

**Anexos**

**CRONICIDAD**



## Anexo **A**

### Siglas y abreviaturas

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

## Anexo A

### Siglas y abreviaturas



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

## Anexo A

### Siglas y abreviaturas



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



## Anexo B

### Referencias bibliográficas

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



## Anexo B

### Referencias bibliográficas

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



## Anexo B

### Referencias bibliográficas

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



## Anexo B

### Referencias bibliográficas

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





## Anexo B

### Referencias bibliográficas

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

## Anexo B

### Referencias bibliográficas



- Instituto Nacional de Estadística. Proyecciones de población a corto plazo. Madrid: INE, 2013 (acceso diciembre de 2014). Disponible en: <http://www.ine.es/jaxi/menu.do?type=pcaxis&path=%2Ft20%2Fp269&file=inebase&L=0>.
- Jakubowski E, Saltman R, editors. The Changing National Role in Health System Governance. A case-based study of 11 European countries and Australia. Copenhagen: European Observatory on Health Systems and Policies, 2013.
- Jonson M, et al. Interrelaciones NANDA, NIC, NOC. 2ª ed. España: Elsevier Mosby, 2007.
- Junta de Andalucía. Consejería de Salud. Desarrollo Competencial en el Modelo de Gestión de Casos del SSPA. Estrategia de Cuidados de Andalucía. Marzo de 2013.
- Junta de Andalucía. Consejería de Salud. Modelo de Gestión de Casos del SSPA. Dirección General de Calidad, Investigación y Gestión del Conocimiento. Estrategia de Cuidados de Andalucía. Marzo de 2013.
- Junta de Andalucía. Consejería de Sanidad. Plan Andaluz de Atención Integrada a Pacientes con Enfermedades Crónicas 2012/2016. Sevilla: Consejería de Salud, 2012.
- Junta de Castilla y León. Gerencia Regional de Salud. Estrategia de Atención al Paciente Crónico en Castilla y León. Valladolid: Junta de Castilla y León. Consejería de Sanidad, Gerencia Regional de Salud de Castilla y León, 2013.
- Ley de Ordenación Sanitaria de Canarias. Capítulo IV sección 1ª, artículo 62 de la Ley 11/1994, de 26 de julio. Canarias. BOC, 96, de 6.8.1994.
- Libro de Comunicaciones del V Congreso Nacional de Atención Sanitaria al Paciente Crónico. CCIB. Barcelona. Abril de 2013.
- Martín Lesende I, JJ BC, Gorroñoigoitia Iturbe A, Abizanda Soler P, Gómez, Gómez Pavón J. Detección y manejo de la fragilidad en Atención Primaria; actualización. *Aten Primaria* 2010; 42 (7): 388-393.
- Martín Lesende I, Gorroñoigoitia Iturbe A, Gómez Pavón J, Baztán Cortés JJ, Abizanda Soler P. El anciano frágil. Detección y tratamiento en Atención Primaria. *Aten Primaria* 2010; 42 (7): 388-393.
- Martín Zurro A, Jodar Solà, G. Atención primaria de salud y atención familiar y comunitaria. Elsevier 2011.
- Martín Zurro A. Atención Primaria. Conceptos, organización y práctica clínica. 6ª ed. Barcelona: Elsevier, 2008.



## Anexo B

### Referencias bibliográficas

- Ministerio de Sanidad y Política Social. Unidad de Pacientes Pluripatológicos: Estándares y Recomendaciones. Madrid: Ministerio De Sanidad y Política Social. Centro de Publicaciones, 2009.
- Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Libro Blanco de la Coordinación Sociosanitaria en España. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, 2011.
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad en el Sistema Nacional de Salud. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Centro de Publicaciones, 2012.
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Los sistemas sanitarios en los países de la UE: Características e indicadores de salud en el siglo XXI. Madrid, 2013. Disponible en: [https://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/docs/Sist\\_san.UE.XXI.pdf](https://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/docs/Sist_san.UE.XXI.pdf).
- Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO). Atención a las personas en situación de dependencia en España. Libro Blanco. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Secretaría de Estado de Servicios Sociales, Familia y Discapacidad, Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO), 2005.
- NHS, Institute for Innovation and Improvement, University of Birmingham. Improving Care for people with long-term Conditions. Health Services Management Centre. Birmingham, UK, 2006. Disponible en: [http://www.download.bham.ac.uk/hsmc/pdf/improving\\_care\\_06.pdf](http://www.download.bham.ac.uk/hsmc/pdf/improving_care_06.pdf).
- NSW Department of Health. NSW Chronic Care Program, Phase Three: 2006-2009, NSW Chronic Disease Strategy: Executive Summary. Sidney: NSW Department of Health, 2006.
- NSW Department of Health. Chronic Care for Aboriginal People: Model of Care. Sydney: NSW Department of Health, 2010.
- O'Connor M, Lim D, Ward D, Hepworth J. Integrated chronic disease management in primary-secondary care: a systematic literature review of the evidence. Australian Diabetes Society and Australian Diabetes Educators Association Annual Scientific Meeting 2014, 27-29 August 2014, Melbourne, Australia.
- OECD. Health at a glance 2013: OECD indicators. Paris, 2013. Disponible en: [http://dx.doi.org/10.1787/health\\_glance-2013-en](http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2013-en).
- Ollero Baturone M, Orozco Beltrán D, Rico C, et al. Declaración de Sevilla. Conferencia Nacional para la atención a pacientes con enfermedades crónicas. Elsevier España, Revista Clínica Española. España, 2011; (11): 604-606.

