

# 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.

## Capítulo 3. **Modelo de atención y gestión de la cronicidad**



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).

Capítulo 3. **Modelo de atención y gestión de la cronicidad**

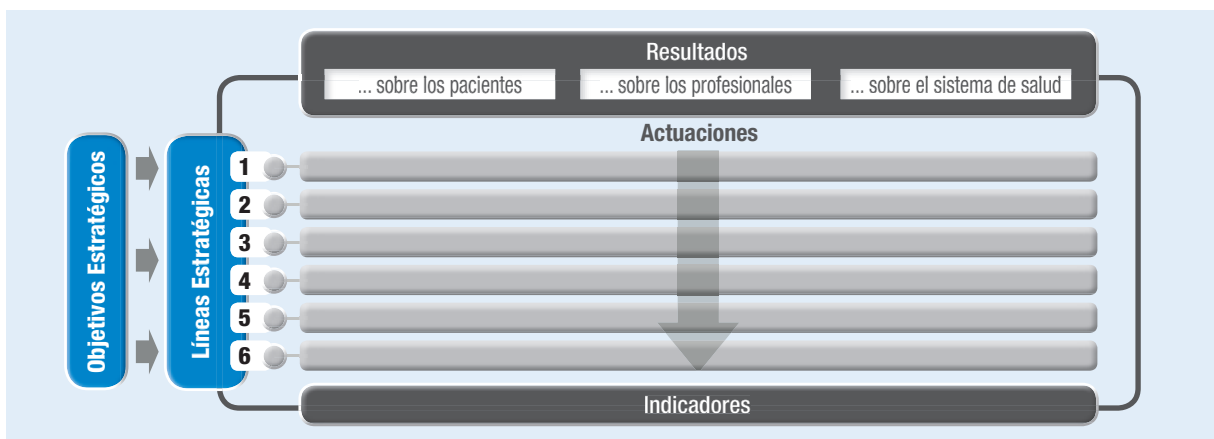


**Figura 36. Hoshin Kanri como modelo de gestión**



Fuente: Elaboración propia.

**Figura 37. Ejemplo de Mapa Estratégico**

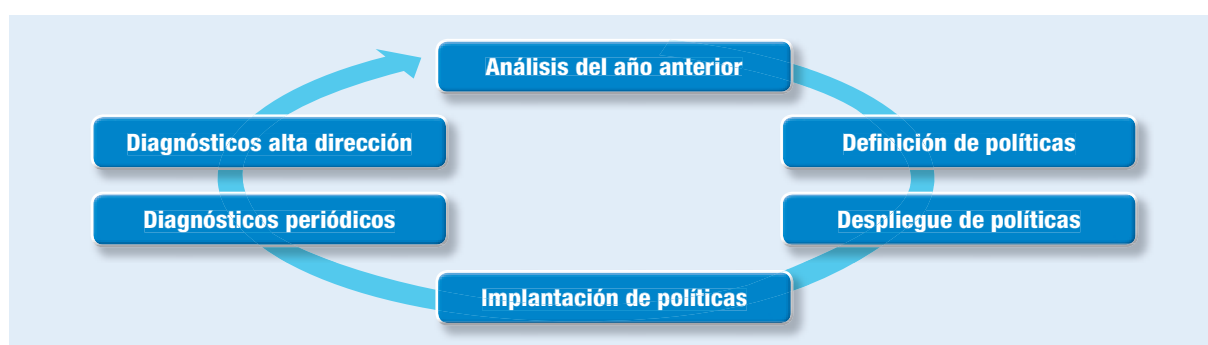


Fuente: Elaboración propia.

## Capítulo 3. Modelo de atención y gestión de la cronicidad



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.

### Capítulo 3. Modelo de atención y gestión de la cronicidad

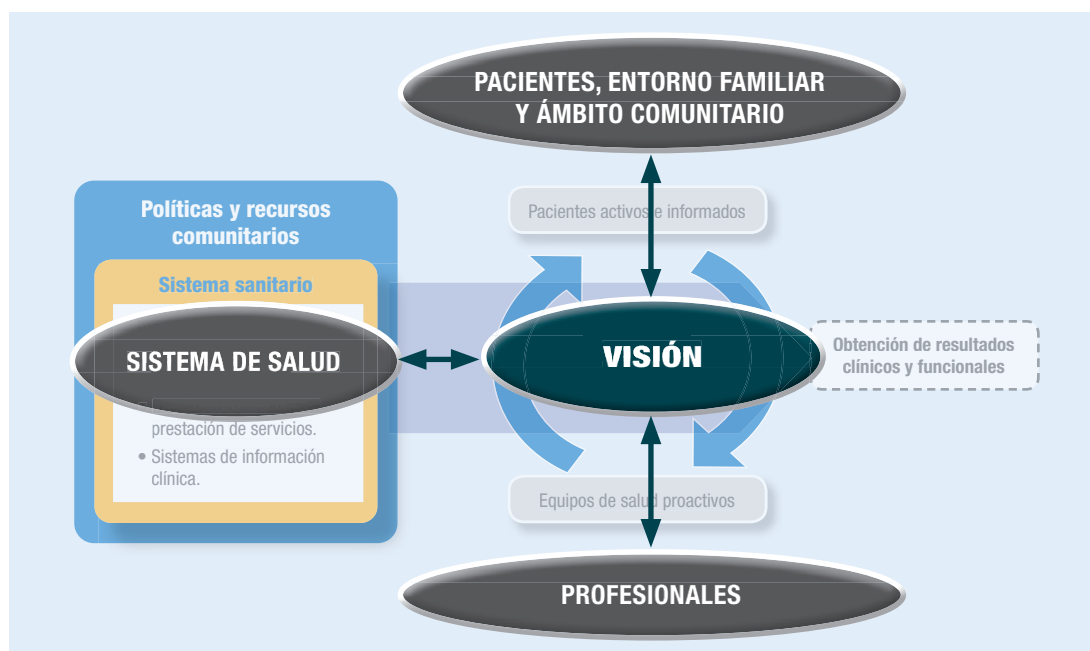


Con esta definición de Misión de la Estrategia se pretende abarcar a toda la población, no solamente a pacientes crónicos, enfatizando la importancia de la prevención de enfermedades crónicas, la atención personalizada de la población usuaria del Servicio Canario de la Salud, y la autonomía del paciente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

## Capítulo 3. **Modelo de atención y gestión de la cronicidad**



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.**

## Capítulo 3. **Modelo de atención y gestión de la cronicidad**



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).

