

# **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.

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



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 informe<sup>20</sup> 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

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



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:

#### **I. 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.)<sup>21</sup>, 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.

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



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 ICCO 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 familiar<sup>22</sup>.

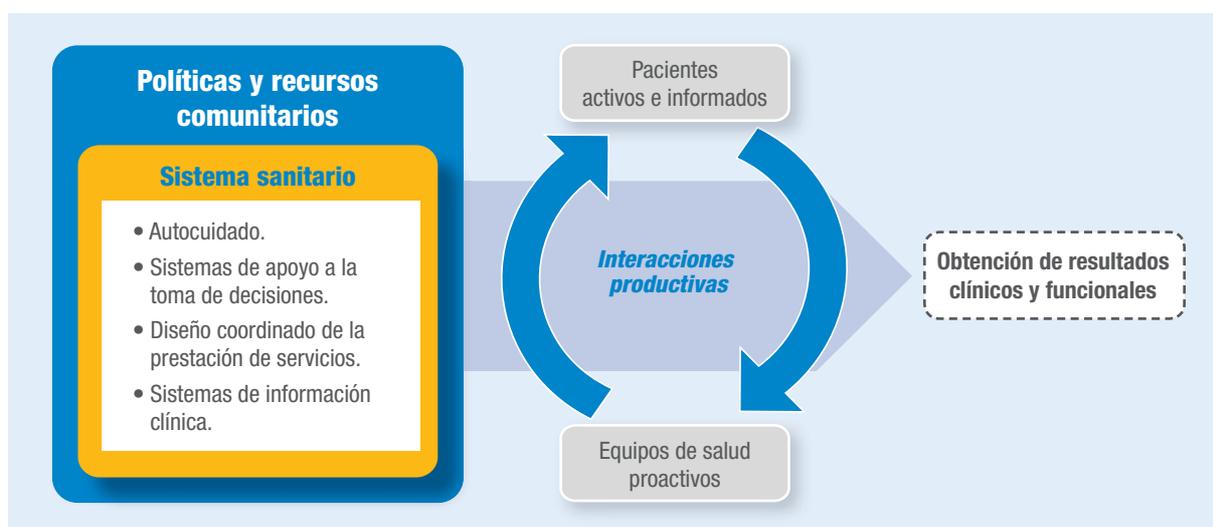
---

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).

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



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



Fuente: OMS, 2002.

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



### 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**<sup>23</sup>.

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.

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



*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 menor<sup>24</sup>.

**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.

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



### 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 geografía<sup>25</sup>.
- 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 CCM<sup>26</sup>. 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 Permanente<sup>27</sup> como del Chronic Care Model<sup>28</sup>, 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*<sup>29</sup> 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.

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



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

- 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 Sudáfrica<sup>32</sup> (basado en el ICCO) a iniciativas centradas en ámbitos específicos relativos a un determinado país (como es el caso de la población aborigen en Australia)<sup>33</sup>.

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<sup>34,35</sup>:

- 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**<sup>36</sup>.

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 ICCO 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. Boulton 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 ejemplo<sup>37</sup>:

- 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.

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



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 2011<sup>38</sup>, 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

---

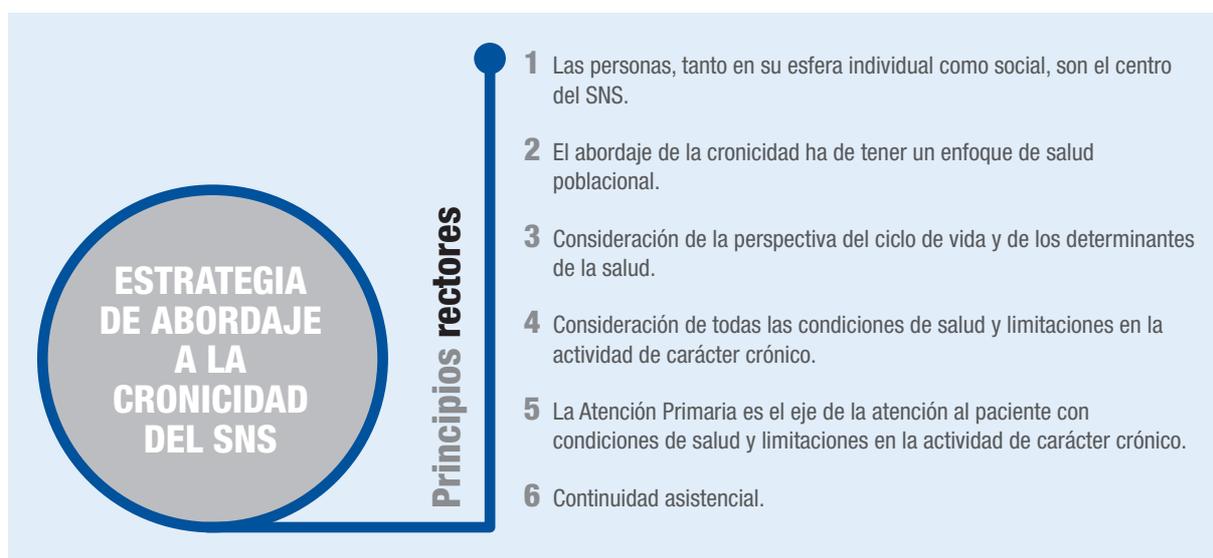
38. Ollero Baturone M, Orozco Beltrán D, Domingo Rico C, Román Sánchez P, López Soto A, Melguizo Jiménez M, et al. Declaración de Sevilla: Conferencia Nacional para la atención a pacientes con enfermedades crónicas. Rev Clin Esp 2011; 211 (11): 604-606.

