

Plan de atención a pacientes con
enfermedades crónicas
de la Comunidad Valenciana
2012

Líneas de actuación

Plan de atención a pacientes con enfermedades crónicas de la Comunidad Valenciana



GENERALITAT
VALENCIANA

Conselleria de Sanitat

2012

Líneas de actuación



PRESENTACIÓN

La política sanitaria de la Generalitat Valenciana se centra en la promoción de la salud, en la prevención de la enfermedad y en prestar una asistencia de calidad, precisa, en el lugar y tiempo adecuado y garantizando la sostenibilidad del sistema.

La evolución hacia una mayor esperanza de vida, que en la Comunidad Valenciana supera los 81 años en el conjunto de la población y llega a los 84 años en las mujeres se relaciona directamente con un aumento de las enfermedades crónicas.

Actualmente el 60% de la población adulta en la Comunidad Valenciana padece algún tipo de enfermedad crónica y ello supone un elevado coste en pérdida de salud para las personas que las padecen, pero a su vez también un alto coste económico para el sistema sanitario y para los propios enfermos y su entorno.

En la Comunidad Valenciana, se estima que las enfermedades crónicas consumen entre el 70 y el 80% del gasto sanitario total por lo que es necesario avanzar hacia una adecuada gestión del paciente con patologías crónicas que ayude a la sostenibilidad del sistema sanitario en nuestra Comunidad.

El objetivo de aumentar la esperanza de vida vivida en buen estado de salud, tiene importantes implicaciones para los ciudadanos y el sistema de atención sanitaria. Las políticas de prevención establecidas y la mejora constante en la atención de muchas de las enfermedades consideradas de alto riesgo han conseguido disminuir en la Comunidad Valenciana la morbilidad de estos problemas crónicos de salud, reduciendo el impacto de las enfermedades y contribuyendo a disminuir el número de años de vida en los que las actividades de la vida diaria pueden estar limitadas por un problema de salud.

La Comunidad Valenciana, dando continuidad al Plan integral de Atención Sanitaria a las Personas Mayores y a los Enfermos Crónicos 2007-2011, ha mostrado durante los últimos años la voluntad de apoyar las iniciativas que están surgiendo para mejorar la atención a los pacientes y está liderando actualmente en nuestro país el despliegue de estrategias específicas de atención coordinada a pacientes con enfermedades crónicas.

En 2011 se ha constituido la Oficina para la Innovación en la Gestión de los Pacientes con Enfermedades Crónicas de la Agencia Valencia de Salud. Uno de sus

primeros objetivos ha sido plasmar en este documento la actualización del plan de asistencia a pacientes crónicos que se articula como impulsor de la transformación del actual modelo asistencial orientado a los ciudadanos de forma proactiva.

El Plan recoge nuestro compromiso sobre la atención a la cronicidad para que se haga efectiva en nuestra Comunidad, llevando a cabo la optimización de los recursos necesarios para avanzar en la mejora del modelo sanitario, la incorporación de nuevas tecnologías que favorezcan la autonomía y el mejor control, garantizando en todo momento la atención más adecuada a las personas con enfermedades crónicas buscando un paciente activo e informado, auténtico protagonista de su enfermedad.

Todo ello no sería posible sin el impulso de los equipos directivos de los Departamentos y la participación de los profesionales asistenciales, quienes son clave para el desarrollo de esta estrategia y a los que me gustaría agradecer especialmente su empeño y dedicación en su trabajo diario, la puesta en marcha de acciones de mejora y proyectos innovadores y el apoyo que nos han demostrado en todos los proyectos que se han impulsado desde la Conselleria de Sanitat y de los que han sido y son partícipes.