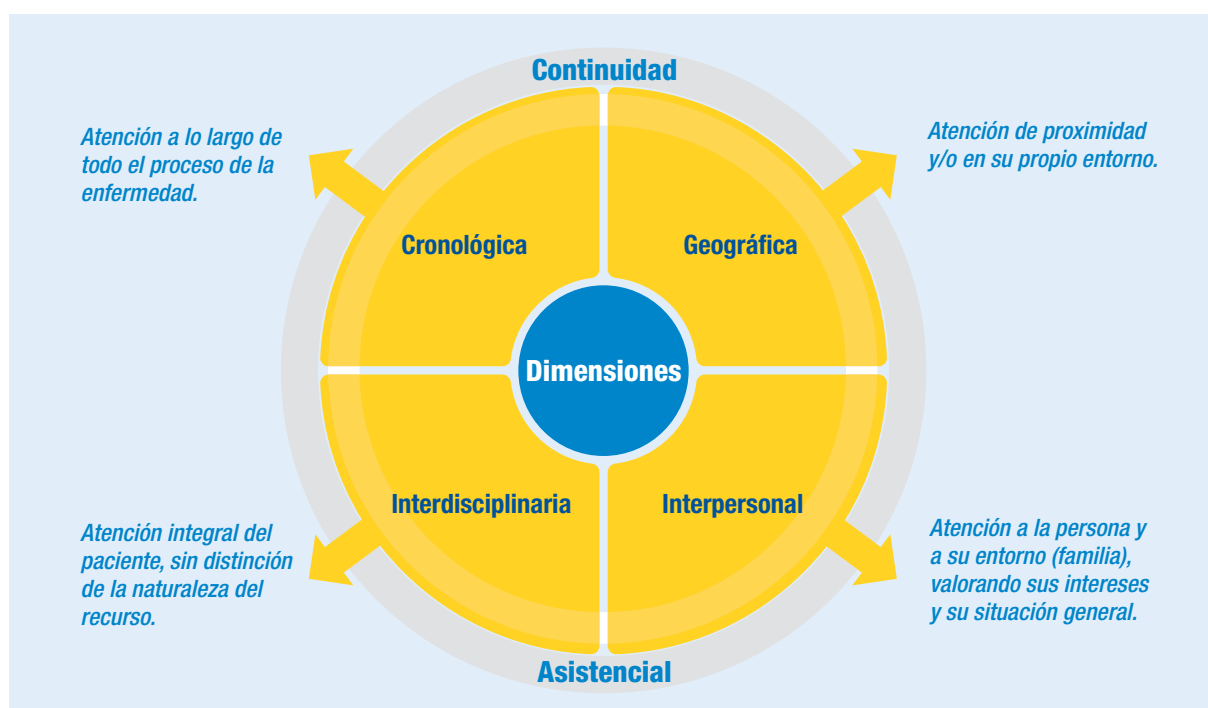
Para conseguir una verdadera continuidad es necesario rediseñar y transformar el modelo actual lo que conlleva múltiples implicaciones a considerar en relación a 3 ámbitos:

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

## Capítulo 3. **Modelo de atención y gestión de la cronicidad**



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.

## Capítulo 3. Modelo de atención y gestión de la cronicidad



- 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.

## Capítulo 3. Modelo de atención y gestión de la cronicidad



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 resolutivez, 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**



Fuente: Elaboración propia.