## 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.

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



- 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 polimedificados.
- 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.

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



### 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



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

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 Vascul ar 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.

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



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-

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



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*<sup>39</sup>: 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

---

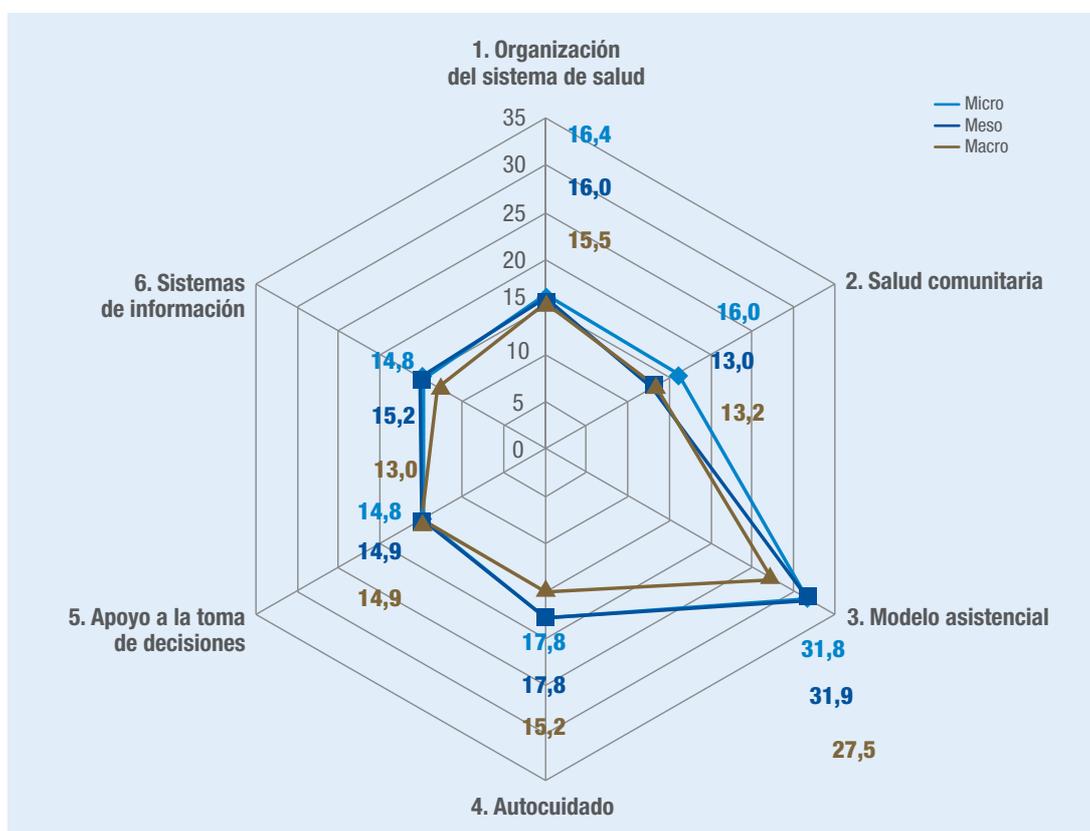
39. Como herramienta de análisis se utiliza el instrumento para la autoevaluación de organizaciones sanitarias y sociales en relación a su grado de implantación de modelos de gestión de la cronicidad (IEMAC 1.0).

## 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.

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



### 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).



#### 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.



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

- 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 incentiviación 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.

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



- 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 resolutiveidad 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, coresponsabilidad 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

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



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.