



**Estrategia para la
Atención
de la **Cronicidad****
2013-2015

Enero de 2013

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN	5
2. DISEÑO DE UN MODELO CORPORATIVO DE ATENCIÓN A PACIENTES CON ENFERMEDADES CRÓNICAS	9
3. LÍNEAS ESTRATÉGICAS	13
3.1 Estratificación del riesgo de la cronicidad.....	13
3.2 Mejorar los sistemas de información	16
3.3 Potenciar la responsabilidad y autonomía del paciente	19
3.4 Desarrollar estrategias de promoción y prevención de enfermedades crónicas.....	22
3.5 Definir las competencias profesionales	25
3.6 Puesta en marcha de un plan de eliminación de las “bolsas de ineficiencia del sistema”.....	28
3.7 Elaboración de planes consensuados de atención a pacientes con patologías crónicas prevalentes, que garanticen la continuidad asistencial	31
3.8 Elaborar una estrategia de atención farmacoterapéutica al paciente crónico	35
3.9 Integración de recursos sociosanitarios.....	38
3.10 Incluir la evaluación continua de las actividades a desarrollar	41
4. GRUPO DE TRABAJO	45

1. INTRODUCCIÓN

La Sanidad es el área de principal importancia para los ciudadanos y la valoración que realizan del funcionamiento del sistema sanitario de la Región de Murcia puede considerarse favorable ya que el 73,9% opinan que funciona bastante bien o bien, aunque precisaría algunos cambios. La proporción de personas que consideran que son necesarios cambios fundamentales (21,6%), como la de quienes reclaman que el sistema se rehaga por completo (3,5%) son, en la edición 2010 del Barómetro Sanitario, las más bajas en un periodo de 6 años.

Aunque no siempre son coincidentes las opiniones de los profesionales sanitarios, los gestores y los ciudadanos, si parece existir una valoración de consenso: debe suceder una nueva orientación para mejorar la atención de las **enfermedades crónicas** y proceder a mejorar las políticas de prevención y a mejorar la adecuación de los servicios a las nuevas necesidades de atención. Otros cambios que interesan a las personas, como señala el Índice de Consumidores de la Sanidad Europea, estarían relacionados con el aumento de **transparencia** y de **participación social**.

La organización actual de los servicios, centrados en la resolución de patologías agudas, favorece una atención episódica de los problemas de salud con un enfoque curativo, valorando poco los aspectos preventivos, la perspectiva de los cuidados y la responsabilidad de las personas sobre los mismos. Existe, además, variabilidad no justificada en la atención prestada a pacientes con características clínicas similares y se realizan intervenciones que no aportan valor en términos de mejora en los resultados de salud.

La falta de coordinación entre niveles de atención sanitaria y entre el sistema sanitario y social es uno de los principales condicionantes de la ineficiencia en la provisión, desarrollo y gestión de los recursos disponibles y conduce a que los servicios no se presten en el nivel más adecuado y por el profesional más idóneo.

Las personas con condiciones de salud y limitaciones en la actividad de carácter crónico son las que encuentran más dificultades para acceder y circular a través del

sistema ya que no existe un adecuado ajuste entre sus necesidades y la atención que reciben, resultando especialmente inapropiada la organización de la asistencia sanitaria para el grupo de pacientes que presentan **pluripatología, comorbilidad** o se encuentran en situación de especial **complejidad**. Son precisamente estos pacientes, generalmente población de mayor edad y limitación funcional, los que generan mayor demanda de atención en los diferentes ámbitos asistenciales y utilizan mayor número de recursos sanitarios y sociales

Para ofrecer respuestas efectivas y eficientes en el abordaje de la cronicidad se requiere fomentar el **trabajo en equipos interdisciplinarios**, formados por los diferentes profesionales de los servicios sanitarios y sociales implicados en la atención a estos pacientes, que garanticen la **continuidad en los cuidados** con la máxima participación del paciente y de su entorno. Sin embargo, la mejora de la organización en el Sistema de Salud no implica necesariamente un aumento de recursos pero sí precisa la adaptación, la optimización y la reorientación en la utilización de los medios ya disponibles. Para ello es necesario aumentar la responsabilidad de gestores, profesionales y de la población en general.

Uno de los aspectos de mayor relevancia es la implicación y la transformación que han de protagonizar los profesionales sanitarios. Es preciso abordar el imprescindible cambio en la cultura de los profesionales, su sensibilización sobre la necesidad de disminuir la variabilidad en la práctica clínica, trabajar en equipo de forma eficaz, asumiendo la especificidad de cada una de las profesiones implicadas. De igual forma han de asumir su corresponsabilidad para garantizar la sostenibilidad del sistema mejorando la calidad de la atención sanitaria a través del uso apropiado, ajustado al mejor conocimiento disponible, seguro y proporcionado, de los servicios y tecnologías sanitarias, en particular de los medicamentos.

De manera simultánea se requiere generar las condiciones para todas las personas, sanas y enfermas, adquieran una mayor conciencia sobre su propia salud y sobre el uso que hacen del sistema sanitario. Es necesario conseguir de manera progresiva un compromiso social (un contrato social) con los ciudadanos, orientado a promover sus autocuidados, compartir la responsabilidad con su estado de salud y velar por la sostenibilidad del sistema sanitario. Sin olvidar el estado de desprotección y la situación de vulnerabilidad personal y familiar que origina la enfermedad, y especialmente los estado de cronicidad.

Independientemente de la adaptación de elementos de los diferentes modelos de atención a la cronicidad, existen intervenciones organizativas prioritarias en la mejora del abordaje entre las que destacamos el fortalecimiento de los equipos de Atención Primaria y la reorganización de la atención. Un elemento relevante y común a todas las intervenciones sería la **implicación de los pacientes en el cuidado de su propia salud**.

La **Atención Primaria** es el nivel básico e inicial de atención, que garantiza la globalidad y continuidad de la atención a lo largo de toda la vida del paciente, actuando como gestor y coordinador de casos y regulador de flujos. Todos los componentes de los equipos de Atención Primaria deben asumir unos objetivos comunes y establecer entre ellos vínculos funcionales que posibiliten un desarrollo armónico y conjunto de sus tareas entre los diferentes profesionales que lo integran y no en una línea jerárquica vertical.

El papel de los profesionales de los equipos de atención primaria en el **apoyo a los autocuidados** y en el acompañamiento en el proceso de empoderamiento de las personas es incuestionable, sobre todo por su perfil clínico y de educadores con funciones de preparación y entrenamiento del paciente y las personas cuidadoras.

El domicilio es el mejor lugar donde este grupo de pacientes puede mantener el control de su cuidado y la permanencia en su entorno mejora su bienestar y calidad de vida. En estos enfermos es importante evitar las hospitalizaciones inadecuadas y los desplazamientos innecesarios a consultas de seguimiento o a servicios de urgencias, salvo en los casos de descompensaciones graves, especialmente en el caso de los pacientes en situación de final de vida. Para lo cual es necesario coordinar los procesos de atención de las personas que precisan **Atención Domiciliaria**.

Los cuidados no profesionales son claves en la atención domiciliaria. Los profesionales que tienen contacto directo y frecuente con las **personas cuidadoras** de los pacientes, en su mayoría mujeres, conocen la carga de trabajo que sufren y las repercusiones que sobre su salud y sobre sus actividades laborales, económicas y sociales tiene la dedicación a los cuidados. Este conocimiento es básico para desarrollar programas de apoyo y cuidado dirigidos a las personas cuidadoras, que no deben limitarse al desarrollo de actividades informativas y de adiestramiento sobre los cuidados, sino que también han de incluir aspectos relacionados con la atención al propio cuidador, abordando sus problemas y previniendo situaciones patológicas y el riesgo de claudicación.

Respecto a la **reorganización de la atención** es básico establecer una **estratificación de la población** que permita identificar a las personas con riesgo de enfermar y predecir las necesidades de las personas que ya presentan enfermedad crónica, permitiendo optimizar los programas de prevención y atención. La segmentación de la población podrá realizarse en base a criterios de complejidad clínica combinados con criterios de utilización de recursos sanitarios y precisará ser validada por el equipo habitual de atención.