## Capítulo 3. **Modelo de atención y gestión de la cronicidad**



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

## Capítulo 3. **Modelo de atención y gestión de la cronicidad**



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**

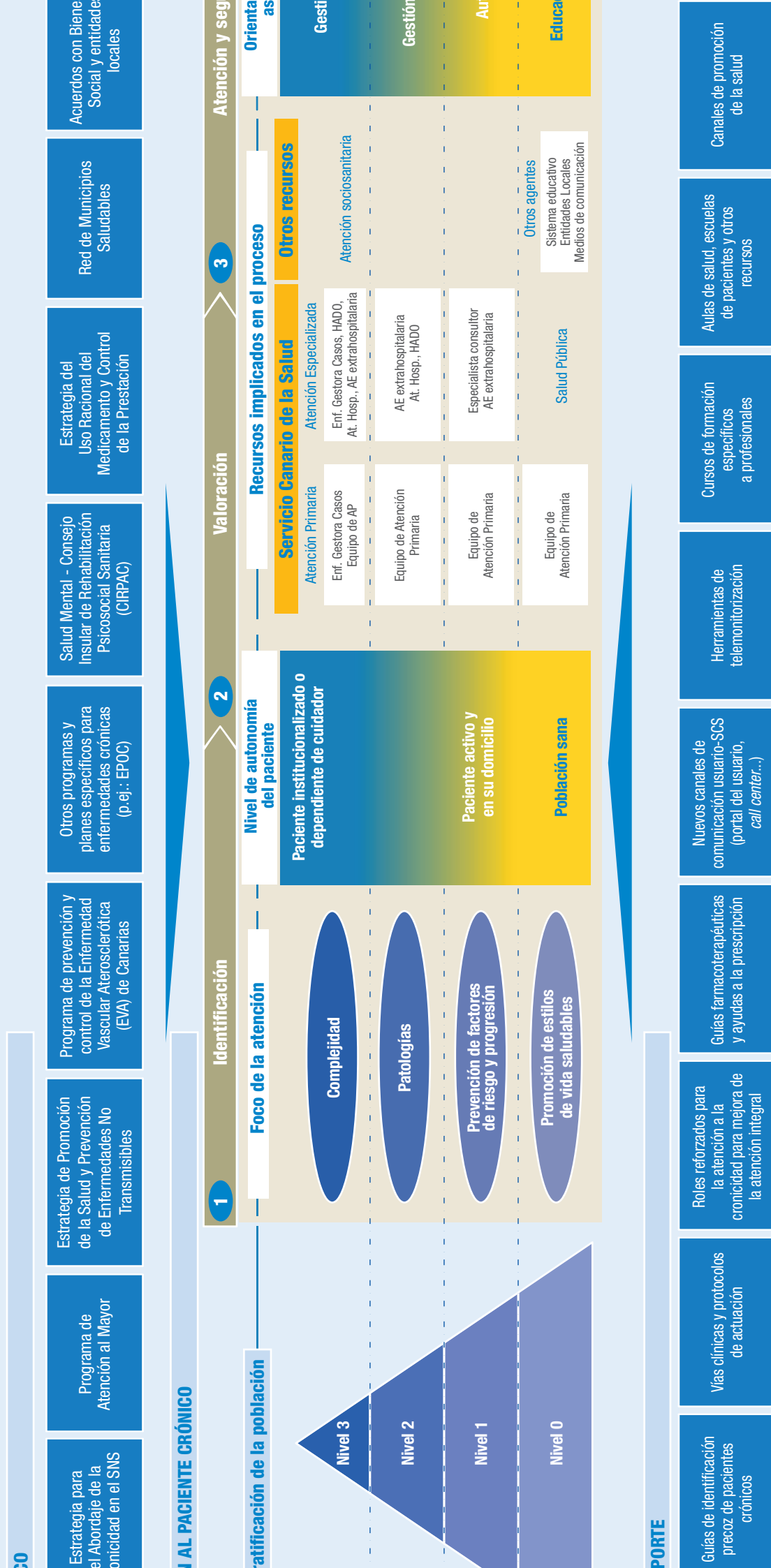
Este grupo de pacientes se constituye como aquel que requiere una **atención más personalizada y ajustada a sus necesidades**, incluyendo normalmente el uso de múltiples recursos del sistema de forma simultánea e integrando la gestión de los frecuentes episodios agudos derivados de la fragilidad del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



## Capítulo 3. **Modelo de atención y gestión de la cronicidad**



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  $\geq 2$ ) 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.



### Capítulo 3. **Modelo de atención y gestión de la cronicidad**



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 multidisciplinares 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, Geriatría, 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:

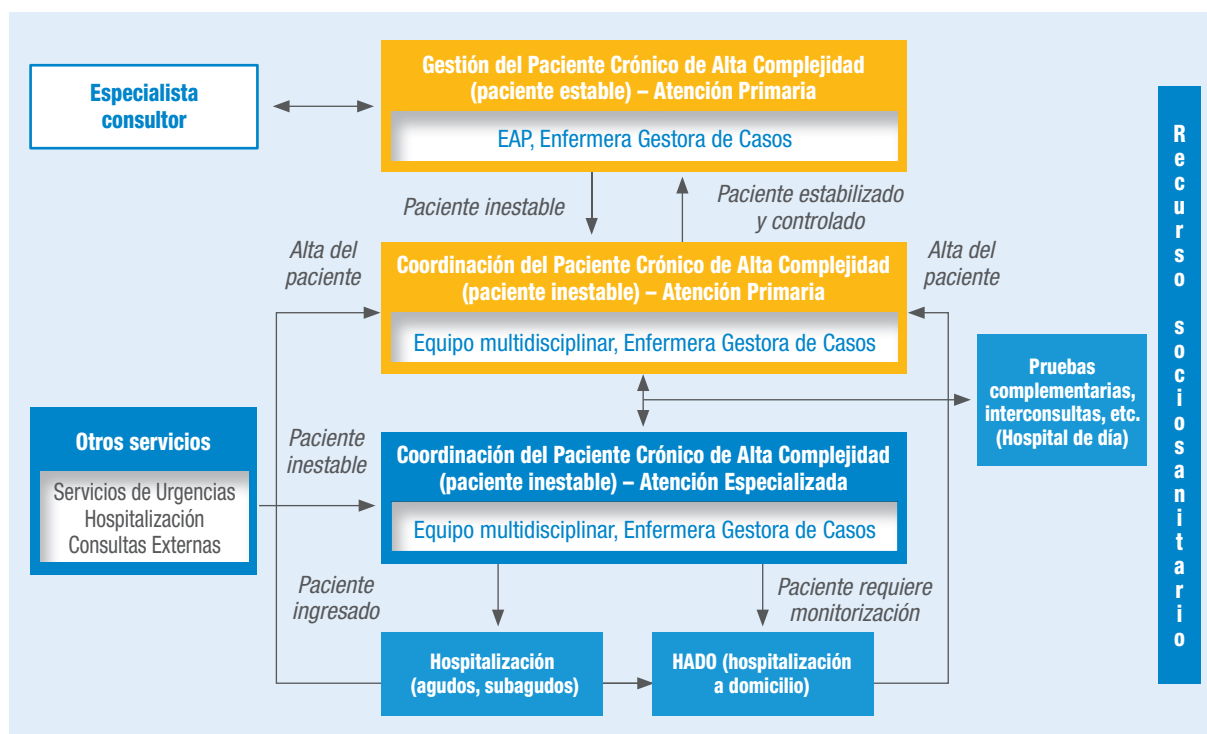
1. De forma general, la gestión de la atención de estos pacientes se ubica en la Atención Primaria, a cargo principalmente de la Enfermera Gestora de Casos Comunitaria, con el soporte directo de los recursos del Centro de Atención Primaria así como del especialista consultor y de los recursos sociosanitarios.
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).

### Capítulo 3. Modelo de atención y gestión de la cronicidad



– 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.

