Interior Bruto.
- **REC-SCS:** Receta Electrónica Continua del Servicio Canario de la Salud.
- **RMN:** Resonancia Magnética Nuclear.
- **SCS:** Servicio Canario de la Salud.
- **semFYC:** Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria.
- **SEMI:** Sociedad Española de Medicina Interna.
- **SNS:** Sistema Nacional de Salud.
- **SOST:** Oficina Española de Ciencia y Tecnología.
- **SPECT:** Tomografía computarizada de emisión monofotónica.
- **SPICA:** Subprograma de Integración y Coordinación Asistencial.
- **SUC:** Servicio de Urgencias Canario.
- **TAC:** Tomografía Axial Computerizada.
- **TCM:** Modelo de Cuidado Transicional o *Transitional Care Model* (por sus siglas en inglés).
- **TIC:** Tecnologías de la Información y las Comunicaciones.
- **TSI:** Tarjeta Sanitaria Individual.
- **UCCE:** Unidad de Continuidad de Cuidados de Enfermería.
- **USM:** Unidad de Salud Mental.



Anexo B

Referencias bibliográficas

- Abizanda P, Gómez-Pavón J, Martín Lesende I, et al. Detección y prevención de la fragilidad: una nueva perspectiva de prevención de la dependencia en personas mayores. *Med Clin (Barc)* 2010; 135: 713-719.
- Abizanda Soler, P. Fragilidad y discapacidad en el anciano. *Rev Espa Geriatr Gerontol* 2008; 43: 60-2. Vol. 43 núm 01.
- ACT Health. ACT Chronic Disease Strategy 2008-2011. Canberra: ACT Health, 2008.
- Australian Medical Association. Kingston: AMA (10 de Julio de 2010/revised 2012). Chronic Disease Plan: Improving Care for Patients with Chronic and Complex Care Needs. Disponible en: <https://ama.com.au/node/5519>.
- Barr VJ, Robinson S, Marin-Link B, Underhill L, Dotts A, Ravensdale D, et al. The Expanded Chronic Care Model: an integration of concepts and strategies from population health promotion and the Chronic Care Model. *Hospital Quarterly* 2003; 7 (1): 73-82.
- Baztán Cortés JJ, González-Montalvo JI, Solano Jaurrieta, JJ, Hornillos Calvo, M. Atención Sanitaria al anciano frágil: de la teoría a la evidencia científica. *Med Clin (Barc)* 2000; 115: 704-717.
- Baztán JJ, Gil L, Andrés E, et al. Actividad comunitaria de un Servicio de Geriátrica hospitalario: ejemplo práctico de coordinación entre Atención primaria y especializada. *Aten Primaria* 2000; 26: 374-82.
- Bengoá R, Nuño-Solinís R. Curar y cuidar. Innovación en la gestión de enfermedades crónicas: Una guía práctica para avanzar. Barcelona: Masson, 2008.

- Better Care Faster (BCF) coalition. Putting Innovation to Work: Improving Chronic Disease Management and Health System Sustainability in Ontario. Ontario: Better Care Faster (BCF) Coalition, 2013.
- Bodenheimer T, Wagner EH, Grumbach K. Improving Primary Care for Patients with Chronic Illness. JAMA. Family and Community Medicine, University of California, San Francisco, USA, 2002; 288 (14): 1775-9.
- Bolcán vol. 3 número 3 Seguridad en la Prescripción del Paciente Crónico y Polimedocado. <http://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/contenidoGenerico.jsp?idDocument=2ee931e3-31cf-11df-b5d7-a3a2fbc2f35&idCarpeta=836a31bf-a72b-11dd-b574-dd4e320f085c>.
- Bolcán vol. 5 número 4 Desprescripción razonada en pacientes polimedocados. <http://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/contenidoGenerico.jsp?idDocument=2ee931e3-31cf-11df-b5d7-a3a2fbc2f35&idCarpeta=836a31bf-a72b-11dd-b574-dd4e320f085c>.
- Boult C, Murphy E. New Models of Comprehensive Health Care for People with Chronic Conditions. Living Well with Chronic Illness: a Call for Public Health Action 2012; app. B: 285-317.
- Busse R, Blümel M, Scheller-Kreinsen, Zentner A. Managing Chronic Disease in Europe. Berlin: Department of Health Care Management, Berlin University of Technology, 2009.
- Coca A, Francies MD. Implementing the Chronic Care Model in an academic setting: a resident's perspective. Semin Med Pract 2007; 10: 1-8.
- Coleman K, Austin BT, Brach C, Wagner EH. Evidence on the chronic care model in the new millennium. Health Affairs 2009; 28: 75-85.
- Comisión Europea. Enfermedades crónicas y de alta prevalencia (Internet). Salud Pública. Disponible en: http://ec.europa.eu/health/major_chronic_diseases/diseases/index_es.htm.
- Contel JC, Muntané B, Camp L. La atención al paciente crónico en situación de complejidad: el reto de construir un escenario de atención integrada. Atención Primaria. DAP Costa Ponent, Gerencia Territorial Metropolitana Sud ICS, Pla Innovació Atenció Primària i Salut Comunitària, Departament de Salut, Generalitat de Catalunya. España, 2012.
- Coulter A, Roberts S, Dixon A. Delivering better services for people with long-term conditions: building the house of care. London: The King's Fund, 2013.