La estratificación va unida a una **valoración integral de las necesidades** médicas, de cuidados, funcionales y sociales de las personas y a la definición de **intervenciones individualizadas** en función de dichas necesidades en las que se proponga el recurso más adecuado a la situación clínica, fase de la enfermedad y apoyo sociofamiliar existente. Asimismo se han de priorizar las intervenciones con mayor impacto en la calidad de vida, teniendo en cuenta las preferencias de los pacientes y personas cuidadoras y garantizando el seguimiento continuo y la revisión de los planes de atención.

La identificación de un paciente como pluripatológico es un aspecto fundamental para el desarrollo de una estrategia sistemática para su atención. El hecho de que un mismo paciente tenga varios procesos crónicos refuerza la necesidad de que los profesionales tengan capacidad integradora y aptitudes para conceptualizar la complejidad y ordenar acciones clínicas. Los planes de cuidados de estos pacientes, especialmente en aquellos que presentan un deterioro funcional o cognitivo importante, deben incluir la atención de las personas cuidadoras.

Mejorar la **comunicación** con las personas, **personalizar el trato** y **humanizar los cuidados** debería ser el hilo conductor en todas las intervenciones destinadas a mejorar el abordaje de la cronicidad. La competencia en comunicación es parte de la competencia profesional ya que permite escuchar con atención, obtener y sintetizar información pertinente acerca de los problemas que aquejan a las personas y comprender el contenido de esa información. Facilita la relación con los pacientes y las personas cuidadoras, mejora incluso aspectos como la adherencia a los tratamientos prescritos y permite ayudar a los pacientes a tomar decisiones en condiciones de igualdad, aumentando con ello su satisfacción.

2. MISIÓN, VISIÓN, FINES Y PRINCIPIOS DE LA ESTRATEGIA DE ATENCIÓN A LA CRONICIDAD

La enfermedad crónica comprende un amplio listado de patologías que presentan una serie de factores comunes: es de larga duración, de progresión lenta y continúa, disminuye la calidad de vida de la persona afectada y de sus familiares y frecuentemente presenta un aumento de la comorbilidad. Además, es causa de muerte prematura y causa efectos económicos importantes en la familia, en el Sistema de Salud y en la sociedad en general.

La atención a personas con problemas crónicos constituirá uno de los retos más importantes que habrá de afrontar el sistema de salud en los próximos años. Aunque la estructura de nuestro sistema sanitario ha permitido ofrecer una respuesta efectiva y eficiente a la aparición de la enfermedad en los ciudadanos, presenta algunas carencias.

Los cuidados a los pacientes crónicos adolecen de continuidad. La atención que se presta en este momento destina mayores recursos a los procesos agudos y a ofrecer respuestas reactivas, que no se corresponden con las necesidades complejas y amplias que presentan las enfermedades crónicas.

Consecuentemente el tipo de atención que reciben los enfermos crónicos no es en la actualidad la más adecuada. Los retos que se plantean en esta Estrategia son:

MISIÓN

Establecer un conjunto de objetivos y recomendaciones para el Sistema de Salud de la Región de Murcia que permitan orientar la organización de los servicios hacia la mejora

de la salud de la población y sus determinantes, la prevención de las condiciones de salud y limitaciones en la actividad de carácter crónico y su atención integral.

VISIÓN

Instaurar un proceso de cambio y adaptación en el Sistema de Salud de la Región de Murcia para ofrecer respuestas a las necesidades sanitarias y sociales de los ciudadanos, especialmente las derivadas del envejecimiento de la población y las consecuencias de las enfermedades crónicas. Prestando una atención especial a promover los estilos de vida saludables, la identificación precoz de las condiciones de cronicidad y garantizando la calidad, la seguridad, la continuidad en los cuidados, la equidad y la participación social.

FINES

Desarrollar un Modelo Corporativo de Atención a la Cronicidad que permita estructurar y analizar la mejora de la atención y cuyos principios constituyan el marco de referencia para el desarrollo de los diferentes proyectos integrales.

Se priorizarán las intervenciones de acuerdo al Plan de Salud de la Región de Murcia 2010-2015 con especial atención a todos aquellos procesos, patologías y determinantes que generan una mayor carga de enfermedad a los ciudadanos de la Región de Murcia. Entre ellos destacan los siguientes: las enfermedades cardiovascular y cerebrovascular, la diabetes, las enfermedades respiratorias crónicas, las enfermedades mentales, el cáncer y las enfermedades osteomusculares.

PRINCIPIOS

1. El abordaje de la cronicidad ha de tener un enfoque de salud poblacional: El enfoque poblacional supone que la estrategia de abordaje de la cronicidad está diseñada para mejorar la salud de toda la población (personas sanas y personas enfermas) abordando un amplio rango de determinantes sociales de la salud. Una consecuencia de esta orientación es alcanzar “la salud en todas las políticas”
2. La Estrategia ha de extender sus intervenciones a todos los grupos de edad. Para ofrecer respuestas a los problemas de salud crónicos resulta esencial identificar de manera proactiva los determinantes individuales y sociales que condicionan el estado de salud de las personas. Elaborando intervenciones que integren acciones de promoción de la salud, prevención de la enfermedad y atención sanitaria y social adecuada a las características de cada persona.

3. La Atención Primaria es el eje de la atención al paciente con condiciones de salud y limitaciones en la actividad de carácter crónico: Todos los profesionales del Sistema Nacional de Salud han de implicarse y trabajar en la mejora del abordaje integrado de la cronicidad, siendo preciso impulsar el papel de los equipos de atención primaria y en particular de los profesionales de medicina de familia, pediatría y enfermería, como coordinadores de los procesos de atención relacionados con la cronicidad.
4. La continuidad asistencial y la atención integrada: Las personas han de recibir una atención que priorice la coordinación entre los ámbitos asistenciales, los servicios comunitarios y los servicios sociales. Esta coordinación requiere mejorar el intercambio de información, acordar y establecer el ejercicio de las competencias de cada profesional de manera diferencial y optimizar y complementar las intervenciones sin que se produzcan duplicidades de servicios para maximizar los resultados en salud.
5. Los profesionales del Sistema Nacional de Salud han de compartir con toda la ciudadanía la responsabilidad en los cuidados de salud y en la utilización adecuada de los servicios sanitarios y sociales. Para lograr este objetivo es preciso promover actuaciones encaminadas a sensibilizar a los profesionales y a garantizar que las personas cuenten con la información adecuada y suficiente que les permita tener una actitud activa y de compromiso con su autocuidado, haciéndoles partícipes en la toma de decisiones sobre su salud.

Ejes y Líneas Estratégicas

Como ejes impulsores, se necesita un liderazgo político claro y una estrategia explícita, reconocimiento del nivel de Atención Primaria (AP) de salud como base de la atención a pacientes crónicos, nivel hospitalario para atención a episodios agudos, y la Enfermería y/o el Médico/a de Familia como centro de la atención a pacientes crónicos, liderando los cuidados y coordinando el equipo y sobre todo un cambio cultural en la forma de hacer las cosas en los pacientes crónicos y una visión integral del paciente.

Entre las LÍNEAS ESTRATÉGICAS se encuentran:

Estratificación de la población: Orientar la atención mediante la fragmentación de la población según la complejidad de los procesos y el pronóstico de su enfermedad. Desarrollando intervenciones en función del riesgo identificado y adaptándolas a las necesidades del paciente, según sus condiciones clínicas y sociales.

Promoción de hábitos saludables y prevención e intervención sobre los principales factores de riesgo. Procediendo a una adaptación de la cartera de servicios a las nuevas actuaciones asistenciales y de promoción de salud.

Potenciación del autocuidado y la corresponsabilidad del paciente: Lograr la implicación de los pacientes y sus cuidadores: informados, formados, entrenados y activos e incorporación al usuario en el manejo y control de su proceso.

Participación de la comunidad: Promoviendo y facilitando la incorporación de grupos de apoyo, grupos de autoayuda, y asociaciones de paciente.

Coordinación socio-sanitaria: reorganización de los equipos existentes, formación de nuevos equipos intersectoriales, reordenación de circuitos, establecimiento de responsables. Uso eficiente de los recursos, movilización y coordinación.