## Capítulo 3. **Modelo de atención y gestión de la cronicidad**



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 posibiliten 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 posibiliten 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

## Capítulo 3. Modelo de atención y gestión de la cronicidad



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

### Capítulo 3. Modelo de atención y gestión de la cronicidad



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.

## Capítulo 3. **Modelo de atención y gestión de la cronicidad**



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



## Capítulo 3. **Modelo de atención y gestión de la cronicidad**



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.

## Capítulo 3. **Modelo de atención y gestión de la cronicidad**



### **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-

## Capítulo 3. Modelo de atención y gestión de la cronicidad



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

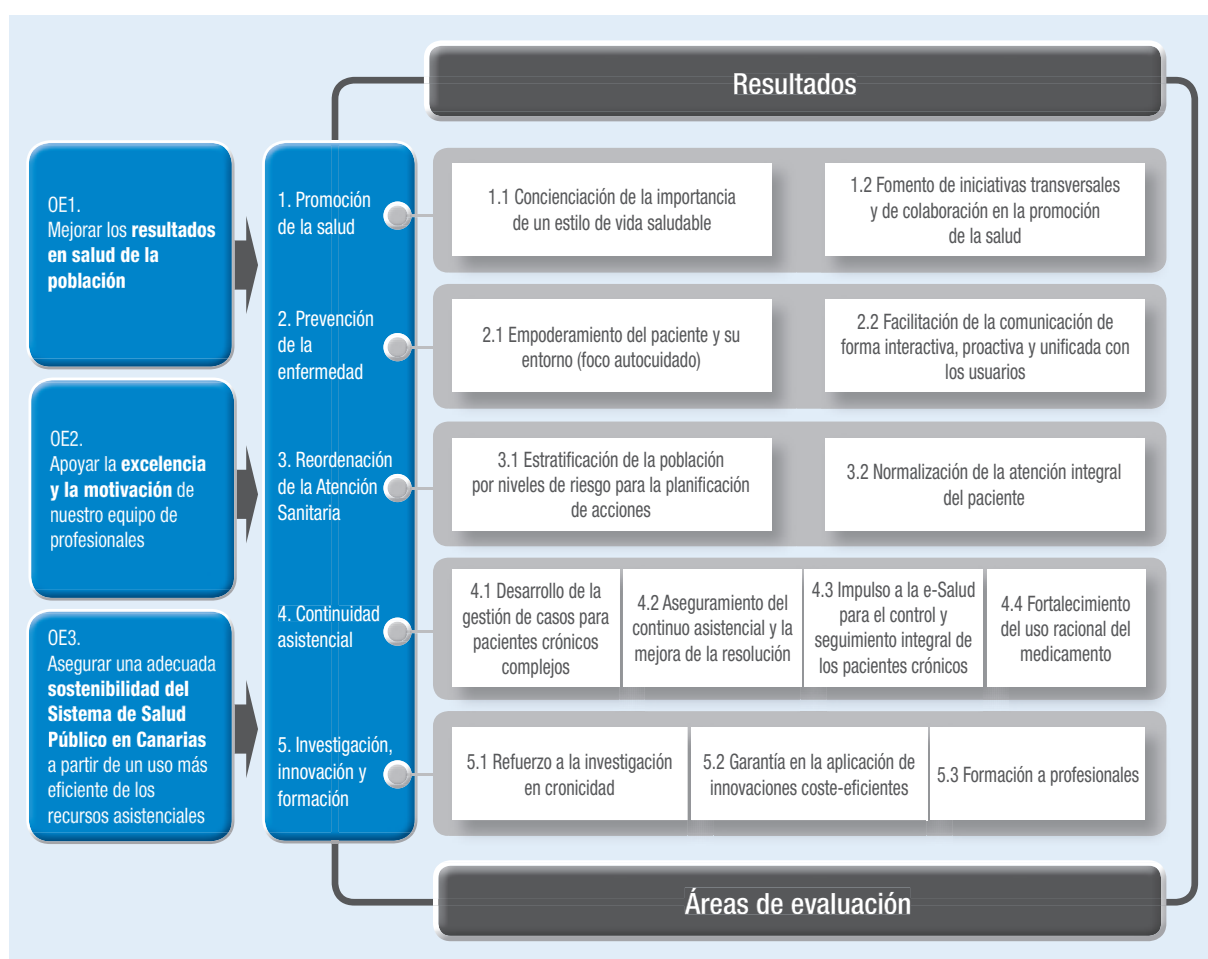
Las 5 Líneas Estratégicas (tal y como se ha comentado la de equidad está incluida en las otras 5) se desarrollan a partir de la concreción de un total de **13 proyectos**. Éstos a su vez se desagregan en **41 iniciativas o acciones** las cuales a partir de su despliegue contribuirán a aproximarse y consolidar 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).