- De Bruin SR, Versnel N, Lemmens LC, Molema CM, Schellevis FG, Nijpels G, et al. Comprehensive care programs for patients with multiple chronic conditions: A systematic literature review. *Health Policy* 2012; 108-145.
- De la Maisonneuve C, Oliveira Martins J. Public spending on health and long-term care: a new set of projections. *A Going for Growth Report (Paris): OECD*, 2013.
- Desarrollo de Guías de Práctica Clínica en pacientes con comorbilidad y pluripatología. http://www.semfyc.es/pfw_files/cma/biblioteca/_DesarrolloGuiasPluripatologia.pdf.
- El Papel de la Enfermera Familiar y Comunitaria en la Cronicidad. SEMAP (Sociedad de Enfermería Madrileña de Atención Primaria). Cuadernos SEMAP 1. Noviembre de 2013.
- Epping Jordan JE, Pruitt SD, Bengoa R, Wagner EH. Improving the quality of health care for chronic conditions. *Qual Saf Health Care*. Switzerland 2004; 13: 299-305.
- Estrategia para la Atención a las Personas con Problemas Crónicos. Estrategia ante la Dependencia y la Fragilidad. Las Enfermeras Comunitarias ante las necesidades de las personas en el siglo XXI. Grupo de Crónicos FAECAP (Federación de Asociaciones de Enfermería Comunitaria y de Atención Primaria). Mayo de 2013.
- Feachem RG, Sekhri NK, White KL. Getting more for their dollar: a comparison of the NHS with California's Kaiser Permanente. *BMJ*. USA 2002; 324: 135-41.
- García Navarro JA. El reto de atender a los ancianos enfermos de la forma más eficiente: una obligación en tiempo de crisis. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 2011; 46: 183-185.
- Gask L, Waking up to chronic care. *Qual Saf Health Care* 2004; 13: 246.
- Generalitat de Catalunya. Departamento de Salud. La Gestión de Casos en la Práctica Enfermera. Secretaría de Estrategia y Coordinación. Dirección Estratégica de Enfermería, 2010.
- Generalitat de Catalunya. Instituto Catalán de Salud. Departamento de Salud. Unidad de Atención a la Complejidad Clínica a los Equipos de Salud: Aplicación del Modelo de Gestión de Casos a la Atención Primaria de Salud. Febrero 2010.
- Generalitat Valenciana. Consejería de Sanidad (Borrador). Nueva Oferta de Servicios Enfermeros en el Departamento: La Enfermera Gestora de Casos. Modelo de Atención Integrada de Casos Complejos en la Consejería de Sanidad de la Comunidad Valenciana. Diciembre de 2013.



Estrategia de abordaje a la cronicidad en la Comunidad Autónoma de Canarias

- Generalitat Valenciana. Conselleria de Sanitat. Plan integral de atención sanitaria a las personas mayores y a los enfermos crónicos en la Comunitat Valenciana, 2007-2011. Valencia: Conselleria de Sanitat, 2007.
- Gobierno de Canarias. Servicio Canario de la Salud. Dirección General de Programas Asistenciales. Abordaje de la obesidad infantil y juvenil en Canarias. Octubre 2012.
- Gobierno de Canarias. Servicio Canario de la Salud. Dirección General de Programas Asistenciales. Programa de prevención y control de la Enfermedad Vasculat Aterosclerótica (EVA) de Canarias. Mayo 2013.
- Gobierno de Canarias. Servicio Canario de Salud. Dirección General de Programas Asistenciales. Protocolo del Servicio de Continuidad de Cuidados para la Atención Domiciliaria. Servicio de Atención Primaria, Planificación y Evaluación, 2002.
- Gobierno de Canarias. Servicio Canario de Salud. Dirección General de Programas Asistenciales. Servicio de Atención Primaria, Planificación y Evaluación. Perfil de la Enfermera Comunitaria de Enlace, 2002.
- Gobierno de Canarias. Servicio Canario de Salud. Dirección General de Programas Asistenciales. Servicio de Atención Primaria, Planificación y Evaluación. Protocolo del Servicio de Continuidad de Cuidados de Enfermería entre Ámbitos Asistenciales, 2006.
- Gobierno de Canarias. Servicio Canario de Salud. Guía para Continuidad de Cuidados de Enfermería entre ámbitos asistenciales. Dirección de Programas Asistenciales del Servicio Canario de Salud.
- Gobierno Vasco. Departamento de Sanidad y Consumo. Estrategia para afrontar el reto de la cronicidad en Euskadi (Vitoria). Departamento de Salud y Consumo, 2010.
- Gobierno Vasco. Osakidetza. Servicio Vasco de Salud. Administración de la Comunidad Autónoma Vasca. Proyecto Estratégico 8: Competencias Avanzadas en Enfermería. Informe Global, 2012.
- Gobierno Vasco. Osakidetza. Servicio Vasco de Salud. Administración de la Comunidad Autónoma Vasca. Proyecto Estratégico 8: Competencias Avanzadas en Enfermería. Proyectos Pilotos, 2012.
- Gobierno Vasco. Osakidetza. Servicio Vasco de Salud. Administración de la Comunidad Autónoma Vasca. Proyecto Estratégico 8: Competencias Avanzadas en Enfermería. Anexos, 2012.
- Grover A, Joshi A. An Overview of Chronic Disease Models: A Systematic Global Journal of Health Science 2015; 7 (2): 210-227.
- Grup de Treball Avaluació de la Cronicitat. Consens i selecció d'indicadors per avaluar l'atenció a la cronicitat: Segon informe. Barcelona: Agencia de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya, 2013.

- 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. Mergablum S.L. Sevilla, 2011. Disponible en: <http://www.fesemi.org/documentos/1370366301/publicaciones/consensos/conferencia-nacional-atencion-paciente-cronico.pdf>.
- Guía de farmacogeriatría. Recomendaciones farmacoterapéuticas en personas mayores. http://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/content/0816803f-ad3d-11e4-9053-9d1690bb437a/Formato_electronico_Guia_Farmacogeriatria.
- Guterman S. U.S. and German case studies in chronic care management: an overview. *Health Care Financ Rev* 2005; 27 (1): 1-8.
- Ham C. The Ten Characteristics of the High-Performing Chronic Care System. *Health Economics, Policy and Law* 2010; 1 (5): 71-90.
- Hennen, B. Continuidad y alcance de la atención por médicos de familia. En: Gómez T, Cenitlin J. *Medicina de Familia: Clave de un nuevo modelo*; pp. 24-28.
- Improving Chronic Care Illness. The Chronic Care Model (Internet). Seattle, USA: Group Health Research. Disponible en: http://www.improvingchroniccare.org/index.php?p=The_Chronic_Care_Model&s=2.
- Improving Chronic Care Illness. The Chronic Care Model, The Rand Evaluation (Internet). Seattle: Group Health Research. Disponible en: http://www.improvingchroniccare.org/index.php?p=The_RAND_Evaluation&s=32.
- Infarma. Vol. 1 número 3. Adherencia terapéutica. <http://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/contenidoGenerico.jsp?idDocument=978134f6-31d0-11df-b5d7-a3a2fbc2f35&idCarpeta=1c178875-0973-11e3-8b8d-350345c703a5>.
- Instituto Nacional de Estadística, Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Madrid: INE, 2012. Encuesta Nacional de Salud, 2011-2012 (acceso diciembre de 2014). Disponible en: <http://www.ine.es/jaxi/menu.do?L=0&type=pcaxis&path=%2Ft15/p419&file=inebase>.
- Instituto Nacional de Estadística. Indicadores demográficos básicos. Madrid: INE, 2014 (acceso diciembre de 2014). Disponible en: <http://www.ine.es/jaxi/menu.do?type=pcaxis&path=%2Ft20%2Fp318&file=inebase&L=0>.
- Instituto Nacional de Estadística. Padrón Municipal de Habitantes. Madrid: INE, 2014 (acceso diciembre de 2014). Disponible en: <http://www.ine.es/jaxi/menu.do?type=pcaxis&path=/t20/e245/&file=inebase>.