Continuidad de la atención: Realizar un abordaje de los procesos desde un punto de vista integral con redefinición de circuitos para garantizar la asistencia y con implantación de instrumentos que garanticen la continuidad de cuidados para evitar la fragmentación y variabilidad de cuidados, orientando al equipo hacia un objetivo común y facilitando la toma de decisiones.

Adecuar y mejorar las competencias profesionales: para contar con unos profesionales preparados y proactivos y que además sean capaces de asumir sus nuevos roles. Será preciso contar con profesionales competentes para atender las necesidades de pacientes crónicos según su nivel de complejidad, que faciliten la coordinación de recursos, la continuidad de cuidados especialmente en los procesos de transición entre los diferentes ámbitos y niveles de atención.

Disponer de sistemas de información adaptados a las nuevas necesidades tanto de profesionales como de ciudadanos.

Diseñar estrategias de atención fármaco-terapéutica al paciente crónico.

Trabajar en un conjunto de actuaciones orientadas a la eliminación de las bolsas de ineficiencias del sistema.

Valorar e incorporar Iniciativas previas: Aprovechar las experiencias puestas en marcha en nuestro medio y que han demostrado ser efectivas. Incorporando la innovación y la investigación en el mayor número de intervenciones posibles

Establecer estrategias que permitan una evaluación de la atención sanitaria a pacientes con patología crónica y que posibiliten una mejora continua de la calidad.

3. LÍNEAS ESTRATÉGICAS

Línea Estratégica 1:

Estratificación de la población según el riesgo de la cronicidad

Mejorar la atención requiere estratificar a la población según su nivel de riesgo para centrar las intervenciones sanitarias y sociales en las necesidades de cada uno de estos niveles, contando con la participación de todos los agentes y sistemas implicados, incluido el paciente y sus familiares.

Existen diferentes modelos innovadores en la gestión de pacientes crónicos. Entre estos modelos destaca el Chronic Model Care, desarrollado por la aseguradora Kaiser Permanente, en el que uno de sus principios es la estratificación de la población en cuatro niveles de intervención según el grado de complejidad derivado de su estado de salud/enfermedad:

1. Población general sin enfermedad crónica, requiere intervenciones de prevención y promoción para controlar los factores de riesgo.
2. Pacientes crónicos con baja complejidad, requieren apoyo para su autogestión.
3. Pacientes de alto riesgo pero de complejidad media, precisan cuidados profesionales y autogestión.
4. Pacientes de alta complejidad y comorbilidad que requieren una gestión integral y coordinada de cuidados sanitarios.

El objetivo es mejorar la salud y la calidad de vida de los pacientes con enfermedad crónica en cada uno de los niveles de riesgo, mantener a los pacientes en su entorno y en la comunidad, disminuyendo la probabilidad de descompensaciones ó la gravedad de éstas y actuando en red de forma colaborativa para conseguir este objetivo según el principio de sustitución de cuidados: los servicios se ha de prestar garantizando la equidad y allá donde sean más eficientes.

En nuestro país algunas Comunidades Autónomas (“Plan de atención a pacientes con enfermedades crónicas de la Comunidad Valenciana 2012”) proponen segmentar la atención a la población según el CARS. Este modelo utiliza datos incluidos en el sistema de información sanitario (diagnóstico de enfermedad crónica, ingresos hospitalarios, visitas a urgencias y consumo de fármacos) y divide a la población en tres niveles: población no crónica, población de bajo riesgo y población de riesgo alto/medio.

Una de las limitaciones de este modelo es que no incluye factores sociales, económicos, culturales, de género y ambientales que influyen en el desarrollo y evolución de las enfermedades crónicas. En cualquier caso, ha de considerarse como una intervención inicial a la que posteriormente se desarrolle y perfeccione en toda su complejidad.

Objetivo general:

1. Analizar los niveles de complejidad y comorbilidad de la población y segmentarla a fin de planificar los recursos para cubrir las diferentes necesidades de manera planificada y proactiva.

Objetivos específicos:

1. Estratificar la población en función de las patologías y co-morbilidades aglutinando datos de las historias clínicas electrónica de AP y de hospital, y asignando un nivel de estratificación conocido a cada ciudadano que se corresponda con un requerimiento de autocuidados y cuidados profesionales (sociales o sanitarios).
2. Definir los tipos de cuidados y necesidades para cada estrato de la población y ponerlo en práctica.
3. Adecuar las actuaciones al grado de dependencia del paciente crónico.
4. Incorporar la estratificación del riesgo a la historia clínica electrónica e incorporar sistemas de alerta que faciliten las intervenciones.
5. Conocer la población con mayor riesgo asignada a cada profesional y establecer medidas proactivas para mejorar su control o evitar, en la medida de lo posible, la evolución de la enfermedad.

Recomendaciones de buenas prácticas:

- El Servicio Murciano de Salud dispondrá en el primer semestre del año 2013 un diseño inicial para estratificar a la totalidad de la población atendida, siguiendo los criterios:
 - ❖ Padecer patología crónica. Dos o más de los siguientes diagnósticos: Insuficiencia cardiaca, diabetes, cardiopatía isquémica, ictus, EPOC, salud mental y cáncer.
 - ❖ Prescripción de cinco o más fármacos.
 - ❖ Ingreso en hospital o atención urgente en hospital o centro de salud, en los últimos 6 meses.
- Realizar una evaluación cualitativa y de concordancia clínica con una muestra de pacientes asignados a las categorías definidas: baja, media y alta complejidad. Para obtener esta evaluación se formarán grupos de profesionales de atención primaria y atención hospitalaria.
- Incorporar las actuaciones emprendidas en la Región de Murcia con las iniciativas que se desarrollan en el Sistema Nacional de Salud.
- Impulsar la constitución de grupos de trabajo para diseñar y elaborar un modelo de servicio, para cada nivel de riesgo, incorporando actuaciones de características coordinadas y proactivas.
- Desarrollar programas de formación estructurada y de naturaleza obligatoria para los profesionales implicados.

Impacto:

En los pacientes: Se identifican grupos de pacientes “diana” para determinadas intervenciones que suponen una mejor atención, más proactiva y eficiente. Mejora la gestión de su enfermedad y la capacidad de autocuidado. Evita ingresos hospitalarios innecesarios.

En los profesionales: Permite conocer el riesgo de los pacientes crónicos adscritos a su cupo y establecer medidas proactivas para mejorar su control. Mejora la continuidad asistencial. Facilita cambios organizacionales. Mejora la calidad asistencial. Puede reducir el número de consultas a demanda y de urgencias.

En la sociedad: Mejora la eficiencia del sistema. Mejoras en el uso de los recursos. Mejora de los resultados en salud.

Línea Estratégica 2:

Mejorar los sistemas de información

Los sistemas de información tienen un papel fundamental en la atención a la salud. La información clínica integrada y compartida es imprescindible para poder proporcionar a los pacientes, y especialmente a los pacientes crónicos, una asistencia sanitaria de calidad, segura y eficiente.

El trabajo diario de los profesionales ha de concebirse con el apoyo de sistemas de información, que contribuyan a acceder con mayor precisión y rapidez a la información clínica de los pacientes. La historia clínica electrónica requiere una unificación de los sistemas informáticos AP/Hospitalaria, que actualmente no están resueltos.

Un aspecto que requiere atención es existen lagunas de formación y resistencias entre algunos profesionales en el dominio de las nuevas tecnologías, lo que supone en ocasiones, al menos de entrada, un sobreesfuerzo. Para mejorar la comunicación entre AP/AH además de unos canales establecidos requiere de un cambio de actitud y todos los cambios producen resistencias.

En cualquier caso, la mayoría de los profesionales sanitarios son conscientes de la necesidad de cambiar la forma de trabajar y adaptarse a las nuevas necesidades de la sociedad/ciudadanos/pacientes. Existe un amplio acuerdo de que sin una historia clínica única, con acceso desde los diferentes niveles de atención sanitaria, no puede haber una asistencia de calidad, integrada, segura y eficiente.