## Anexo B

### Referencias bibliográficas



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



## Anexo B

### Referencias bibliográficas

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



## Anexo C

### Índice de figuras

Figura 1. <b>Cuestiones clave a las que responde la Estrategia</b> .....	21
Figura 2. <b>Población de Canarias por islas, 2014</b> .....	25
Figura 3. <b>Esperanza de vida al nacer en España y Canarias, 2009-2013</b> .....	26
Figura 4. <b>Pirámide de población de España y Canarias, 2013</b> .....	27
Figura 5. <b>Evolución de la población en España y Canarias, 2013-2023</b> .....	28
Figura 6. <b>Evolución de la tasa de mortalidad según sexo en España y Canarias, 2001-2013</b> .....	29
Figura 7. <b>Distribución de la población en Canarias en zonas rurales y urbanas, 2013</b> .....	30
Figura 8. <b>Densidad de población en España y Canarias, 2013</b> .....	31
Figura 9. <b>Acceso a internet de los hogares en España y Canarias por tipo de conexión, 2014</b> .....	32

## Anexo C

### Índice de figuras



Figura 10. Recursos sanitarios (físicos y humanos) en España y Canarias, asociados a centros con dependencia funcional pública, 2013 .....	34
Figura 11. Equipos de alta tecnología médica en España y Canarias, 2013 .....	34
Figura 12. Porcentaje de pacientes con factor de riesgo asociado al consumo de tabaco y alcohol en Canarias, 2014 .....	36
Figura 13. Población sedentaria en España y Canarias, 2012 .....	36
Figura 14. Índice de masa corporal en la población de España y Canarias, en población adulta (2012) y población infantil (2014) .....	37
Figura 15. Prevalencia registrada de población adscrita con más de 14 años con hipertensión arterial e hipercolesterolemia en Canarias, 2014 .....	38
Figura 16. Prevalencia de patologías crónicas en población mayor de 14 años en Canarias según datos del CDC (2000-2005) y registro en DRAGO-AP (2014) .....	40
Figura 17. Prevalencia declarada de patologías crónicas en población mayor de 14 años en España y Canarias, 2012 .....	40
Figura 18. Porcentaje de pacientes mayores de 14 años y número de patologías crónicas por paciente según sexo en Canarias, 2014 .....	41
Figura 19. Población mayor de 14 años con dificultad severa o alguna dificultad para realizar actividad funcional en España y Canarias, 2012 .....	43
Figura 20. Evolución del número de personas dependientes en Canarias según grado de dependencia, 2012-2014 .....	43
Figura 21. Número de beneficiarios de ayudas de atención a la dependencia en domicilio en España y Canarias, 2010-2014 .....	44

## Anexo C

### Índice de figuras



Figura 22. <b>Población con discapacidad en Canarias que recibe cuidados personales en el hogar, 2008</b> .....	45
Figura 23. <b>Esperanza de Vida Libre de Incapacidad al nacer y a los 65 años, en España y Canarias, 2011</b> .....	46
Figura 24. <b>Tasa de mortalidad según sexo y principales causas de muerte en Canarias, 2012</b> .....	48
Figura 25. <b>Altas hospitalarias de las principales categorías según capítulo CIE-9, asociadas a patologías crónicas en Canarias, 2013</b> .....	49
Figura 26. <b>Estancia media hospitalaria de las principales categorías según capítulo CIE-9, asociadas a patologías crónicas en Canarias, 2013</b> .....	50
Figura 27. <b>Reingresos de las principales categorías según capítulo CIE-9, asociadas a patologías crónicas en Canarias, 2014</b> .....	51
Figura 28. <b>Residentes extranjeros y evolución en Canarias, 2013</b> .....	52
Figura 29. <b>Gasto farmacológico medio en personas mayores de 14 años, en función de los criterios anteriores, 2014</b> .....	53
Figura 30. <b>Evolución del gasto sanitario público en España, 2002-2012. Gasto sanitario público en España y Canarias, 2012</b> .....	55
Figura 31. <b>Modelo de Atención al Crónico (<i>Chronic Care Model</i>)</b> .....	63
Figura 32. <b>Atención Innovadora a la Cronicidad (<i>Innovative Care for Chronic Conditions</i>)</b> .....	64
Figura 33. <b>Pirámide de Kaiser Permanente ampliada</b> .....	66
Figura 34. <b>Principios rectores de la Estrategia de Abordaje a la Cronicidad en el SNS</b> .....	71
Figura 35. <b>Resultados del instrumento IEMAC sobre el Servicio Canario de la Salud</b> .....	79