Instituto Nacional de Estadística. Proyecciones de población a corto plazo. Madrid: INE, 2013 (acceso diciembre de 2014). Disponible en: <http://www.ine.es/jaxi/menu.do?type=pcaxis&path=%2Ft20%2Fp269&file=inebase&L=0>.

Jakubowski E, Saltman R, editors. The Changing National Role in Health System Governance. A case-based study of 11 European countries and Australia. Copenhagen: European Observatory on Health Systems and Policies, 2013.

Jonson M, et al. Interrelaciones NANDA, NIC, NOC. 2ª ed. España: Elsevier Mosby, 2007.

Junta de Andalucía. Consejería de Salud. Desarrollo Competencial en el Modelo de Gestión de Casos del SSPA. Estrategia de Cuidados de Andalucía. Marzo de 2013.

Junta de Andalucía. Consejería de Salud. Modelo de Gestión de Casos del SSPA. Dirección General de Calidad, Investigación y Gestión del Conocimiento. Estrategia de Cuidados de Andalucía. Marzo de 2013.

Junta de Andalucía. Consejería de Sanidad. Plan Andaluz de Atención Integrada a Pacientes con Enfermedades Crónicas 2012/2016. Sevilla: Consejería de Salud, 2012.

Junta de Castilla y León. Gerencia Regional de Salud. Estrategia de Atención al Paciente Crónico en Castilla y León. Valladolid: Junta de Castilla y León. Consejería de Sanidad, Gerencia Regional de Salud de Castilla y León, 2013.

Ley de Ordenación Sanitaria de Canarias. Capítulo IV sección 1ª, artículo 62 de la Ley 11/1994, de 26 de julio. Canarias. BOC, 96, de 6.8.1994.

Libro de Comunicaciones del V Congreso Nacional de Atención Sanitaria al Paciente Crónico. CCIB. Barcelona. Abril de 2013.

Martín Lesende I, JJ BC, Gorroñoigoitia Iturbe A, Abizanda Soler P, Gómez, Gómez Pavón J. Detección y manejo de la fragilidad en Atención Primaria; actualización. Aten Primaria 2010; 42 (7): 388-393.

Martín Lesende I, Gorroñoigoitia Iturbe A, Gómez Pavón J, Baztán Cortés JJ, Abizanda Soler P. El anciano frágil. Detección y tratamiento en Atención Primaria. Aten Primaria 2010; 42 (7): 388-393.

Martín Zurro A, Jodar Solà, G. Atención primaria de salud y atención familiar y comunitaria. Elsevier 2011.

Martín Zurro A. Atención Primaria. Conceptos, organización y práctica clínica. 6ª ed. Barcelona: Elsevier, 2008.

- Ministerio de Sanidad y Política Social. Unidad de Pacientes Pluripatológicos: Estándares y Recomendaciones. Madrid: Ministerio De Sanidad y Política Social. Centro de Publicaciones, 2009.
- Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Libro Blanco de la Coordinación Sociosanitaria en España. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, 2011.
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad en el Sistema Nacional de Salud. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Centro de Publicaciones, 2012.
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Los sistemas sanitarios en los países de la UE: Características e indicadores de salud en el siglo XXI. Madrid, 2013. Disponible en: https://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/docs/Sist_san.UE.XXI.pdf.
- Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO). Atención a las personas en situación de dependencia en España. Libro Blanco. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Secretaría de Estado de Servicios Sociales, Familia y Discapacidad, Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO), 2005.
- NHS, Institute for Innovation and Improvement, University of Birmingham. Improving Care for people with long-term Conditions. Health Services Management Centre. Birmingham, UK, 2006. Disponible en: http://www.download.bham.ac.uk/hsmc/pdf/improving_care_06.pdf.
- NSW Department of Health. NSW Chronic Care Program, Phase Three: 2006-2009, NSW Chronic Disease Strategy: Executive Summary. Sidney: NSW Department of Health, 2006.
- NSW Department of Health. Chronic Care for Aboriginal People: Model of Care. Sydney: NSW Department of Health, 2010.
- O'Connor M, Lim D, Ward D, Hepworth J. Integrated chronic disease management in primary-secondary care: a systematic literature review of the evidence. Australian Diabetes Society and Australian Diabetes Educators Association Annual Scientific Meeting 2014, 27-29 August 2014, Melbourne, Australia.
- OECD. Health at a glance 2013: OECD indicators. Paris, 2013. Disponible en: http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2013-en.
- Ollero Baturone M, Orozco Beltrán D, Rico C, et al. Declaración de Sevilla. Conferencia Nacional para la atención a pacientes con enfermedades crónicas. Elsevier España, Revista Clínica Española. España, 2011; (11): 604-606.