Objetivo general:

2. Potenciar y desarrollar los sistemas de información, que utilizando las TIC's garanticen la continuidad asistencial, facilitando la comunicación entre las distintas instituciones, los diferentes profesionales y facilite el acceso a los pacientes de información útil para la mejora de su salud

Objetivos específicos:

6. Diseñar herramientas de comunicación con tecnologías de información que garanticen la continuidad asistencial del paciente en todos los niveles del sistema sanitario.
7. Implantar de modo prioritario la Historia Clínica Electrónica (HCE) integrada y compartida que garantice el acceso a todos los profesionales que prestan asistencia al paciente a información clínica relevante para su atención sanitaria y social, desde todos los ámbitos sanitarios y socio-sanitarios. Además debería ser accesible la explotación de datos por parte de los propios profesionales.
8. Desarrollar herramientas que faciliten la interacción entre profesionales y pacientes permitiendo resolver cuestiones leves de forma no presencial.
9. Avanzar hacia permitir el acceso del paciente a su historia clínica y a favorecer la comunicación paciente/profesional.
10. Impulsar el desarrollo de los sistemas de información con herramientas de ayuda a la toma de decisiones basado en la evidencia científica teniendo en cuenta la estratificación y comorbilidades.
11. Diseñar modelos informatizados de algoritmos con criterios unificados que disminuyan la variabilidad en la asistencia, que sustenten la coordinación entre niveles y que contengan alertas de ayuda para mejorar la asistencia, adaptando el modelo de registro a los objetivos definidos para la atención a pacientes crónicos.
12. Establecer canales de comunicación formal e informal entre profesionales de AP y AH y con los pacientes. Impulsar redes de conocimiento dirigidas a pacientes / ciudadanos con información veraz.
13. Incorporar las TIC's a la gestión de la atención sanitaria de los pacientes crónicos mediante el diseño de indicadores de evaluación orientados a resultados en salud y a mejoras en la calidad de servicios prestados.
14. Impulsar el desarrollo de telemedicina, tele-formación etc. para facilitar la toma de decisiones, la adquisición de habilidades de profesionales y de pacientes.
15. Acceso telemático/telefónico de los pacientes a consultas, desde su domicilio que ayuden a un mejor control y seguimiento del paciente y si la tecnología lo permite valorar experiencias de Monitorización domiciliaria del paciente.

Impacto:

En los pacientes: Pacientes mejor informados, con canales de comunicación no presencial establecidos con su médico/a y enfermero/a de AP, con más autonomía en el manejo de la información de su salud, con acceso a su historia clínica y que se pueden beneficiar de la incorporación de las TIC's en la atención domiciliaria, foros de información sanitaria veraz, etc.

En los profesionales: Personal sanitario con acceso a una historia clínica única e integrada que garantice el acceso a toda la información clínica del paciente que necesiten para su correcta atención sanitaria, establecimiento de una comunicación fluida AP/ AH que propicie una atención integral e integrada de este y facilite la toma de decisiones sobre aspectos relevantes de la salud del paciente, establecimiento de vías de comunicación formal e informal, no presencial, con los ciudadanos/ pacientes.

En la sociedad: Sociedad mejor atendida, con una continuidad asistencial garantizada, con nuevos canales de comunicación no presencial, mejor informada y con mayor accesibilidad a la información de su salud, con más participación en las decisiones de su salud, mayor implicación de las asociaciones de pacientes.

Línea Estratégica 3:

Potenciar la responsabilidad y autonomía del paciente

La prevención tiene por objeto reducir la incidencia y la prevalencia de ciertas enfermedades, lesiones y discapacidades en la población y atenuar o eliminar, en la medida de lo posible, sus consecuencias negativas mediante acciones dirigidas a tal fin. Las acciones preventivas se dirigirán hacia los determinantes de la salud, entendiendo por tales los factores sociales, económicos, laborales, culturales, alimentarios, biológicos y ambientales, que influyen en la salud de las personas.

La participación social es también un medio y un instrumento necesario para mejorar la salud de la población y aumentar la capacidad de intervención sobre los determinantes sociales de la salud. Facilitar la participación de las comunidades y de la sociedad civil en el diseño de las políticas públicas, en el seguimiento de su implantación y en su evaluación es esencial para fortalecer la sostenibilidad de las intervenciones y para asegurar que las mismas respondan a las necesidades de la población.

Objetivos generales:

3. Capacitar a los profesionales sanitarios para que las personas, sanas o enfermas, se comprometan en adquirir una mayor responsabilidad y autonomía en los cuidados de su salud. Tanto en la adopción de estilos de vida saludables como en la co-responsabilidad en los cuidados para afrontar las patologías crónicas.
4. Impulsar y reforzar la capacitación de las personas y de la comunidad para promover la autonomía, el autocuidado y los estilos de vida saludables. Facilitando la participación social en la priorización, desarrollo, seguimiento y evaluación de las políticas sanitarias relativas al abordaje de la cronicidad

Objetivos específicos:

16. Mejorar las habilidades de los profesionales para impulsar el autocuidado en pacientes con enfermedades crónicas.
17. Potenciar las actividades preventivas tanto en población sana como en pacientes con enfermedades crónicas para disminuir las complicaciones.

18. Establecer nuevos cauces de comunicación entre sanitarios y pacientes, y favoreciendo la relación entre los pacientes.
19. Realizar una prescripción farmacológica más segura y co-responsable con el paciente.
20. Mejorar la comunicación con el paciente y la familia, estableciendo como finalidad un paciente más informado que pueda comportarse como personas más activas en la conservación de la salud.
21. Mejorar la coordinación AP / AH en los cuidados de enfermería y en la atención médica de patologías crónicas y de pacientes pluripatológicos.
22. Desburocratizar las consultas médicas para poder trabajar/escuchar / atender necesidades de los pacientes.
23. Crear una Escuela de Pacientes, en coordinación con las iniciativas adoptadas por el Sistema Nacional salud, orientada a mejorar la capacitación de las personas en los cuidados de su salud

Recomendaciones de buenas prácticas:

- Formación estructurada de médicos/enfermería en habilidades para impulsar los autocuidados.
- Formación estructurada presencial y on-line con participación de los pacientes en patologías prevalentes en las que la autonomía del paciente puede aportarle más beneficios en salud.
- Establecer nuevos cauces de comunicación del paciente y familia con los enfermeros y médicos de referencia como apoyo a la autonomía del paciente: teléfono-correo tanto en AP como en AH.
- Establecer redes de apoyo a pacientes frágiles o de riesgo teniendo en cuenta al paciente, la familia, el entorno y los recursos sociales para facilitar la máxima autonomía en los cuidados. Fundamental el mapa de recursos socio-sanitarios.
- Promoción del uso adecuado del medicamento y la prevención de los efectos adversos derivados del uso inadecuado, como oportunidad para mejorar la salud y el bienestar de nuestros pacientes, mas allá del ahorro y con la participación de los pacientes.
- Trabajar con “pacientes activos”, “pacientes informados” diferentes modelos de atención que sean pilotados y evaluados puesto que los modelos están por desarrollarse. Trabajar y evaluar el modelo paciente experto.

- Establecer actividades de prevención en los distintos niveles de salud tanto para el paciente, cliente y cuidador: tabaco, alcohol, drogas, sobrepeso / obesidad, sedentarismo, alternativas a sobrecarga del cuidador en colaboración con salud pública, educación, ayuntamientos, asociaciones de pacientes, sociedades científicas, servicios sociales.
- Poner al alcance de los pacientes información de calidad, pacientes bien informados: “informapacientes.es”.
- Desarrollar de un modelo de comunicación y formación a los ciudadanos a través de internet. Implantando un modelo de Web 2.0 en colaboración con pacientes, asociaciones de pacientes, sociedades científicas, servicios sociales.

Impacto:

En los pacientes: Disponer de pacientes informados, pacientes corresponsables, pacientes con más autonomía en el manejo de sus problemas de salud. Permitirá alcanzar mejores resultados de salud, mayor adherencia, mayor satisfacción y calidad de vida, uso eficiente de los recursos.

En los profesionales: Determina alcanzar cambios en la organización, mediante una mayor aproximación en los objetivos terapéuticos con pacientes, y con un papel más relevante de los cuidados de enfermería. Pasando por la suma de esfuerzos entre AP - AH para potenciar la autonomía del paciente en la toma de decisiones. Un paciente con mayor autonomía permitirá más tiempo para tareas de mayor valor añadido y la disminución de tareas que aportan escaso beneficio a la organización.