Capítulo 3. **Modelo de atención y gestión de la cronicidad**



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

Continúa en página siguiente

## Capítulo 3. Modelo de atención y gestión de la cronicidad



Viene de página anterior

Líneas Estratégicas	Proyectos	Iniciativas
<b>4. Continuidad Asistencial</b>	<b>4.1 Desarrollo de la gestión de casos para pacientes crónicos complejos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>I. Definición e implantación de un proceso homogéneo de coordinación para pacientes crónicos complejos.</li> <li>II. Definición e impulso de roles asociados a la gestión del paciente crónico.</li> </ul>
	<b>4.2 Aseguramiento del continuo asistencial y la mejora de la resolución</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>I. Mejora de la resolutiveidad en AP.</li> <li>II. Desarrollo de los procesos de continuidad de cuidados y reordenación de tareas.</li> <li>III. Refuerzo de la coordinación y continuidad de cuidados con las HADO.</li> <li>IV. Impulso de la atención domiciliaria y de la coordinación y continuidad en este ámbito.</li> <li>V. Acceso a la historia de salud en función del ámbito asistencial.</li> <li>VI. Agilización de la transición del niño crónico a paciente adulto garantizando la continuidad asistencial.</li> </ul>
	<b>4.3 Impulso a la e-Salud para el control y seguimiento integral de los pacientes crónicos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>I. Desarrollo de la atención continuada 24x7 a través de <i>call center</i>.</li> <li>II. Potenciación de la realización de interconsultas virtuales.</li> <li>III. Despliegue de sistemas de telemonitorización y alertas a domicilio para los pacientes crónicos complejos.</li> <li>IV. Impulso del uso de los servicios de telemedicina.</li> </ul>
	<b>4.4 Fortalecimiento del uso racional del medicamento</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>I. Impulso de guías farmacoterapéuticas ya existentes para la población de interés.</li> <li>II. Mejora de la adecuación terapéutica con especial atención a los pacientes crónicos y polimedicados.</li> <li>III. Potenciación de la receta electrónica a las necesidades específicas de atención a la cronicidad.</li> <li>IV. Fomento de la mejora de la adherencia en pacientes crónicos.</li> <li>V. Desarrollo y potenciación de canales de comunicación entre profesionales farmacéuticos.</li> </ul>
<b>5. Investigación, innovación y formación</b>	<b>5.1 Refuerzo a la investigación en cronicidad</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>I. Apoyo en la búsqueda, solicitud y gestión de fondos de I+D en cronicidad.</li> <li>II. Impulso en Canarias de la investigación en red para la cronicidad.</li> <li>III. Monitorización y evaluación de los resultados en salud.</li> </ul>
	<b>5.2 Garantía en la aplicación de innovaciones coste-eficientes</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>I. Descripción de modelo de evaluación para la incorporación de la innovación en cronicidad.</li> <li>II. Creación de plataforma de difusión de buenas prácticas en innovación.</li> </ul>
	<b>5.3 Formación a profesionales</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>I. Formación a profesionales de AP y AE en el manejo del paciente crónico.</li> </ul>

Fuente: Elaboración propia.

## Capítulo 3. Modelo de atención y gestión de la cronicidad



<b>Línea estratégica</b>	<b>1. PROMOCIÓN DE LA SALUD</b>
<b>Proyecto</b>	
<b>1.1. Concienciación de la importancia de un estilo de vida saludable.</b>	
<b>Objetivos del proyecto</b>	
<ul style="list-style-type: none"><li>• 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.</li><li>• Promover en la sociedad la asunción de hábitos que disminuyan el impacto de los factores de riesgo para la aparición de enfermedades crónicas.</li></ul>	
<b>Descripción de las iniciativas</b>	
<p><b>I. Impulso a la promoción de estilos de vida saludables entre la población</b>, mediante el fomento de la adopción de hábitos que prevengan la aparición de enfermedades crónicas. Entre otros aspectos, se impulsará:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• La realización de ejercicio adecuado a la condición física personal.</li><li>• La adopción de una dieta equilibrada.</li><li>• Evitar el consumo del tabaco.</li><li>• El control del consumo de alcohol.</li><li>• El control del estrés personal y el aseguramiento del descanso diario.</li></ul> <p>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.</p>	
<p><b>II. Fomento de las herramientas que permitan monitorizar y evaluar la evolución de la incidencia de los factores de riesgo</b> 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.</p>	
<p><b>III. Potenciación de los canales de difusión de contenidos de promoción de la salud</b>, 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:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Revisión de la información existente en los canales actuales.</li><li>• Selección, homogeneización y adaptación de la información para su difusión a través de los canales disponibles.</li><li>• En su caso, reordenación de los canales disponibles y/o creación de nuevas plataformas de comunicación.</li><li>• Establecimiento de mecanismos de actualización periódica de contenidos.</li><li>• Seguimiento y control de la difusión de los contenidos.</li></ul>	

## Capítulo 3. Modelo de atención y gestión de la cronicidad



<b>Línea estratégica</b>	<b>1. PROMOCIÓN DE LA SALUD</b>
<b>Proyecto</b>	
<b>1.2. Fomento de iniciativas transversales y de colaboración en la promoción de la salud</b>	
<b>Objetivos del proyecto</b>	
<ul style="list-style-type: none"><li>• Promover la puesta en marcha de actuaciones orientadas a grupos de población específicos, adaptadas a su vida cotidiana, que promuevan hábitos de vida saludable.</li><li>• 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.</li></ul>	
<b>Descripción de las iniciativas</b>	
<p><b>I. Fomento de la promoción de la salud en la escuela</b>, 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:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Alimentación y actividad física saludable.</li><li>• Drogodependencia y otras conductas adictivas.</li><li>• Salud emocional, afectiva y sexual.</li></ul>	
<p><b>II. Impulso de la Red de Municipios Saludables</b>, como iniciativa de colaboración con las entidades locales para la promoción y protección de la salud en el marco del proyecto “<i>Healthy Cities</i>” de la OMS. Esta iniciativa, ya existente, permite entre otros aspectos:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Compartición de información entre municipios en materia de promoción de salud.</li><li>• Intercambio de experiencias y promoción de acciones y colaboraciones entre municipios para abordar nuevas iniciativas en salud.</li><li>• Establecimiento de criterios de evaluación e indicadores que permitan evaluar las actuaciones de la promoción y protección de la salud.</li></ul> <p>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.</p>	
<p><b>III. Fomento del envejecimiento activo de forma coordinada con los agentes sociales</b>, 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:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• 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.</li><li>• Impulsar entre la tercera edad la creación de grupos de práctica de actividad deportiva.</li><li>• Potenciar la realización de actividades intergeneracionales (jóvenes y tercera edad).</li></ul>	
<p><b>IV. Inclusión de redes de farmacias como agentes de promoción</b> 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.</p>	