## Anexo C

### Índice de figuras



Figura 36. <b>Hoshin Kanri como modelo de gestión</b> .....	91
Figura 37. <b>Ejemplo de Mapa Estratégico</b> .....	91
Figura 38. <b>Hoshin Kanri. Ciclo anual de gestión</b> .....	92
Figura 39. <b>Visión de la Estrategia</b> .....	93
Figura 40. <b>Dimensiones de la Continuidad Asistencial</b> .....	96
Figura 41. <b>Implicaciones de los principios de la estrategia en relación a la construcción del nuevo modelo de atención a la cronicidad</b> .....	99
Figura 42. <b>Modelo de atención global a la cronicidad</b> .....	102-103
Figura 43. <b>Competencias de la Enfermera Gestora de Casos</b> .....	106
Figura 44. <b>Proceso de gestión del Paciente Crónico de Alta Complejidad</b> .....	107
Figura 45. <b>Canales de comunicación y relación usuario - SCS</b> .....	110
Figura 46. <b>Visión global de la estructura de la Estrategia</b> .....	112
Figura 47. <b>Visión de las Líneas Estratégicas definidas de Abordaje a la Cronicidad en Canarias</b> .....	115
Figura 48. <b>Mapa Estratégico: Objetivos estratégicos, líneas estratégicas y proyectos</b> .....	116
Figura 49. <b>Visión global de la Estrategia de Abordaje a la Cronicidad en Canarias</b> .....	117-118
Figura 50. <b>Modelo de dependencia de los proyectos de la Estrategia según Hoshin Kanri</b> .....	137
Figura 51. <b>Cronograma de implantación de la Estrategia</b> .....	140

## Anexo C

### Índice de figuras



Figura 52. <b>Estructura de control y seguimiento de la Estrategia</b> .....	143
Figura 53. <b>Áreas de evaluación de la estrategia de abordaje de la cronicidad</b> .....	144-145
Figura 54. <b>Elementos del Plan de Comunicación de la Estrategia</b> .....	148
Figura 55. <b>Grupos de trabajo de análisis y definición de la Estrategia</b> .....	173



## **Anexo D**

### **Definición de conceptos asociados a la cronicidad**

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

### **Enfermedad crónica**

#### **Definición general<sup>40</sup>**

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

---

40. OMS.



## Anexo D. **Definición de conceptos asociados** a la **cronicidad**

### **Características comunes**<sup>41</sup>

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

## **Multimorbilidad**

### **Definición general**<sup>42</sup>

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

### **Definición en el ámbito de la cronicidad**<sup>43</sup>

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

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

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

43. Elaboración propia.

## Anexo D. **Definición** de **conceptos asociados** a la **cronicidad**



### **Índice de Charlson reducido**

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

### **Fragilidad**<sup>44</sup>

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

### **Paciente crónico complejo**<sup>44</sup>

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

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



## Anexo D. **Definición de conceptos asociados a la cronicidad**

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

### **Trastorno mental grave**<sup>45,46</sup>

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

### **Fármacos de alto riesgo**<sup>47</sup>

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

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

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

47. [http://www.seguridaddelpaciente.es/resources/documentos/2014/Proyecto\\_MARC\\_2014.pdf](http://www.seguridaddelpaciente.es/resources/documentos/2014/Proyecto_MARC_2014.pdf).