En la sociedad: Los pacientes con mayor autonomía generan una mejoría en salud y una mejor utilización de los recursos sanitarios y sociales. La participación de los ciudadanos en actividades de la comunidad conlleva mejores resultados en salud de la población.

Línea Estratégica 4:

Desarrollar estrategias de promoción y prevención de enfermedades crónicas

La actuación preventiva es la base del buen control en los pacientes crónicos y la principal estrategia para evitar los ingresos hospitalarios que aumentan los costes sanitarios, sacan al paciente de su entorno habitual y le hacen progresar en el camino de la dependencia.

Las políticas de salud han de ser cautelosas ya que el coste-efectividad varía considerablemente según el contexto regional y las diferentes poblaciones, por lo que es imprescindible definir los grupos diana de las medidas preventivas, coordinando a todos los agentes sociales y sanitarios.

Es necesario reorientar la atención, potenciando las actuaciones de promoción de la salud y la prevención primaria y secundaria, a través de intervenciones dirigidas a la población general que hayan demostrado su efectividad en determinadas condiciones crónicas. En este sentido, y con el fin de evitar la aparición ó el progreso y empeoramiento de enfermedades crónicas, habría que disminuir los factores de riesgo como el consumo de tabaco ó alcohol u otras drogas, la falta de actividad física, una dieta poco equilibrada.

Objetivo general:

- 5.** Promover y desarrollar actuaciones proactivas de promoción de hábitos saludables y de prevención sobre los principales factores de riesgo.

Objetivos específicos:

- 24.** Formar a los profesionales en estrategias de promoción de salud y de prevención, con especial atención a las enfermeras de los equipos de atención primaria.
- 25.** Desarrollar e implantar nuevas funcionalidades en la historia clínica electrónica que facilite a los profesionales la monitorización de resultados en salud y el cumplimiento de los objetivos clínicos y preventivos.

26. Desarrollar programas de intervención en los que se combinen actuaciones sobre los diferentes factores de riesgo.
27. Implantar intervenciones dirigidas a conjuntos de personas con características de salud homogéneas.
28. Seleccionar las intervenciones basadas en la mejor evidencia disponible de promoción (aumentar información en salud, mejorar hábitos de vida y concienciar frente a determinados factores de riesgo) y de prevención (evitar la aparición ó el progreso y empeoramiento de enfermedades crónicas).
29. Establecer un registro y seguimiento de las diferentes intervenciones que faciliten la evaluación del impacto en la salud de los participantes.

Recomendaciones de buenas prácticas:

- Desarrollo de un plan terapéutico integral para cada paciente con objetivos de prevención, de control clínico y de síntomas, así como de autocuidado.
- Incorporar alertas en el sistema de información que advierten al profesional cuando un paciente tiene un control inadecuado.
- Adaptar la cartera de servicios para que incluya actividades de promoción y de prevención de efectividad demostrada
- Incluir objetivos de promoción y prevención en los Contratos de Gestión de las Áreas de salud.
- Incorporar indicadores que permitan la evaluación de la efectividad de las intervenciones.
- Desarrollo de competencias en el equipo de APS, incluyendo nuevos roles para la promoción de salud y la prevención de la enfermedad y el adiestramiento para el autocuidado.
- Impulsar acciones dirigidas a la prevención en la población infanto-juvenil.
- Apoyar al cuidador (niveles altos de la pirámide, pacientes con alta necesidad de cuidados) y prevenir sus problemas de salud.
- Impulsar desde los EAP, acciones comunitarias, actividades grupales ó individuales de formación e información que promuevan estilos de vida saludables.

- Dar continuidad a los planes de promoción y prevención incluidos en el Plan de Salud (ictus, cardiopatía, salud mental, tabaquismo,...) impulsando las acciones que emanen de ellos.
- Promover un modelo de trabajo basado en la provisión compartida de la atención que supone la responsabilidad compartida en la resolución del problema. Reorganización de los equipos existentes, potenciando el papel de la enfermera.

Línea Estratégica 5:

Definir las competencias profesionales

Afrontar de los retos que plantea una reorganización del modelo de atención en el Sistema Regional de Salud requiere definir las competencias y funciones del conjunto de profesionales. En este contexto existe una opinión generalizada acerca de la necesidad que tiene los profesionales sanitarios de avanzar y progresar en sus competencias.

Por tanto nos enfrentamos a un proceso de cambio en las competencias y en las relaciones entre los profesionales y entre los distintos ámbitos asistenciales. Sin la planificación y ejecución de estos cambios no será posible alcanzar cambios fundamentales en el modelo de atención.

Objetivos generales:

6. Definir el marco competencial de los profesionales sanitarios en la atención a enfermos crónicos, identificando los profesionales de referencia en los diferentes niveles de atención, en un marco que contemple la intervención multidisciplinar coordinada.
7. Impulsar el papel que los profesionales de enfermería han de adoptar en el contexto de la cronicidad, implementando las competencias avanzadas de enfermería y desarrollando los diferentes roles de enfermería en el modelo de cambio en atención a patologías crónicas.

Objetivos específicos:

30. Redefinir el modelo competencial que los profesionales sanitarios han de asumir en los diferentes niveles asistenciales, para mejorar el seguimiento de pacientes con patologías crónicas, como un modelo de trabajo compartido AP/AH/ recursos socio-sanitarios
31. Definir el marco competencial de nuevos roles de profesionales de enfermería, especialmente para aquellos que desarrollan su labor en Atención Primaria

32. Definir el marco competencial de atención a patologías crónicas por los profesionales médicos del hospital y salud mental.
33. Reforzar el marco competencial del personal médico de AP como integrador de las necesidades de atención sanitaria de pacientes con patologías crónicas.
34. Definir el marco competencial de otras disciplinas que participan en atender las necesidades de los pacientes con patologías crónicas (Fisioterapeutas, Trabajadores sociales, Atención socio-sanitaria, Farmacéuticos...).

Recomendaciones de buenas prácticas:

- Valorar incorporar la figura de enfermera/o gestora de casos para atender a aquellos pacientes con alta complejidad
- Potenciar la formación EIR hacia los cuidados básicos y avanzados de pacientes con patologías crónicas y a actividades preventivas.
- Desarrollar la participación de enfermería en la prescripción de medicamentos según la propuesta avanzada en el Sistema Nacional de Salud.
- Promover modelos de asistencia orientados al desarrollo de la atención orientada al grupo familiar y a la comunidad.
- Establecer itinerarios de acceso ágiles para interconsulta /información/ comunicación/derivación entre enfermería de AP y hospitalaria y viceversa: dar cabida al desarrollo de nuevas tecnologías y fomentar una mejor colaboración con el personal auxiliar que ha de facilitar la accesibilidad a los pacientes.
- Definir la figura de “medico/a hospitalario de referencia” para el paciente. Los especialistas en medicina interna serían los profesionales que reúnen mejores cualidades para abordar a los pacientes con alta complejidad.
- Establecer itinerarios de acceso ágiles para interconsulta / derivación / información / comunicación entre AP y hospitalaria y viceversa: considerar las nuevas tecnologías - sesiones conjuntas - espacios de comunicación formales / institucionales.
- Integrar de modo colaborativo las actividades de fisioterapeutas en apoyo a atención a pacientes con patologías crónicas.
- Potenciar el papel que el personal de trabajo social tiene en la atención a pacientes crónicos en la comunidad y su participación en la orientación comunitaria.
- Reforzar el papel del farmacéutico/a en la adherencia al tratamiento del paciente y en la conciliación farmacológica en polimedicados.

Impacto:

En los pacientes: Alcanzar una atención sanitaria más integral. Mejorar accesibilidad a los servicios sanitarios que precisa el paciente. Mayor seguridad en el seguimiento terapéutico. Mejor conocimiento por parte de los profesionales de las necesidades sanitarias y sociales que tienen los pacientes. Mejor adherencia al tratamiento

En los profesionales: Colaboración de equipo en la atención sanitaria de pacientes con patologías crónicas. Mejor conocimiento de las responsabilidades que le corresponden a cada profesional en la atención de los pacientes. Profesionales más útiles, más satisfechos, más autosuficientes, más comprometidos

En la sociedad: Servicios sanitarios más eficientes. Mejorar el uso de los recursos. Mejoras en salud. Aprovechamiento de recursos socio-sanitarios.