## Capítulo 3. Modelo de atención y gestión de la cronicidad



<b>Línea estratégica</b>	<b>2. PREVENCIÓN DE LA ENFERMEDAD</b>
<b>Proyecto</b>	
<b>2.1. Empoderamiento del paciente y su entorno (foco autocuidado)</b>	
<b>Objetivos del proyecto</b>	
<ul style="list-style-type: none"><li>• 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.</li><li>• 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.</li></ul>	
<b>Descripción de las iniciativas</b>	
<p><b>I. Concienciación de la importancia del paciente empoderado</b> 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.</p> <p><b>II. Creación de escuelas de pacientes para el fomento del “paciente activo”</b>, fomentando la autogestión de los pacientes crónicos a través de la formación en ámbitos como:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Formación práctica en autocuidados asociados a la propia patología: tratamiento y uso responsable de medicamentos, identificación temprana de complicaciones, etc.</li><li>• Impacto y gestión de actividades de la vida diaria que puedan verse afectadas por la patología.</li><li>• Motivación y control emocional.</li><li>• Incorporación de hábitos para la prevención del deterioro funcional y cognitivo asociado a la patología correspondiente.</li></ul> <p>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.</p> <p><b>III. Desarrollo de la capacitación del cuidador</b>, facilitando su formación y capacidad de apoyo y motivación al paciente en relación a, entre otros aspectos:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• El curso previsto y evolución de la enfermedad del paciente.</li><li>• Las acciones de atención y el soporte a los autocuidados: medicación, tratamientos, prevención de factores de riesgo, etc.</li><li>• Detección precoz de signos de empeoramiento y forma de actuación.</li><li>• La gestión emocional propia y del paciente a lo largo del curso de la patología.</li></ul> <p>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.</p>	

## Capítulo 3. Modelo de atención y gestión de la cronicidad



<b>Línea estratégica</b>	<b>2. PREVENCIÓN DE LA ENFERMEDAD</b>
<b>Proyecto</b>	
<b>2.2. Facilitación de la comunicación de forma interactiva, proactiva y unificada con los usuarios</b>	
<b>Objetivos del proyecto</b>	
<ul style="list-style-type: none"><li>• 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.</li><li>• 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.</li></ul>	
<b>Descripción de las iniciativas</b>	
<p><b>I. Generación de un espacio virtual para el usuario adaptado a las necesidades de los crónicos para el acceso a servicios de valor añadido</b>, facilitando herramientas en autogestión desde una visión integral de la enfermedad al paciente, como son por ejemplo:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Acceso la Historia Clínica Electrónica (HCE) y cita previa.</li><li>• Documentación y herramientas de apoyo a crónicos y cuidadores (p.ej.: guías prácticas sobre las patologías).</li><li>• Canales de comunicación y consulta con profesionales y figuras de referencia.</li><li>• Espacios de discusión y encuentro con pacientes.</li><li>• Preguntas frecuentes.</li></ul>	
<p><b>II. Soporte y atención al cuidador.</b></p>	
<p><b>III. Facilitación e impulso de foros de difusión, participación y comunicación <i>online</i></b>, 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 <i>community managers</i> que puedan aportar sus propias experiencias y convertirse en referentes en su ámbito de conocimiento.</p>	
<p><b>IV. Puesta en marcha de nuevos canales de mensajería profesional-paciente</b> 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).</p>	

## Capítulo 3. Modelo de atención y gestión de la cronicidad



<b>Línea estratégica</b>	<b>3. REORDENACIÓN DE LA ATENCIÓN SANITARIA</b>
<b>Proyecto</b>	
<b>3.1. Estratificación de la población por niveles de riesgo para la planificación de acciones</b>	
<b>Objetivos del proyecto</b>	
<ul style="list-style-type: none"><li>• 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.</li><li>• 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.</li></ul>	
<b>Descripción de las iniciativas</b>	
<p><b>I. Estratificación para la definición de la población diana</b>, 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:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Definición de los niveles de riesgo en la población de Canarias, de acuerdo al modelo piramidal de Kaiser Permanente:<ul style="list-style-type: none"><li>– Nivel 0. Población general.</li><li>– Nivel 1. Pacientes crónicos estables, con alta capacidad de autogestión y necesidad de apoyo puntual de profesionales.</li><li>– Nivel 2. Pacientes crónicos de alto riesgo, que requieren de apoyo profesional recurrente para la gestión de la enfermedad.</li><li>– Nivel 3. Pacientes crónicos de alta complejidad, cuya atención requiere un enfoque altamente personalizado y multidisciplinar.</li></ul></li><li>• Cuantificación y asignación del volumen de población que engloba cada nivel.</li><li>• Planificación y determinación de actuaciones orientadas a cada estrato, de acuerdo a sus características y necesidades de atención.</li></ul> <p>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.</p> <p><b>II. Definición de criterios de segmentación y apoyo al profesional en la identificación precoz del paciente crónico</b>, 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:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Epidemiología.</li><li>• Historia natural y pronóstico.</li><li>• Tratamiento.</li><li>• Seguimiento.</li></ul>	

## Capítulo 3. Modelo de atención y gestión de la cronicidad



<b>Línea estratégica</b>	<b>3. REORDENACIÓN DE LA ATENCIÓN SANITARIA</b>
<b>Proyecto</b>	
<b>3.2. Normalización de la atención integral del paciente</b>	
<b>Objetivos del proyecto</b>	
<ul style="list-style-type: none"><li>• 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.</li><li>• 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.</li></ul>	
<b>Descripción de las iniciativas</b>	
<b>I. Diseño de un proceso asistencial integrado homogéneo</b> , en función de los niveles de riesgo identificados y de acuerdo a las siguientes fases: <ul style="list-style-type: none"><li>• Incorporación del paciente por decisión clínica en base a su nivel de riesgo asociado a la cronicidad.</li><li>• Valoración integral de la persona, que contemple las dimensiones funcional, psicoafectiva, clínica (incluido el tratamiento farmacológico) y socio-familiar.</li><li>• 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.</li><li>• 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.</li></ul>	
<b>II. Desarrollo de guías y protocolos consensuados entre AP y AE</b> , 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: <ul style="list-style-type: none"><li>• Su nivel de riesgo general, que dictará el tipo y grado de personalización de la atención requerida por el paciente.</li><li>• Las patologías existentes y su grado de desarrollo actual.</li><li>• La existencia de factores de riesgo existentes (asociados a dichas patologías o no).</li><li>• El nivel de capacitación para el autocuidado del paciente.</li><li>• El grado de utilización y acceso a las nuevas tecnologías.</li><li>• Etc.</li></ul> <p>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.</p>	