## Anexo E

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

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

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

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

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

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



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

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

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

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

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

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

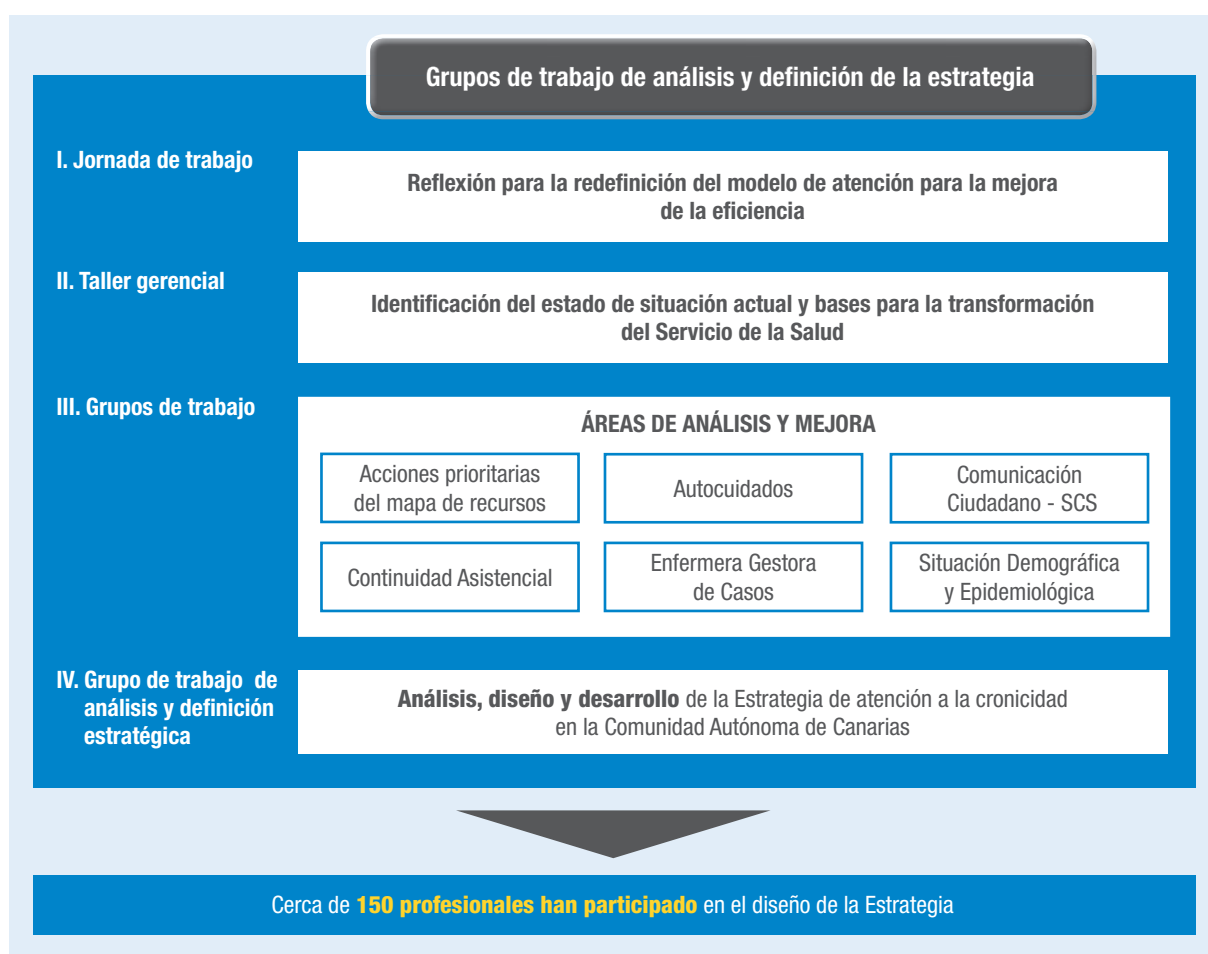
Cuyo objetivo fue realizar una consulta a profesionales implicados en la organización de los servicios y en la atención de los pacientes con enfermedad crónica para redefinir el modelo de gestión que mejore su eficiencia. Se trataba de un grupo de 52 profesionales que trabajaban de alguna forma relacionados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



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



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



Fuente: Elaboración propia.

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



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

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

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

La **metodología** utilizada fue la siguiente:

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

Estos talleres se conformaron con la siguiente estructura:

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

Para realizar el análisis y la evaluación de la situación actual, se ha utilizado el instrumento IEMAC 1.0 (Instrumento de Evaluación de Modelos de Atención a la Cronicidad), su metodología y escala de evaluación<sup>48</sup>. Este instrumento, basado en el *Chronic Care Model (CCM)*, permite evaluar a las organiza-

---

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



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

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

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

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

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

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

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



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

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



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

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

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

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

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

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




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

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

© 2015

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

Edición: Marzo de 2015

Con la colaboración de  janssen

**EDITA:**  **Entheos**

GRUPO EDITORIAL ENTHEOS, S.L.U.  
Avda. Cerro del Águila, 2. Edificio 3 - Planta 4 - Puerta 11  
28703 San Sebastián de los Reyes. Madrid  
**e-mail:** [entheos@editorialentheos.com](mailto:entheos@editorialentheos.com)  
**Web:** [www.editorialentheos.com](http://www.editorialentheos.com)

**ISBN:** 978-84-606-6986-9

**D.L.:** M-10535-2015

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

# CRONICIDAD