Línea Estratégica 6:

Eliminación de las “bolsas de ineficiencia del sistema”

La cuarta acepción de la palabra burocracia del diccionario de la Real Academia Española de la lengua la define como: administración ineficiente a causa del papeleo, la rigidez y las formalidades superfluas.

No es fácil contabilizar bien toda la burocracia que soportan las consultas. A pesar de estas dificultades casi todos los datos apuntan a que más del 30% de las consultas tiene un componente casi exclusivamente burocrático.

Este exceso de actividad burocrática genera malestar y desmotivación en los profesionales y una disminución en la eficiencia de la gestión de los recursos sanitarios.

Por otra parte, el permanente desarrollo tecnológico, rápidamente incorporado en la práctica asistencial, junto a la excesiva orientación de nuestro sistema sanitario hacia la resolución de las patologías agudas, ha originado importantes bolsas de ineficiencia. La ingente utilización de pruebas complementarias, la importante variabilidad, no explicada, en la práctica clínica o las altas tasas de medicalización de nuestra población, permite identificar líneas de actuación para mejorar la calidad de atención a los pacientes crónicos y una mayor eficiencia en la utilización de los recursos sanitarios.

Objetivo general:

- 8.** Identificar y analizar los elementos que ocasionan una ineficiencia en la atención sanitaria a pacientes con patología crónica y diseñar un plan que permita su eliminación y/o abordaje en el lugar y el nivel correspondiente haciendo posible un mejor uso de los recursos.

Objetivos específicos:

35. Elaborar un programa que permita eliminar la burocracia innecesaria e injustificada la práctica clínica de los médicos de atención primaria.
36. Implantar el modelo de receta electrónica que permita una mejor gestión de la consulta y un mejor servicio a los pacientes.
37. Impulsar un programa de actuaciones dirigidas a eliminar la repetición y/o duplicidad de consultas y pruebas diagnósticas.
38. Eliminar el impacto negativo de las listas de espera en la carga burocrática de la atención sanitaria, incorporando a los médicos de atención primaria en la gestión de las lista de espera.

Recomendaciones de buenas prácticas:

- La Atención Centrada en el Paciente implica que todos los procedimientos administrativos derivados de una atención clínica los haga el profesional o el nivel de atención que realice la atención clínica. Facilitando la implantación de procesos asistenciales que eviten a los usuarios visitas innecesarias. .
- Debe facilitarse una comunicación fluida con las unidades de admisión/gestión de agendas dando la oportunidad al médico de familia de gestionar prioridades clínicas, dado que es el que mejor puede conocer las necesidades del paciente.
- Gestión de las agendas de los equipos de atención primaria de forma conjunta personal médico/enfermero, adaptando los tiempos a las necesidades del paciente conocidas a priori.
- Modelo de co-provisión de la atención que supone la responsabilidad compartida, del personal del sistema sanitario, en la resolución del problema del paciente.
- Hay que difundir las buenas prácticas en la Región, compartiendo las experiencias de las diferentes Áreas de Salud y poniendo en práctica actuaciones de bechmarking.

Impacto:

En los pacientes: Disminuye la frecuentación de los usuarios, reduciendo el consumo de citas innecesarias y consiguiendo un racionalización en la utilización de los recursos. Mejora la calidad de vida del paciente y su confianza en el sistema sanitario.

En los profesionales: Disminuye la carga de trabajo innecesario y permite rentabilizar su trabajo dedicándose a tareas más eficientes. Mejora la satisfacción de los profesionales

En la sociedad: Mejora la eficiencia del sistema. Mejoras en el uso de los recursos.

Línea Estratégica 7:

Garantizar la continuidad asistencial a las personas con enfermedades crónicas

La atención sanitaria a las personas con condiciones de salud y limitaciones en la actividad de carácter crónico involucra a numerosos proveedores de asistencia sanitaria en diversos escenarios, tales como AP, AH, Centros de media y larga estancia con enfoque en subagudos, centros de salud mental, ámbito socio-sanitario, ámbito comunitario, etc.

La integración y la continuidad en la prestación de la asistencia sanitaria son elementos primordiales para garantizar que se reciban los servicios sanitarios en el momento, el lugar y de la manera más adecuada y eficiente que hagan posible alcanzar unos óptimos resultados en salud.

Los profesionales han de implicarse en impulsar la coordinación para evitar duplicidades y gestionar de manera óptima las transiciones entre niveles de atención garantizando un continuo en nuestras intervenciones.

Entendemos Continuidad Asistencial, más que como la simple coordinación, como una visión continua y compartida del trabajo asistencial en el que intervienen múltiples profesionales, en centros de trabajo diferentes, que actúan en tiempos distintos, con un objetivo de resultado final común: el ciudadano. Este concepto de Continuidad, que coloca al ciudadano en el centro de la definición, necesariamente asume el concepto de Integralidad en la misma.

No se trata de una Coordinación, sino de una Continuidad Asistencial, en la que lo más importante es el resultado final en calidad y eficiencia. Consideraremos, literalmente, que la continuidad asistencial se constituye en el criterio clave y determinante que inspira la organización, funcionalidad, formas de trabajo, formación de profesionales, etc.

Objetivo general:

9. Garantizar la continuidad de los cuidados en la atención sanitaria de las personas con condiciones de salud y limitaciones en la actividad de carácter crónico, en el nivel o dispositivo más adecuado, eficiente y por los profesionales que mejor puedan dar respuesta a sus necesidades a lo largo del proceso asistencial.

Objetivos específicos:

39. Promover una atención clínica integrada. Realizar un abordaje de los procesos desde un punto de vista integral y evaluación de las intervenciones para garantizar la efectividad, seguridad y orientación a resultados.
40. Definir un plan de asistencia continuada mediante la redefinición de circuitos para garantizar la asistencia, ingresos programados desde APS, planificación del alta para garantizar la disponibilidad de la información clave, comunicación estandarizada (normalizada) durante el traspaso de pacientes en resultados de pruebas, plan de tratamiento y cuidados.
41. Fomentar el trabajo en equipos multidisciplinares, definiendo las funciones y responsabilidades de los distintos profesionales en el abordaje de la cronicidad.
42. Adaptación de Herramientas de apoyo mediante la implantación de instrumentos que garanticen la continuidad de cuidados para evitar la fragmentación, variabilidad de cuidados, orientando al equipo hacia un objetivo común (GPC, protocolos, planes de cuidados, rutas asistenciales...), facilitando la toma de decisiones.
43. Implementar estrategias de planificación del alta hospitalaria de los pacientes crónicos que han sido hospitalizados o institucionalizados.
44. Asignar de responsabilidades de profesionales y del ciudadano, de forma cooperativa y contemplando actuaciones de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y abordaje socio-sanitario.
45. Adecuar de los dispositivos sanitarios asistenciales: Atención en el domicilio, hospital de día, Unidades de media-larga estancia, hospitales de agudos, de subagudos o de convalecencia, para que den respuesta a las necesidades de la continuidad asistencial.
46. Establecer el marco de relación entre Atención Primaria y Atención hospitalaria en la patología crónica.
47. Potenciar la tecnología y los sistemas de información como apoyo a lo anterior.

48. Las patologías crónicas que se priorizaran para trabajar en continuidad asistencial son:

- ❖ Enfermedades respiratorias crónicas: EPOC, Asma
- ❖ Patología cardiovascular y cerebrovascular
- ❖ Enfermedades osteomusculares.
- ❖ Enfermedades mentales.
- ❖ Diabetes.
- ❖ Cáncer.

Recomendaciones de buenas prácticas:

- Estableciendo un modelo de atención compartida entre niveles asistenciales, con planteamiento de objetivos comunes en la atención a la patología crónica.
- Favoreciendo la gestión por procesos asistenciales integrados y la definición de rutas asistenciales para las distintas condiciones de salud crónicas.
- Orientar los esfuerzos en la adaptación de las Guías y las Recomendaciones clínicas elaboradas por instituciones de reconocido prestigio.
- Los procesos asistenciales consensuados entre niveles asistenciales han de incluir planes farmaco-terapéuticos integrados. Se debe realizar una conciliación farmacológica en las transiciones entre ámbitos asistenciales. Promoviendo que el tratamiento en alta hospitalaria tuviera Es mas sería aconsejable que tras un alta hospitalaria el tratamiento (o una parte del mismo) fuese una “recomendación terapéutica” que debe ser valorada por el médico de familia para establecerlo de manera definitiva.
- Los procesos asistenciales deben contemplar la relación con el ámbito social y comunitario.
- Evaluar experiencias de tele-monitorización o tele-asistencia para el control o seguimiento del paciente crónico, con la precaución y prudencia necesaria hasta demostrar su impacto beneficioso en la salud de los pacientes y en la eficiencia de los recursos.