## Capítulo 3. Modelo de atención y gestión de la cronicidad



<b>Línea estratégica</b>	<b>4. CONTINUIDAD ASISTENCIAL</b>
<b>Proyecto</b>	
<b>4.1. Desarrollo de la gestión de casos para pacientes crónicos complejos</b>	
<b>Objetivos del proyecto</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• 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.</li> <li>• 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 movilizandolos recursos necesarios en cada momento, facilitando la intervención de los diferentes profesionales y servicios, para el logro de los mejores resultados.</li> </ul>	
<b>Descripción de las iniciativas</b>	
<p><b>I. Definición e implantación de un proceso homogéneo de coordinación para pacientes crónicos complejos</b>, 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"> <li>• Necesidades específicas de diagnóstico del paciente crónico complejo.</li> <li>• Presencia de factores de riesgo y necesidad de cambio de hábitos.</li> <li>• 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.</li> <li>• Nivel de capacitación del cuidador, en su caso.</li> <li>• Implicación de diversos agentes en la atención del paciente crónico para atender a las diferentes dimensiones de la cronicidad (sanitaria, social, emocional, etc.).</li> <li>• Necesidad de un seguimiento periódico y continuo.</li> <li>• 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.</li> </ul> <p><b>II. Definición e impulso de roles asociados a la gestión del paciente crónico</b>, 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"> <li>• AP: Médico de Familia, Enfermera de AP, Enfermera Gestora de Casos, Pediatría, Administración y Trabajo Social, con el soporte del Farmacéutico de AP.</li> <li>• 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.</li> </ul>	

## Capítulo 3. Modelo de atención y gestión de la cronicidad



<b>Línea estratégica</b>	<b>4. CONTINUIDAD ASISTENCIAL</b>
<b>Proyecto</b>	
<b>4.2. Aseguramiento del continuo asistencial y la mejora de la resolución (1/2)</b>	
<b>Objetivos del proyecto</b>	
<ul style="list-style-type: none"><li>• 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.</li><li>• 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.</li><li>• Fortalecer la coordinación tanto en los centros asistenciales como en la atención a domicilio y otros recursos incorporando nuevas competencias, roles profesionales, y herramientas.</li></ul>	
<b>Descripción de las iniciativas</b>	
<p><b>I. Mejora de la resolutivez en AP</b>, 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.</p> <p>Entre otras medidas a este respecto, cabría destacar la implantación de:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• CPDAP.</li><li>• Especialista consultor.</li><li>• Consulta telefónica.</li></ul> <p><b>II. Desarrollo de los procesos de continuidad de cuidados y reordenación de tareas</b> que posibiliten la continuidad asistencial deseada, con la coordinación de los múltiples agentes implicados. Para ello se llevarán a cabo las siguientes actuaciones:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• 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.</li><li>• 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.</li><li>• Incorporar nuevas figuras de coordinación y de trabajo colaborativo que faciliten la continuidad.</li><li>• Formar al personal implicado, comunicar a la red asistencial (incluyendo los agentes no sanitarios, como los servicios sociales) y desplegar.</li><li>• Realizar el seguimiento y evaluación del proceso y de los mecanismos de coordinación.</li></ul>	

## Capítulo 3. Modelo de atención y gestión de la cronicidad



<b>Línea estratégica</b>	<b>4. CONTINUIDAD ASISTENCIAL</b>
<b>Proyecto</b>	
<b>4.2. Aseguramiento del continuo asistencial y la mejora de la resolución (2/2)</b>	
<b>Objetivos del proyecto</b>	
<ul style="list-style-type: none"><li>• 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.</li><li>• 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.</li><li>• Fortalecer la coordinación tanto en los centros asistenciales como en la atención a domicilio y otros recursos incorporando nuevas competencias, roles profesionales, y herramientas.</li></ul>	
<b>Descripción de las iniciativas (cont.)</b>	
<p><b>III. Refuerzo de la coordinación y continuidad de cuidados con las HADO (unidades de hospitalización a domicilio)</b>, 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.</p> <p><b>IV. Impulso de la atención domiciliaria y de la coordinación y continuidad en este ámbito</b>, 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.</p> <p><b>V. Acceso a la historia de salud en función del ámbito asistencial</b> 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.</p> <p><b>VI. Agilización de la transición del niño crónico a paciente adulto garantizando la continuidad asistencial</b>, 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.</p>	

## Capítulo 3. Modelo de atención y gestión de la cronicidad



Línea estratégica	4. CONTINUIDAD ASISTENCIAL
<b>Proyecto</b>	
<b>4.3. Impulso a la e-Salud para el control y seguimiento integral de los pacientes crónicos</b>	
<b>Objetivos del proyecto</b>	
<ul style="list-style-type: none"><li>• Desarrollar y consolidar la continuidad asistencial mediante el empleo de nuevas tecnologías que faciliten la atención integral al paciente crónico: diagnóstico, atención y seguimiento.</li><li>• 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.</li></ul>	
<b>Descripción de las iniciativas</b>	
<p><b>I. Desarrollo de la atención continuada 24x7 a través de <i>call center</i></b>, 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.</p> <p>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 <i>call center</i> 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.</p> <p><b>II. Potenciación de la realización de interconsultas virtuales.</b> 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.</p> <p><b>III. Despliegue de sistemas de telemonitorización y alertas a domicilio para los pacientes crónicos complejos</b>, 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.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p><b>IV. Impulso del uso de los servicios de telemedicina</b> 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.</p> <p>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.</p>	