- Oni T, McGrath N, BeLue R, Roderick P, Colagiuri S, May CR, et al. Chronic diseases and multi-morbidity - a conceptual modification to the WHO ICCM model for countries in health transition. *BMC Public Health* 2014; 14: 575.
- Partnership for Care: Scotland's Health White Paper (Internet). The Scottish Government. Scotland, 2003. Disponible en: <http://www.scotland.gov.uk/Publications/2003/02/16476/18736>.
- Pérez del Molino J, Guillen Llera F, Petidier R. Cuidados geriátricos comunitarios. En: Guillen Llera, Pérez del Molino y Petidier R. Síndromes y cuidados en el paciente geriátrico. Ed. Elsevier Masson. Barcelona, 2008; pp. 93-106.
- Pérez-Vico-Díaz de Rada L, Sánchez-Gómez MB, Duarte-Clímets G, Brito-Brito R, Rufino-Delgado T. Competencias Enfermeras de la Especialidad de Enfermería Familiar y Comunitaria: una revisión sistemática. *ENE. Revista de Enfermería*, Agosto 2013; 7 (2).
- Petersen JJ, Paulitsch MA, Mergenthal K, Gensichen J, Hansen H, Weyerer S, et al. Implementation of chronic illness care in German primary care practices - how do multimorbid older patients view routine care? A cross-sectional study using multilevel hierarchical modelling. *BMC Health Services Research* 2014; 14: 336.
- Rijken H, Struckmann V, Dyakova M, Melchiorre MG, Rissanen S, Van Ginneken E. ICARE4EU: Improving care for people with multiple Chronic Conditions in Europe (Internet). Eurohealth. Netherlands, 2013. Disponible en: <http://www.icare4eu.org/>.
- Santos-Ramos B, Otero MJ, Galván-Banqueri M, Alfaro-Lara ER, Vega-Coca MD, Nieto-Martín MD, Ollero-Baturone M. Modelos de atención al paciente pluripatológico y el papel de la farmacia hospitalaria. *Farm Hosp. España*, 2012; 36 (6): 506-517.
- Sarabia Sánchez A. La gestión de casos como nueva forma de abordaje de la atención a la dependencia funcional. *ABENDUA*. Diciembre de 2007.
- Sociedad Española de Geriatria y Gerontología. Geriatria XXI. Análisis de necesidades y recursos en la atención a las personas mayores en España. *Madreis: Endimsa* 2000; pp. 143-160.
- Solinis RN, Fernández Cano P, Mira Solves JJ, Toro Polanco, NT, Contel Segura JC, Guilabert Mora M, Solas Gaspar O. Desarrollo de IEMAC, un Instrumento para la Evaluación de Modelos de Atención ante la Cronicidad. *Gac Sanit*, Volume 27, Issue 2; pp. 128-134.

- Starfield B. Atención Primaria: Equilibrio entre necesidades de salud, servicios y tecnologías. 2ª edición. Madrid: Masson, 2004.
- Unidad de Gestión de Casos SAP Delta. Equipo de Gestión de Casos SAP Delta. Servicio de Atención Primaria Delta de Llobregat. Instituto Catalán de Salud. Marzo de 2013.
- Valero MA. Modelo de provisión de servicios interactivos de telemedicina en el hogar sobre redes de banda ancha. Departamento de Tecnología Fotónica, Grupo de Bioingeniería y Telemedicina, Universidad Politécnica de Madrid. España, 2001. Disponible en: http://oa.upm.es/12653/1/Tesis_Miguel_%C3%81ngel_Valero_Duboy.pdf.
- Vezzani. ARIA Project. Bologna: Agenzia sanitaria e sociale regionale dell' Emilia-Romagna, 2013.
- Vilans E. A disease rarely comes alone. Is the Guided Care Model Helpful for people with multi-morbidity? Results pilot 2012. Utrecht, 2013.
- Willison KD. Assessing chronic disease management strategies through community based participatory research. Journal of Chinese Clinical Medicine. Chinese 2007; 2 (6): 336-40.
- World Health Organization. Noncommunicable Diseases and Mental Health. Innovative care for chronic conditions: building blocks for action: global report. Geneva: World Health Organization, 2002.
- World Health Organization. Preventing chronic diseases: a vital investment: WHO global report. Who Press. Switzerland, 2005. Disponible en: http://www.who.int/chp/chronic_disease_report/contents/fo-reword.pdf?ua=1.



Anexo C

Índice de figuras

Figura 1. Cuestiones clave a las que responde la Estrategia	23
Figura 2. Población de Canarias por islas, 2014	29
Figura 3. Esperanza de vida al nacer en España y Canarias, 2009-2013	30
Figura 4. Pirámide de población de España y Canarias, 2013	31
Figura 5. Evolución de la población en España y Canarias, 2013-2023	32
Figura 6. Evolución de la tasa de mortalidad según sexo en España y Canarias, 2001-2013	33
Figura 7. Distribución de la población en Canarias en zonas rurales y urbanas, 2013	34
Figura 8. Densidad de población en España y Canarias, 2013	35
Figura 9. Acceso a internet de los hogares en España y Canarias por tipo de conexión, 2014	36



Estrategia de abordaje a la cronicidad en la Comunidad Autónoma de Canarias

Figura 10. Recursos sanitarios (físicos y humanos) en España y Canarias, asociados a centros con dependencia funcional pública, 2013	38
Figura 11. Equipos de alta tecnología médica en España y Canarias, 2013	38
Figura 12. Porcentaje de pacientes con factor de riesgo asociado al consumo de tabaco y alcohol en Canarias, 2014	40
Figura 13. Población sedentaria en España y Canarias, 2012	40
Figura 14. Índice de masa corporal en la población de España y Canarias, en población adulta (2012) y población infantil (2014)	41
Figura 15. Prevalencia registrada de población adscrita con más de 14 años con hipertensión arterial e hipercolesterolemia en Canarias, 2014	42
Figura 16. Prevalencia de patologías crónicas en población mayor de 14 años en Canarias según datos del CDC (2000-2005) y registro en DRAGO-AP (2014)	44
Figura 17. Prevalencia declarada de patologías crónicas en población mayor de 14 años en España y Canarias, 2012	44
Figura 18. Porcentaje de pacientes mayores de 14 años y número de patologías crónicas por paciente según sexo en Canarias, 2014	45
Figura 19. Población mayor de 14 años con dificultad severa o alguna dificultad para realizar actividad funcional en España y Canarias, 2012	47
Figura 20. Evolución del número de personas dependientes en Canarias según grado de dependencia, 2012-2014	47
Figura 21. Número de beneficiarios de ayudas de atención a la dependencia en domicilio en España y Canarias, 2010-2014	48