Impacto:

En los pacientes: Mejora en la percepción de la calidad de atención recibida. Garantiza la continuidad asistencial.

En los profesionales: Disminuye la variabilidad en la práctica clínica. Mejora el conocimiento de los procesos asistenciales y las relaciones entre los profesionales que intervienen en los mismos.

En la sociedad: Mejora la eficiencia del sistema. Mejoras en el uso de los recursos

Línea Estratégica 8:

Implantar actuaciones que mejoren la atención farmacoterapéutica de las personas con enfermedades crónicas

La buena utilización de los medicamentos es uno de los retos esenciales para mejorar la atención de los pacientes con enfermedad crónica. Pues con mucha frecuencia de personas que tendrán que tomar medicación para el resto de su vida y con cantidades y dosis crecientes.

Pero en la atención terapéutica a estos pacientes ha adquirido una preeminencia excesiva la prescripción de fármacos, en detrimento de intervenciones dirigidas a modificar los estilos de vida en los pacientes y a conseguir cambios en otros aspectos determinantes en su salud.

Hay que destacar que uno de los aspectos que más influyen en las dificultades de control de algunas de la enfermedades crónicas es la débil atención que los profesionales prestan a la cumplimentación y la adherencia de los pacientes a las recomendaciones realizadas. Sin olvidar las consecuencias que tiene para su salud los síntomas derivados de los efectos secundarios y las interacciones producidas por la polimedición.

Por todo ello, la atención farmacoterapéutica requiere cuidado especial en los pacientes crónicos y así se recoge con más extensión en el Programa de Acción para la Mejora de los Medicamentos de la Región de Murcia 2012-2015.

Objetivo general:

- 10.** Definir y desarrollar una estrategia de atención farmacéutica integral al paciente crónico, orientada hacia un modelo de atención continuada y proactiva hacia los pacientes.

Objetivos específicos:

49. Implantar la receta electrónica para mejorar la calidad asistencial, accesibilidad del paciente y la seguridad del uso de los medicamentos.
50. Desarrollar la validación sanitaria de recetas mediante procedimientos telemáticos (visado electrónico) para agilizar los trámites de autorización de tratamientos.
51. Evolución de los actuales sistemas de prescripción hacia sistemas de prescripción asistida, añadiendo alertas de seguridad orientadas a la prevención de riesgos para los pacientes (interacciones, alergias, duplicidades terapéuticas, dosis máximas, medicación inapropiada) y posibiliten la consulta de información de interés (guías terapéuticas, guías de práctica clínica...).
52. Integrar los diferentes sistemas de prescripción informatizada de recetas en un único sistema, de forma que el historial del tratamiento esté disponible en todos los niveles de asistencia (centro de salud, consulta externa de hospital...).
53. Establecer estrategias de conciliación de medicación en las transiciones asistenciales de los pacientes, en colaboración con otros profesionales sanitarios, contribuyendo a mejorar la seguridad de los pacientes.
54. Desarrollar un programa de revisión de tratamientos en pacientes pluripatológicos, en colaboración con la participación de los farmacéuticos, con el objetivo de optimizar la terapia farmacológica.
55. Diseñar intervenciones para la monitorización y mejora del cumplimiento terapéutico en pacientes crónicos polimedicados.
56. Extender el modelo de atención farmacéutica a pacientes de Residencias de Personas Mayores, estableciendo depósitos de medicamentos dependientes de los Servicios de Farmacia de las Áreas de Salud.
57. Participación de los farmacéuticos de atención primaria en los programas de formación de profesionales y de educación sanitaria a la población relacionados con los medicamentos.

Recomendaciones de buenas prácticas:

- Implicación del servicio de salud, profesionales y pacientes en la consecución de los diferentes objetivos.
- Evolucionar a un sistema on-line de prescripción que posibilite su uso en todos los niveles asistenciales y con una fuente de información única de los tratamientos farmacológicos.

- Explotar las herramientas disponibles de información compartida de historia clínica (“ÁGORA PLUS”) para realizar la conciliación terapéutica en las transiciones primaria-especializada.
- Abrir líneas de colaboración servicios de farmacia / consultas atención hospitalaria / médicos de familia para desarrollar un sistema efectivo de revisión de tratamientos y mejora del cumplimiento terapéutico.
- Publicar la normativa necesaria para el establecimiento de depósitos de medicamentos dependientes de servicios de farmacia hospitalaria e implantación de la atención farmacéutica en RPM.
- Establecer los conciertos necesarios entre el servicio de salud y colegio de farmacéuticos/oficinas de farmacia, para el desarrollo de la prestación farmacéutica orientada a la implantación de modelos electrónicos de prescripción/validación sanitaria/dispensación.

Impacto:

En los pacientes: Disminución de la frecuentación a los centros sanitarios, aumentar la accesibilidad a los medicamentos, mejorar la seguridad en el uso de medicamentos, fomenta la autorresponsabilidad del paciente en sus cuidados.

En los profesionales: Disminución de la dedicación a emisión de recetas, mejora de la información en la toma de decisiones terapéuticas, colaboración multidisciplinar para conseguir objetivos terapéuticos.

En la sociedad: mejora en la provisión de servicios sanitarios, eficiencia, mejora en la salud.

Línea Estratégica 9:

Integrar la atención sociosanitaria

La coordinación entre los profesionales del sistema sanitario y de los servicios sociales para la valoración integral de las necesidades de las personas con condiciones de salud crónicas, es uno de los retos de esta Estrategia. Se identifica la necesidad de incorporar en los informes clínicos aspectos relacionados con las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria para facilitar la valoración de la discapacidad y la dependencia.

Pero para poder avanzar en integrar la atención sociosanitaria es preciso facilitar el acceso de los profesionales de la salud y de servicios sociales a los contenidos del historial clínico y social de las personas internadas en instituciones sanitarias y sociales, de la información cuyo conocimiento sea necesario para su correcta atención, garantizando en todo caso el derecho a la protección de datos de carácter personal.

Sin olvidar en promover e impulsar programas de asesoramiento y apoyo para las personas cuidadoras de pacientes con condiciones de salud y limitaciones en la actividad de carácter crónico, en especial las asociadas a discapacidad y dependencia, con el fin de que sean también agentes activos en tareas de promoción, preventivas, asistenciales y recuperadoras.

Objetivos generales:

- 11.** Priorización de la coordinación socio-sanitaria mediante la organización, integración, colaboración y complementariedad en las diferentes instituciones sociales y sanitarias, sus profesionales.
- 12.** Proporcionar una respuesta integral y eficaz a las necesidades de la población, que garanticen la cobertura de las nuevas necesidades sanitarias y de cuidados de los pacientes crónicos.