## Capítulo 3. Modelo de atención y gestión de la cronicidad



<b>Línea estratégica</b>	<b>4. CONTINUIDAD ASISTENCIAL</b>
<b>Proyecto</b>	
<b>4.4. Fortalecimiento del uso racional del medicamento (1/2)</b>	
<b>Objetivos del proyecto</b>	
<ul style="list-style-type: none"><li>• 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.</li><li>• 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.</li></ul>	
<b>Descripción de las iniciativas</b>	
<p><b>I. Impulso de guías farmacoterapéuticas ya existentes para la población de interés</b> 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.</p> <p>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.</p> <p><b>II. Mejora de la adecuación terapéutica con especial atención a los pacientes crónicos y polimedicados</b>, enfocada a lograr un uso seguro y eficiente de los medicamentos ajustado a las necesidades del paciente.</p> <p>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.</p> <p><b>III. Potenciación de la receta electrónica a las necesidades específicas de atención a la cronicidad.</b> 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.</p>	

## Capítulo 3. Modelo de atención y gestión de la cronicidad



<b>Línea estratégica</b>	<b>4. CONTINUIDAD ASISTENCIAL</b>
<b>Proyecto</b>	
<b>4.4. Fortalecimiento del uso racional del medicamento (2/2)</b>	
<b>Objetivos del proyecto</b>	
<ul style="list-style-type: none"><li>• 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.</li><li>• 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.</li></ul>	
<b>Descripción de las iniciativas (cont.)</b>	
<p><b>IV. Fomento de la mejora de la adherencia en pacientes crónicos</b>, a través de la realización de las siguientes actuaciones:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Formación específica del paciente y cuidador en relación a la correcta administración de los fármacos.</li><li>• Involucración y motivación al paciente para lograr la máxima adherencia al tratamiento, tanto en aquellos no adherentes como sobre el adherente, minimizando el incumplimiento.</li><li>• 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.</li></ul> <p><b>V. Desarrollo y potenciación de canales de comunicación entre profesionales farmacéuticos</b>, 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.</p>	

## Capítulo 3. Modelo de atención y gestión de la cronicidad



<b>Línea estratégica</b>	<b>5. INVESTIGACIÓN, INNOVACIÓN Y FORMACIÓN</b>
<b>Proyecto</b>	
<b>5.1. Refuerzo a la investigación en cronicidad</b>	
<b>Objetivos del proyecto</b>	
<ul style="list-style-type: none"><li>• 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.</li><li>• 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.</li></ul>	
<b>Descripción de las iniciativas</b>	
<p><b>I. Apoyo en la búsqueda, solicitud y gestión de fondos de I+D en cronicidad</b>, 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:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Identificación de convocatorias públicas regionales, nacionales e internacionales, en colaboración con la Agencia Canaria de Investigación, Innovación y Sociedad de la Información (ACIISI) 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.).</li><li>• 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.</li><li>• Establecimiento de canales de comunicación y difusión de las convocatorias y oportunidades entre la red asistencial e investigadora de Canarias.</li><li>• 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.</li><li>• Soporte a la presentación de proyectos, gestión y justificación del uso de fondos de convocatorias de ayudas públicas y privadas.</li></ul> <p><b>II. Impulso en Canarias de la investigación en red para la cronicidad</b>, fomentando la cooperación entre centros de investigación tanto públicos como privados, el intercambio de experiencias y la adopción de buenas prácticas.</p> <p>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.</p> <p><b>III. Monitorización y evaluación de los resultados en salud</b>, 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.</p> <p>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.</p>	

## Capítulo 3. Modelo de atención y gestión de la cronicidad



<b>Línea estratégica</b>	<b>5. INVESTIGACIÓN, INNOVACIÓN Y FORMACIÓN</b>
<b>Proyecto</b>	
<b>5.2. Garantía en la aplicación de innovaciones coste-eficientes</b>	
<b>Objetivos del proyecto</b>	
<ul style="list-style-type: none"><li>• 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.</li><li>• 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.</li></ul>	
<b>Descripción de las iniciativas</b>	
<p><b>I. Descripción de modelo de evaluación para la incorporación de la innovación en cronicidad</b>, 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.).</p> <p>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.</p> <p><b>II. Creación de plataforma de difusión de buenas prácticas en innovación</b>, 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.</p>	

## Capítulo 3. Modelo de atención y gestión de la cronicidad



<b>Línea estratégica</b>	<b>5. INVESTIGACIÓN, INNOVACIÓN Y FORMACIÓN</b>
<b>Proyecto</b>	
<b>5.3. Formación a profesionales</b>	
<b>Objetivos del proyecto</b>	
<ul style="list-style-type: none"><li>• Capacitar y dotar de herramientas, capacidades y conocimientos a los profesionales para adaptarse al nuevo paradigma de atención a la cronicidad.</li><li>• Facilitar su evolución y formación continua en el ámbito del abordaje de la cronicidad en sus diferentes dimensiones apoyándose en líderes internos.</li><li>• Apoyar a los profesionales en el desarrollo de las nuevas competencias y roles que surgen derivadas del nuevo proceso de atención al paciente crónico.</li></ul>	
<b>Descripción de las iniciativas</b>	
<p><b>I. Formación a profesionales de AP y AE en el manejo del paciente crónico</b>, 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.</p> <p>En este sentido, se formará tanto el equipo directivo como los profesionales sanitarios de ambos niveles asistenciales.</p> <p>Se plantean, sin ser exhaustivos, los siguientes temas a desarrollar a nivel de formación:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• El nuevo proceso de atención a la cronicidad.</li><li>• La aparición de los nuevos perfiles de atención al paciente crónico.</li><li>• La continuidad asistencial: mecanismos específicos de coordinación con otros agentes y participación en el proceso.</li><li>• Claves para una gestión eficiente de los recursos.</li><li>• Uso de herramientas de diagnóstico y principales factores de riesgo.</li><li>• La importancia del empoderamiento del paciente y su aplicación práctica.</li><li>• El rol del cuidador y su importancia en el mantenimiento del paciente crónico.</li><li>• Nuevas herramientas de comunicación para el seguimiento y gestión del paciente crónico.</li><li>• La gestión del paciente crónico de alta complejidad: la atención individualizada.</li></ul>	