Figura 22. Población con discapacidad en Canarias que recibe cuidados personales en el hogar, 2008	49
Figura 23. Esperanza de Vida Libre de Incapacidad al nacer y a los 65 años, en España y Canarias, 2011	50
Figura 24. Tasa de mortalidad según sexo y principales causas de muerte en Canarias, 2012	52
Figura 25. Altas hospitalarias de las principales categorías según capítulo CIE-9, asociadas a patologías crónicas en Canarias, 2013	53
Figura 26. Estancia media hospitalaria de las principales categorías según capítulo CIE-9, asociadas a patologías crónicas en Canarias, 2013	54
Figura 27. Reingresos de las principales categorías según capítulo CIE-9, asociadas a patologías crónicas en Canarias, 2014	55
Figura 28. Residentes extranjeros y evolución en Canarias, 2013	56
Figura 29. Gasto farmacológico medio en personas mayores de 14 años, en función de los criterios anteriores, 2014	57
Figura 30. Evolución del gasto sanitario público en España, 2002-2012. Gasto sanitario público en España y Canarias, 2012	59
Figura 31. Modelo de Atención al Crónico (<i>Chronic Care Model</i>)	69
Figura 32. Atención Innovadora a la Cronicidad (<i>Innovative Care for Chronic Conditions</i>)	70
Figura 33. Pirámide de Kaiser Permanente ampliada	72
Figura 34. Principios rectores de la Estrategia de Abordaje a la Cronicidad en el SNS	77
Figura 35. Resultados del instrumento IEMAC sobre el Servicio Canario de la Salud	85



Estrategia de abordaje a la cronicidad en la Comunidad Autónoma de Canarias

Figura 36. Hoshin Kanri como modelo de gestión	99
Figura 37. Ejemplo de Mapa Estratégico	99
Figura 38. Hoshin Kanri. Ciclo anual de gestión	100
Figura 39. Visión de la Estrategia	101
Figura 40. Dimensiones de la Continuidad Asistencial	104
Figura 41. Implicaciones de los principios de la estrategia en relación a la construcción del nuevo modelo de atención a la cronicidad	107
Figura 42. Modelo de atención global a la cronicidad	110-111
Figura 43. Competencias de la Enfermera Gestora de Casos	114
Figura 44. Proceso de gestión del Paciente Crónico de Alta Complejidad	115
Figura 45. Canales de comunicación y relación usuario - SCS	118
Figura 46. Visión global de la estructura de la Estrategia	120
Figura 47. Visión de las Líneas Estratégicas definidas de Abordaje a la Cronicidad en Canarias	123
Figura 48. Mapa Estratégico: Objetivos estratégicos, líneas estratégicas y proyectos	124
Figura 49. Visión global de la Estrategia de Abordaje a la Cronicidad en Canarias	125-126
Figura 50. Modelo de dependencia de los proyectos de la Estrategia según Hoshin Kanri	147
Figura 51. Cronograma de implantación de la Estrategia	150

Figura 52. Estructura de control y seguimiento de la Estrategia	153
Figura 53. Áreas de evaluación de la estrategia de abordaje de la cronicidad	154-155
Figura 54. Elementos del Plan de Comunicación de la Estrategia	158
Figura 55. Grupos de trabajo de análisis y definición de la Estrategia	187



Anexo D

Definición de conceptos asociados a la cronicidad

La definición de paciente crónico, derivada de la propia definición de enfermedad crónica, y en particular de varias de las condiciones que se asocian a él (fragilidad, multimorbilidad, etc.) presentan cierta complejidad, no existiendo una definición homogénea. A este respecto, y a modo de soporte de lo reflejado en el presente documento, se recogen en el presente anexo algunas definiciones y criterios al respecto.

Enfermedad crónica

Definición general⁴⁰

Las enfermedades crónicas son enfermedades de larga duración y por lo general de progresión lenta.

40. OMS.

Características comunes⁴¹

- Se agregan unas a otras potenciando el deterioro orgánico y la afectación funcional de los pacientes.
- Su etiología es múltiple y compleja.
- Su aparición es gradual y silente y su pico de prevalencia aparece en edades avanzadas.
- Son permanentes y producen un deterioro gradual y progresivo.
- Requieren tratamiento médico y cuidados de forma continuada.
- Son susceptibles de prevención, retraso en su aparición o, al menos, atenuación en su progresión.
- Se manifiestan mediante la triada edad, comorbilidad y polimedicación.

Multimorbilidad

Definición general⁴²

Presencia de dos o más enfermedades diagnosticadas médicamente en el mismo individuo, con el diagnóstico de cada una de estas enfermedades basado en criterios establecidos y no relacionadas causalmente con el diagnóstico primario.

Definición en el ámbito de la cronicidad⁴³

Presencia de dos o más patologías crónicas que, en ese momento, no supongan un incremento del riesgo de deterioro clínico.

41. Documento de Consenso Atención al Paciente con Enfermedades Crónicas. semFYC y SEMI.

42. Martínez, N. El desafío terapéutico de la multimorbilidad. Bitn. 2013; 21 (3): 1-11.

43. Elaboración propia.

Índice de Charlson reducido

Patología	Puntuación
Enfermedad vascular cerebral	1
Diabetes	1
Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	1
Insuficiencia cardíaca/cardiopatía isquémica	1
Demencia	1
Enfermedad arterial periférica	1
Insuficiencia renal crónica (diálisis)	2
Cáncer	2

Fragilidad⁴⁴

Síndrome biológico intrínsecamente unido al proceso del envejecimiento y caracterizado por el descenso de la reserva biológica y de la resistencia al estrés, resultado del deterioro de múltiples sistemas fisiológicos, con predominio de un desbalance energético metabólico que confiere al individuo una situación de vulnerabilidad frente a pequeñas agresiones.

Paciente crónico complejo⁴⁴

Paciente asociado a la presencia de determinadas enfermedades concomitantes, limitantes y progresivas con fallo de órgano (por ejemplo, insuficiencia cardíaca o insuficiencia renal), la sobreutilización de servi-

44. Desarrollo de Guías de Práctica Clínica en pacientes con comorbilidad y pluripatología.

cios de salud en todos los ámbitos, la polifarmacia, el deterioro funcional para las actividades de la vida cotidiana o una mala situación sociofamiliar.