Objetivos específicos:

58. Potenciar una estructura de coordinación socio-sanitaria cuya función fundamental sea promover acciones dirigidas a alinear objetivos comunes, disminución de trámites burocráticos y facilitar la accesibilidad a los distintos recursos sociales y sanitarios que precise el paciente crónico.
59. Facilitar la comunicación e intercambio de información entre los trabajadores sociales del SMS, IMAS, Ayuntamientos etc. y el establecimiento de unos circuitos socio-sanitarios ágiles, con interrelación entre sus diferentes recursos: centros de AP, unidades hospitalarias de agudos, asistencia/ayuda domiciliaria; camas de media estancia; residencias etc. Incorporando los datos mas relevantes a la historia clínica del paciente.
60. Impulsar institucionalmente la educación terapéutica y la enseñanza grupal (grupos de autoayuda) dentro de los centros de salud o en otros puntos de encuentro.
61. Favorecer la interacción social en la propia comunidad, mejorará su motivación, su conocimiento de la patología y por ende sus resultados en salud. Un marco regional es importante, pero más importante aún es favorecer los desarrollos locales.
62. Impulsar actuaciones desde los equipos de atención primaria destinadas a asesorar y apoyar a los cuidadores principales de los pacientes crónicos.
63. Desarrollar una oferta de cuidados intermedios para facilitar la adaptación al domicilio en aquellas personas que tras un ingreso agudo requieran, un periodo previo de apoyo domiciliario o residencial antes de la integración a su entorno.
64. Ofrecer alternativas de apoyo y descanso a los familiares y cuidadores mediante el desarrollo de programas de ayuda a domicilio, programas respiro, etc.
65. Disponer de un mapa de recursos socio-sanitarios para cada área.
66. Definir y desarrollar el modelo de atención socio-sanitaria que puede incluir una persona de enlace integrada en el equipo y unas directrices claras de cómo proceder en caso de necesitar recursos adicionales a los habituales.
67. Desarrollar estrategias comunes y protocolos de actuación socio-sanitarios ante los problemas más prevalentes de la comunidad de la mano de equipos multidisciplinares, de los que deben formar parte activa los pacientes/ciudadanos.
68. Impulsar el apoyo a las personas con enfermedades crónicas desde las Comisiones de Participación Ciudadana, potenciando la participación local, interinstitucional, asociaciones, voluntariado, y de otras entidades u organismos públicos o privados.

Impacto:

En los pacientes: Abordaje de los pacientes de forma integrada e integral, disminución de los trámites burocráticos, asignación del recurso más apropiado a las necesidades del paciente en cada momento evolutivo de su enfermedad. Facilitación de puntos de encuentro que permitan a los pacientes reunirse con otros pacientes, cuidadores, trabajadores sociales, profesionales sanitarios y compartir experiencias. Integración en la historia clínica única de los datos sociales mas relevantes y recursos solicitados, etc. que garantice el acceso a toda a información clínica del paciente que necesiten para la su correcta atención integral.

En los profesionales: Médicos, enfermeros, trabajadores sociales trabajando de forma conjunta conseguirán el mejor tratamiento posible (sanitario y social) para los pacientes, con acceso al recurso mas apropiado. Agilización de trámites burocráticos en la derivación desde Centros de AP o tras alta hospitalaria a recursos sociales, media estancia, residencias, pisos protegidos, etc., Lo que evitará la utilización inapropiada de recursos que en ocasiones generan una saturación de éstos y una elevada presión asistencial. Acceso a la información y datos sociales más relevantes del paciente para una correcta atención socio-sanitaria.

Acceso e Intercambio de información de los trabajadores sociales del SMS, IMAS, Ayuntamientos etc. y establecimiento de unos circuitos socio-sanitarios ágiles, con interrelación entre sus diferentes recursos.

En la sociedad: Coordinación de diferentes recursos asistenciales, que eviten duplicidades y solapamientos entre diferentes instituciones. Gestión ágil y uso apropiado de recursos sanitarios/socio-sanitarios (unidades de cuidados intermedios, residencias, etc.). Sociedad mejor informada y con mayor accesibilidad a los diferentes recursos, independientemente de la institución de la que dependan. Mayor participación en la elaboración de estrategias socio-sanitarias de los pacientes y las asociaciones de pacientes. Apoyo y descanso a cuidadores y familiares.

Línea Estratégica 10:

Incorporar la investigación, la innovación y la evaluación continua de las actividades a desarrollar

La investigación en salud y la innovación sanitaria constituyen instrumentos fundamentales para incrementar el bienestar socioeconómico, garantizar la sostenibilidad de los sistemas de protección social y mejorar la calidad y expectativa de vida de la ciudadanía.

La integración de la investigación con la práctica clínica favorece una mayor calidad de los servicios de salud y una mejor y más rápida implantación de los avances científicos en la prevención, diagnóstico y tratamiento de las enfermedades, así como un cuidado más ético y eficiente de los pacientes. Además, las políticas de salud, la organización del sistema y los servicios de salud pública, estarán mejor fundamentados y orientados a responder a las necesidades y demandas de los ciudadanos.

La innovación en términos generales significa un cambio que acelera y mejora la manera de concebir, desarrollar, producir y acceder a nuevos productos, procesos y servicios. La innovación sanitaria comprende no sólo la innovación tecnológica sino también la innovación organizacional y la innovación en los servicios, y debe entenderse como un proceso de mejora continua de la capacidad de respuesta a las necesidades de la población y de los profesionales.

La evaluación de tecnologías sanitarias analiza y evalúa por comparación las diferentes tecnologías sanitarias, recoge evidencia sobre su eficacia y seguridad y valora el impacto sanitario, social, ético, organizativo y económico que puede tener la introducción, la utilización apropiada y la organización de los servicios de salud, para que esas tecnologías de las que sabemos que existe evidencia que funcionan se apliquen correctamente.

Conocer el impacto de la Estrategia es una obligación científica y ética de los profesionales y del Servicio Regional de Salud, para lo cual se requiere definir un conjunto de indicadores que aporten información objetiva y relevante sobre los avances producidos.

Objetivos generales:

13. Establecer un conjunto de indicadores que permitan una evaluación de la atención sanitaria a pacientes con patología crónica y que posibiliten una mejora continua de la calidad.
14. Incorporar los objetivos de la Estrategia en los Acuerdos de Gestión que faciliten incrementar el nivel de implicación y motivación de los profesionales en la reorientación del Sistema Regional de Salud hacia la atención a la cronicidad.

Objetivos específicos:

69. Elaborar e implantar indicadores de proceso y de resultado en el ámbito de AP y AH que nos permitan conocer el cumplimiento de objetivos en atención a crónicos
70. Evaluar los indicadores consensuados con periodicidad determinada según niveles de gestión y garantizar el retorno a los profesionales implicados.
71. Establecer mecanismos de incentivación ligados a la consecución de objetivos y resultados en salud.
72. Establecer modelos de difusión, puesta en común y apoyo institucional a implementar iniciativas para la mejora de la atención a la cronicidad.

Recomendaciones de buenas prácticas:

- Contemplar el conjunto de indicadores de seguimiento y evaluación desde una perspectiva poblacional. Estableciendo que existe una responsabilidad compartida entre la Atención Hospitalaria y la Atención Primaria en el estado de salud de la población atendida en cada Área
- Proceder a revisar el conjunto de indicadores contemplados en la Cartera de Servicios de Atención Primaria, con el objetivo de adaptarlos a los objetivos de la Estrategia.
- Orientar el desarrollo de los sistemas de información para que permitan conocer “en tiempo real” el cumplimiento de los indicadores en la población atendida..
- Potenciar la evaluación externa, garantizando un retorno de información periódico y ágil en tiempo y forma que facilitara al profesional conocer sus resultados y adoptar medidas correctoras.
- Implantación de un sistema de incentivación a los profesionales, directamente

ligado a la consecución de unos determinados objetivos que se hayan seleccionado entre los indicadores pactados. Los indicadores deben ser de resultados en salud y de resultado en satisfacción del paciente

- Garantizar un entorno de formación continuada permanente, adaptado a las necesidades de los profesionales e integrado en la periodo laboral

Impacto:

En los pacientes: Mejora en la calidad de atención recibida.

En los profesionales: Mayor implicación con su trabajo y con los objetivos del SMS. Mejora el sentimiento de ser valorado por el trabajo realizado. Mayor motivación. Impulso de la investigación

En sociedad: Mejora la eficiencia del sistema. Avances en el conocimiento

4. GRUPO DE TRABAJO

Grupo de Trabajo

- **Almela Sánchez-Lafuente, José María**
- **De Miguel Gómez, Alfonso**
- **Herrero Huerta, Faustino**
- **Marín López, Josefa** (Dirección General de Asistencia Sanitaria)
- **María Teresa Martínez Ros** (Dirección General de Asistencia Sanitaria)
- **Menárguez Puche, Juan Francisco** (CS Molina de Segura Jesús Marín)
- **Murcia Legaz, José Luis**
- **Pérez López, Pedro**
- **Santiuste De Pablos, Miguel Ángel**
- **Ramón Esparza, Teresa** (Subdirección General de Calidad Asistencial)
- **Rausell Rausell, Víctor** (Dirección General de Asistencia Sanitaria)