Luis Rosado Bretón

Conseller de Sanitat

Índice

I. INTRODUCCIÓN.....	6
II. LA CRÓNICIDAD EN LA COMUNIDAD VALENCIANA.....	10
1.1. Análisis de la prevalencia registrada en la Historia de Salud Electrónica.....	15
1.2. Actividad de cribado para la identificación de los principales factores de riesgo cardiovascular.....	19
1.3. Evolución de la Hipertensión Arterial, la Dislipemia y la Diabetes.....	22
III. ESTRATEGIA DE ATENCIÓN A PACIENTES CON ENFERMEDADES CRÓNICAS EN LA COMUNIDAD VALENCIANA.....	25
1. TRANSFORMAR LA ORGANIZACIÓN.....	28
1.1. Planes y estrategias.....	28
1.2. Oficina para la Innovación en la Gestión de los Pacientes con Enfermedades Crónicas.....	30
1.3. Segmentación en niveles de riesgo.....	30
1.4. Sistema de información.....	32
1.5. Proyecto ValCrònic.....	34
2. IMPLICAR A LOS PROFESIONALES.....	36
2.1. Integración y continuidad asistencial.....	36
2.2. Competencias profesionales.....	37
2.3. Herramientas de apoyo al profesional.....	38
2.4. Objetivos para los profesionales.....	40
2.5. Formación.....	41
2.6. Investigación.....	42
2.7. Difusión de las experiencias.....	44
3. IMPLICAR AL CIUDADANO.....	45
3.1. Modelo de atención centrado en el paciente.....	45
3.2. Capacitación de pacientes y cuidadores.....	46
3.3. Desarrollar el entorno social del paciente.....	47
3.4. Responsabilizarse cada paciente de su salud.....	48
IV. EL MODELO ORGANIZATIVO DE ASISTENCIA A PACIENTES CON ENFERMEDADES CRÓNICAS EN LA COMUNIDAD VALENCIANA.....	51
V. PROGRAMA VALCRÒNIC.....	58
VI. ELEMENTOS DE EVALUACIÓN.....	75
VII. EXPERIENCIAS EN LOS DEPARTAMENTOS DE SALUD DE LA COMUNIDAD VALENCIANA EN LA ATENCIÓN A PACIENTES CON PATOLOGÍAS CRÓNICAS.....	80
VIII. ANEXO I: RELACIÓN DE ILUSTRACIONES.....	88
IX. ANEXO II: RELACIÓN DE TABLAS.....	89

I. INTRODUCCIÓN

Durante los últimos años se están produciendo importantes cambios demográficos en todo el mundo. En la Unión Europea el porcentaje de personas mayores de 65 años pasará de un 16,1 % en 2000 a un 27,5% en 2050. España, junto a Italia y Japón, encabeza este proceso de envejecimiento a nivel mundial estimándose que para esas fechas cerca del 35% de la población a nivel nacional superará los 65 años.

La relación de la edad con las enfermedades crónicas y con la utilización de los servicios sanitarios está claramente establecida. Se estima que las enfermedades crónicas serán la principal causa de discapacidad en 2020 y que hacia 2030 se doblará la incidencia actual de enfermedades crónicas en mayores de 65 años.

Se puede medir el impacto de las enfermedades crónicas en relación a la esperanza de vida evaluando la esperanza de vida libre de discapacidad, definida como el número de años de vida en los que las actividades de la vida diaria no están limitadas por una condición o problema de salud. El aumento de la esperanza de vida vivida en buen estado de salud tiene importantes implicaciones para la salud y los sistemas de atención sanitaria.

Según datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS), las enfermedades crónicas, son la causa del 60% de las muertes a nivel mundial y desencadenan el 75% del gasto público sanitario.

Este tipo de enfermedades provoca importantes efectos adversos en la calidad de vida de los enfermos afectados, es causa de muerte prematura y tiene efectos económicos importantes y subestimados en las familias, las comunidades y la sociedad en general.

Las enfermedades cardiovasculares son la principal causa de muerte en todo el mundo, y representan el 30% de la mortalidad mundial y tres cuartos partes de las defunciones por enfermedades crónicas en los países en desarrollo. En el caso de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) se calcula que ocasiona 2,75 millones de muertes anuales en todo el mundo, lo que supone casi el 5% de la mortalidad total.

Además del coste en pérdida de salud, la enfermedad crónica supone un elevado coste económico para los sistemas sanitarios y para los propios enfermos y su entorno.

En este sentido, los costes en los pacientes con más de una enfermedad crónica llegan a multiplicarse por 6 respecto a los que no tienen ninguna o solo tienen una. Una muestra de ello es que, en la actualidad, dos tercios del gasto sanitario de algunas organizaciones está motivado por los pacientes con cinco o más enfermedades crónicas, multiplicando estos pacientes por diecisiete el gasto sanitario y por veinticinco el gasto hospitalario. Si este problema no se aborda adecuadamente, no solo consumirá la mayor parte de recursos de los sistemas sanitarios, sino que puede llegar a cuestionar la sostenibilidad de nuestro actual sistema de salud.