Trastorno mental grave^{45,46}

Grupo de personas heterogéneas, que sufren trastornos psiquiátricos graves que cursan con alteraciones mentales de duración prolongada, que conllevan un grado variable de discapacidad y de disfunción social, y que han de ser atendidas mediante diversos recursos sociosanitarios de la red de atención psiquiátrica y social (NIMH, 1987).

Fármacos de alto riesgo⁴⁷

Se denominan “medicamentos de alto riesgo” aquellos que tienen un “riesgo” muy elevado de causar daños graves o incluso mortales cuando se produce un error en el curso de su utilización. Esta definición no indica que los errores asociados a estos medicamentos sean más frecuentes, sino que en caso de producirse un error, las consecuencias para los pacientes suelen ser más graves. Por todo ello, los medicamentos de alto riesgo han de ser objetivo prioritario en todos los programas de seguridad clínica que se establezcan en los hospitales.

45. National Institute of Mental Health. Towards a model for a comprehensive community based mental health system. Washington DC: NIMH; 1987.

46. Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica de Intervenciones Psicosociales en el Trastorno Mental Grave. Guía de Práctica Clínica de Intervenciones Psicosociales en el Trastorno Mental Grave. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Política Social. Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud I+CS; 2009. Guías de Práctica Clínica en el SNS: I+CS N° 2007/05.

47. http://www.seguridaddelpaciente.es/resources/documentos/2014/Proyecto_MARC_2014.pdf.



Anexo E

Metodología y grupos de trabajo constituidos para la definición de la Estrategia

La Estrategia de abordaje a la cronicidad en la Comunidad Autónoma de Canarias ha sido el resultado de un proceso de trabajo abierto y participativo impulsado por el Gobierno de Canarias y desarrollado por integrantes de la Consejería de Sanidad y del Servicio Canario de la Salud.

Para su elaboración, se realizó en primer lugar una jornada de trabajo para la redefinición del modelo, con el objetivo de mejorar la eficiencia. Dicha jornada de trabajo se centró en consultar a un grupo de trabajo formado por profesionales relacionados con la atención a la cronicidad, entre los que se encontraban perfiles de diferentes niveles de responsabilidad y con diferentes roles de cara a disponer de una visión lo más multinivel y multidisciplinar posible.

Tras dicha jornada, se llevó a cabo un **taller gerencial donde se realizó un análisis de la situación actual del SCS y una definición de oportunidades de mejora** en relación a la atención al paciente crónico y pluripatológico que puso las bases de la futura transformación del Sistema de Salud. Como continuación de este taller, se trabajó el desarrollo de ámbitos de mejora concretos a través de **seis grupos de trabajo** de análisis y definición de acciones en:

- La valoración de las necesidades derivadas de la situación demográfica y epidemiológica actual y a futuro que impacte en el ámbito de la cronicidad.



Estrategia de abordaje a la cronicidad en la Comunidad Autónoma de Canarias

- El aseguramiento de la continuidad asistencial.
- La definición de nuevos roles: la enfermera gestora de casos.
- El impulso al autocuidado.
- El desarrollo de una propuesta de modelo de comunicación e interrelación con el ciudadano.
- La identificación de los recursos asistenciales necesarios.

Como base de este análisis se realizó un trabajo de **recopilación de información, de experiencias piloto en Canarias y sus resultados** en relación al abordaje de atención y gestión de pacientes crónicos.

Por último, se ha establecido un **grupo de definición y visión global de la estrategia y de validación de la coherencia de las propuestas de los grupos de trabajo**, con el objetivo de analizar la información y las propuestas de mejoras generadas, y diseñar, dar forma y coherencia a la Estrategia de abordaje a la cronicidad para Canarias.

En total, en la definición de la Estrategia han participado **cerca de 150 profesionales**, tanto de la Consejería de Sanidad como de los diferentes ámbitos del Servicio Canario de la Salud (Figura 55).

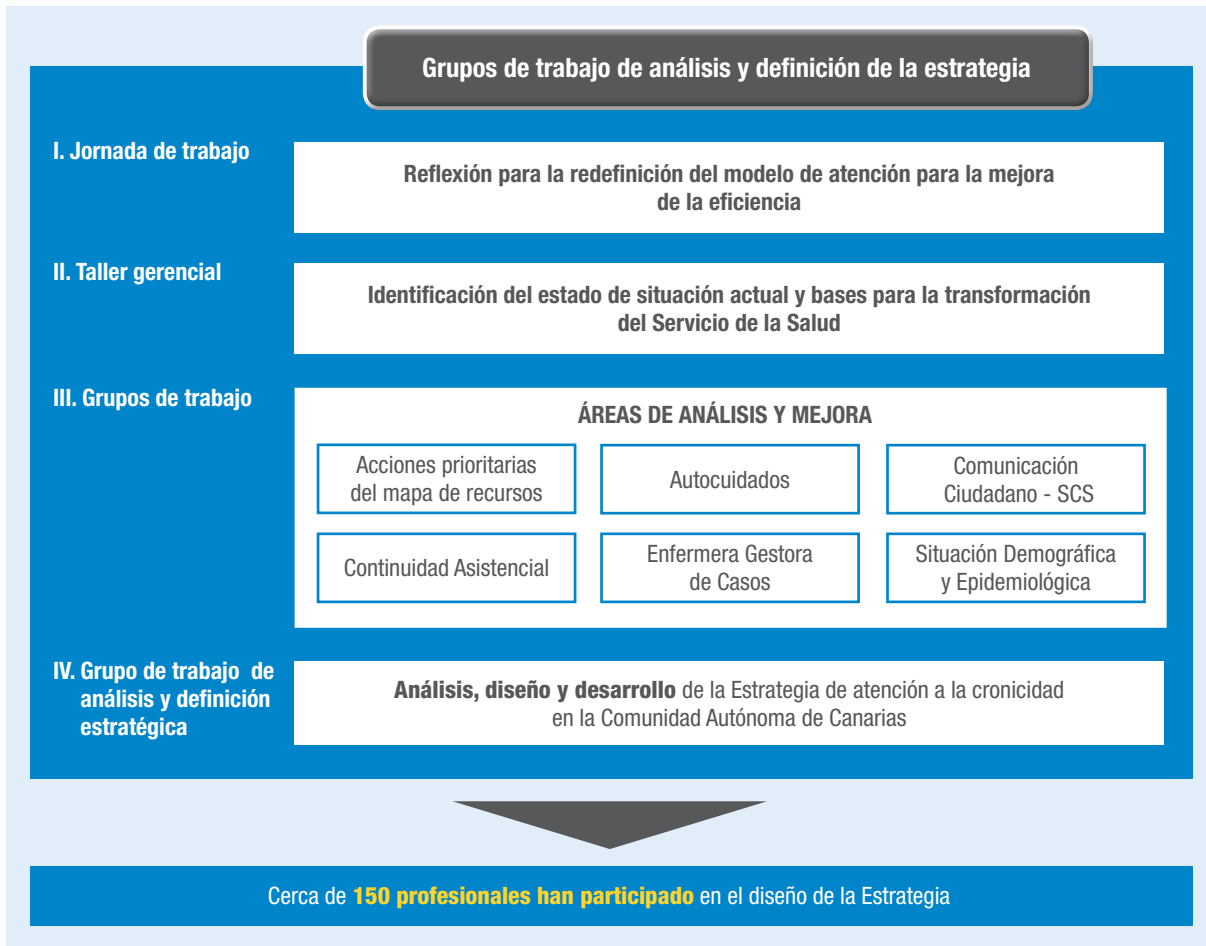
A continuación se describe con mayor detalle la **metodología** utilizada por todos los grupos de trabajo, así como sus actividades:

I. Jornada de trabajo para redefinir el modelo mejorando la eficiencia

Cuyo objetivo fue realizar una consulta a profesionales implicados en la organización de los servicios y en la atención de los pacientes con enfermedad crónica para redefinir el modelo de gestión que mejore su eficiencia. Se trataba de un grupo de 52 profesionales que trabajaban de alguna forma relacionados con la atención a la cronicidad. Se incluyeron gerentes de diferentes centros especializados y de atención primaria, profesionales que trabajan en puestos de responsabilidad en la organización de los servicios sanitarios, especialistas en geriatría, medicina interna y medicina familiar y comunitaria, profesionales de enfermería, psicología y trabajo social.

Anexo E. Metodología y grupos de trabajo constituidos para la definición de la Estrategia

Figura 55. Grupos de trabajo de análisis y definición de la Estrategia



Fuente: Elaboración propia.

A través de una metodología de evaluación cualitativa se trataba de conseguir los siguientes objetivos específicos:

1. Priorizar el grupo de pacientes de inicio de las acciones de mejora
2. Describir las características generales ideales del modelo sanitario para la atención del grupo priorizado.
3. Analizar las barreras para alcanzar el modelo planteado.

II. Taller gerencial de identificación del estado de situación actual y establecimiento de la bases para la transformación del Sistema de Salud, en el que han participado 75 profesionales y directivos del Servicio Canario de la Salud y de la Consejería de Sanidad del Gobierno de Canarias, que desempeñan su trabajo en diferentes ámbitos de gestión sanitaria.

La **metodología** utilizada fue la siguiente:

Durante el desarrollo de las **2 jornadas** de trabajo, se han realizaron **3 talleres** cuyo objetivo ha sido compartir una reflexión estratégica, evaluar la situación actual del abordaje a la cronicidad en Canarias y recoger aquellas propuestas de intervenciones innovadoras y factibles que se han llevado a cabo de manera exitosa en la comunidad.

Estos talleres se conformaron con la siguiente estructura:

1. Un taller de participantes identificados con un perfil de puesto de nivel de macrogestión.
2. Un taller de participantes con un perfil de puesto de nivel mesogestión.
3. Un taller de participantes con un perfil de puesto y pertenecientes al nivel microgestión.

Para realizar el análisis y la evaluación de la situación actual, se ha utilizado el instrumento IEMAC 1.0 (Instrumento de Evaluación de Modelos de Atención a la Cronicidad), su metodología y escala de evaluación⁴⁸. Este instrumento, basado en el *Chronic Care Model* (CCM), permite evaluar a las organiza-

48. Roberto Nuño Solinis, Paloma Fernández Cano, José Joaquín Mira Solves, Nuria Toro Polanco, Joan Carles Contel Segura, Mercedes Guilabert Mora, Olga Solas Gaspar. Desarrollo de IEMAC, un Instrumento para la Evaluación de Modelos de Atención ante la Cronicidad. Gac Sanit 2012. <http://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2012.05.012>.

Anexo E. Metodología y grupos de trabajo constituidos para la definición de la Estrategia

ciones sanitarias en relación al grado de implantación de modelos de gestión de la cronicidad (en diferentes contextos y niveles de organización), tomando como base seis dimensiones de análisis:

- Organización del sistema de salud.
- Salud comunitaria.
- Modelo asistencial.
- Autocuidado.
- Apoyo en la toma de decisiones clínicas.
- Sistemas de Información.

El análisis de cada una de las dimensiones del instrumento, en base a la evaluación de las intervenciones/actuaciones ya planteadas y/o ejecutadas en cada una de las diferentes dimensiones del instrumento, permite obtener tanto el estado de situación actual a todos los niveles (como dato cuantitativo representado a nivel gráfico, en base a una escala) teniendo en cuenta la perspectiva y la realidad del Servicio de Salud, así como una batería de intervenciones/actuaciones que se deberían llevar a cabo para mejorar el modelo de atención a la cronicidad de Canarias.

III. Grupos de trabajo de análisis y definición de acciones de mejora en áreas clave, al objeto de profundizar en los retos derivados de la situación actual y definir propuestas de mejora en dichas áreas que permitan abordar el problema de la cronicidad. De manera específica, el trabajo realizado en cada uno de los grupos de trabajo, así como los principales resultados obtenidos, ha sido el siguiente:

1. **Valoración del impacto y las necesidades derivadas de la situación demográfica y epidemiológica actual y a futuro**, con el objetivo de obtener una visión de situación de la salud y factores relacionados en la Comunidad Autónoma de Canarias. Como resultado se ha realizado una caracterización de las principales variables demográficas y epidemiológicas en Canarias, que permiten tener una imagen de la evolución de la población y la incidencia de las patologías crónicas y los factores de riesgo que impactan en la calidad de vida de la población, la calidad asistencial y la demanda de recursos sanitarios.

2. **Reorientación de la atención con foco en la continuidad**, al objeto de definir la capacidad de mejora en la atención integral con foco en la continuidad asistencial. Para ello, se han definido un conjunto de objetivos de continuidad asistencial, de reorientación de asistencia y de actuaciones específicas al objeto de lograr una estratificación de la población, la definición de protocolos y guías interniveles integradas, así como el contenido de grupos de coordinación multidisciplinar del paciente frágil en Atención Primaria y Especializada.
 3. **Enfermera gestora de casos**, orientado a caracterizar tanto el perfil que debe tener este rol, su marco de actuación, competencias, así como el establecimiento de las categorías que permitan clasificar al paciente pluripatológico. En este sentido, se ha definido también tanto el perfil “Enfermera Gestora de Casos en Atención Primaria y Atención Especializada”, la población diana y los criterios de inclusión de pacientes y el modelo integrado de atención a pacientes complejos.
 4. **Abordaje de la cronicidad impulsando el autocuidado**, centrado en el diseño y desarrollo de las acciones de mejora de la autonomía del paciente y de corresponsabilidad en la gestión de su enfermedad mediante el desarrollo de propuestas que permitan implementarla, en los ámbitos de: concienciación de la importancia del autocuidado a pacientes y profesionales, capacitación a los profesionales en herramientas que impulsen el autocuidado, la formación presencial a pacientes y cuidadores, así como la potenciación de los canales *online* tanto de formación como de información.
 5. **Comunicación e interrelación Ciudadano-SCS**, cuya labor se ha dirigido hacia el desarrollo de una propuesta de mejora del modelo de comunicación del ciudadano con el SCS, y cuyas actividades principales han estado centradas en el diseño de estados y relaciones que dan lugar a unas necesidades de evolución del modelo tecnológico actual del SCS.
 6. **Priorización del mapa de recursos para la estrategia de cronicidad**, se ha procedido a la definición y priorización de acciones importantes que puedan tener alto impacto en el desarrollo de la estrategia de abordaje a la cronicidad, a través del análisis de las memorias de hospitales y gerencias de Atención Primaria, del análisis del documento del taller gerencial de identificación del estado actual del Sistema de Salud y del documento de experiencias innovadoras en Sanidad en Canarias.
- IV. Recopilación de los proyectos piloto en el ámbito de la atención al paciente crónico** llevados a cabo por las diferentes Gerencias de Atención Primaria y Especializada de Canarias. A continuación, a modo de ejemplo, se muestra un listado no exhaustivo de los mismos:

Anexo E. Metodología y grupos de trabajo constituidos para la definición de la Estrategia

1. Apoyo al paciente frágil (Gerencia de Atención Primaria de Gran Canaria y Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno Infantil (CHUIMI).
2. Unidad de apoyo al paciente frágil (Área de Salud de la Gomera).
3. Atención a la persona mayor con enfermedad crónica y protocolo de fragilidad avanzada (Área de Salud de Lanzarote).
4. Paciente pluripatológico (Hospital Universitario Dr. Negrín, Gran Canaria).
5. Unidad de Geriátrica de Agudos (Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria, Tenerife).

V. Grupo de trabajo de validación, definición y visión global de la estrategia, compuesto por 26 integrantes que cubren el ciclo integral de atención al paciente crónico, al objeto de:

1. Revisión, validación y cribaje de los documentos de trabajo generados por los grupos de trabajo.
2. Generación de ideas y aportar información cualitativa y cuantitativa de soporte al desarrollo de la Estrategia.
3. Identificación y puesta en valor de nuevos aspectos diferenciales (de la realidad de la Comunidad Autónoma de Canarias: insularidad, etc.) que puedan ser útiles para el desarrollo del nuevo modelo.
4. Aseguramiento de la correcta orientación de la estrategia, verificando su adaptación al paciente crónico y pluripatológico.
5. Definición de la formulación estratégica asociada y el plan de implantación.

La metodología que ha utilizado para la realización de las actividades en el desarrollo de la estrategia, ha sido la siguiente:

En base al análisis y síntesis de la información generada por el grupo de trabajo para la redefinición del modelo, el taller gerencial y los diferentes grupos de trabajo de análisis y mejora, se ha desarrollado la arquitectura del documento de estrategia de abordaje a la cronicidad y sus contenidos, dividido en tres grandes bloques de información:



Estrategia de abordaje a la cronicidad en la Comunidad Autónoma de Canarias

- **Introducción y contexto** de la situación actual de la cronicidad en Canarias, sintetizando e incorporando aquella información clave generada por los grupos de trabajo de áreas de análisis y mejora.
- **Formulación de la estrategia de abordaje a la cronicidad** en Canarias, mediante la utilización de los siguientes marcos metodológicos:
 - **Mapa estratégico**, que ha permitido representar gráficamente las líneas estratégicas y descomponerlas en objetivos estratégicos. De esta forma, dichos objetivos se alcanzarán mediante líneas de actuación, cuya integración, coherencia y grado de monitorización se recogerán bajo un conjunto de indicadores de seguimiento y monitorización.
 - **Hoshin Kanri**, que ha permitido determinar el proceso de despliegue (plan de implantación) de las actuaciones desarrolladas, determinando aquellas más críticas para el Sistema de Salud, y estableciendo el sistema adecuado de indicadores de seguimiento y evaluación asociados.
- **Plan de implantación** de la estrategia en base al calendario obtenido del plan de despliegue, así como el establecimiento de los mecanismos de seguimiento y evaluación más adecuados.

Hacer realidad la Estrategia no habría sido posible sin el trabajo, esfuerzo, apoyo y dedicación de todos y cada uno de los profesionales que han participado en la definición y desarrollo de la misma. Sin duda, los **profesionales** con los que cuenta el Servicio Canario de Salud, están llamados a desempeñar un **papel clave en la transformación efectiva del Sistema de Salud**. Su compromiso y dedicación serán la piedra angular para implantar y desplegar de forma satisfactoria cada uno de los proyectos enmarcados en la Estrategia, favoreciendo la consecución del objetivo principal que se pretende alcanzar: la transformación del modelo asistencial, el impulso de la colaboración y la excelencia en el sistema, la mejora de los resultados en Salud y la sostenibilidad a medio y largo plazo.



Servicio
Canario de la Salud



Gobierno
de Canarias

CRONICIDAD