Se prevé que en 2020 cerca del 70 % de la población estará en una situación de cronicidad y España será, por delante incluso de Japón, el país donde la vida media de los ciudadanos sea más alta.

En España se estima que la prevalencia de las principales patologías crónicas incluye por ejemplo a más de 13,5 millones de pacientes con hipertensión arterial, más de 4 millones de pacientes con diabetes mellitus, más de 2 millones de pacientes con asma, más de 1,8 con enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) o un alto número de personas con cardiopatías crónicas con más de 1,6 millones de pacientes con insuficiencia cardiaca, y más de 1,2 con cardiopatía isquémica.

Tradicionalmente, el modelo organizativo de atención sanitaria ha estado enfocado en mayor medida a la atención de pacientes agudos, con los pacientes con enfermedades crónicas incorporados en esta dinámica asistencial. De esta forma, el paciente con patologías crónicas era atendido de forma puntual cuando su estado de salud empeoraba y desaparecía del sistema hasta que nuevamente padecía una descompensación.

Se estima que más del 50% de la población con enfermedades crónicas padece múltiples patologías a tratar durante los años restantes de su vida. A pesar de que el patrón de las enfermedades está cambiando, los sistemas de atención a la salud no habían evolucionado hasta el momento al mismo ritmo.

Es necesaria una respuesta encaminada garantizar la sostenibilidad del sistema sanitario mejorando la eficiencia y los resultados en salud junto con la calidad de vida y la satisfacción de los pacientes y en los últimos años se ha avanzado significativamente en la definición de modelos de gestión de pacientes con enfermedades crónicas basados en la innovación para optimizar los recursos asistenciales actuales.

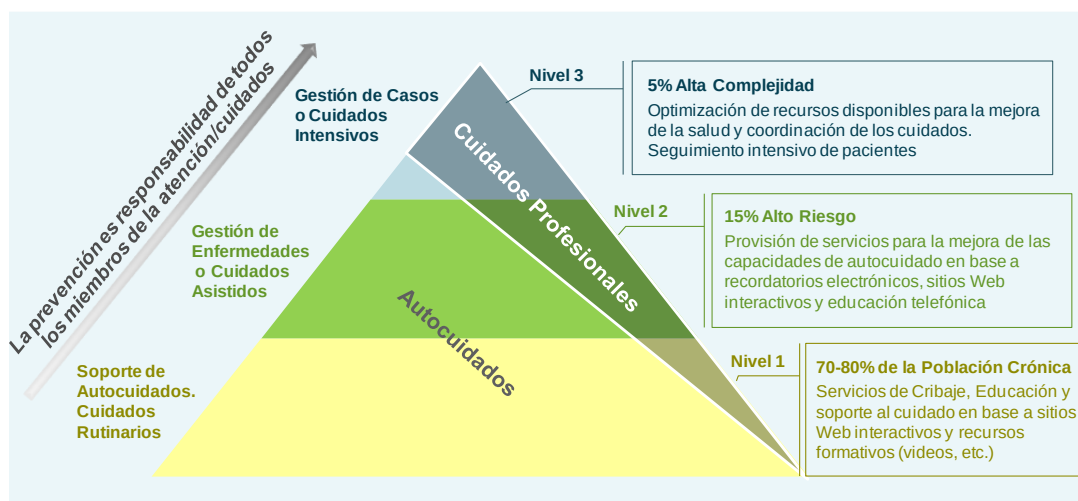
Estos modelos buscan pasar de un enfoque tradicional presencial, reactivo, centrado en la curación y en el que el paciente es un sujeto pasivo a un modelo de medicina proactiva, más centrado en la prevención y los cuidados, y que parte inicialmente de establecer una segmentación de pacientes necesaria para determinación del riesgo de enfermedad y la identificación de necesidades de atención.

El alcance de las intervenciones que se diseñan variará en función de la patología y del riesgo del paciente asignándose planes específicos para cada enfermedad crónica y sus posibles asociaciones y el nivel de riesgo identificado. La estratificación de la población según su nivel de riesgo, utiliza la evaluación de las características como las variables personales, carga de morbilidad, utilización de servicios, necesidad de cuidados, etc. Asimismo también se generan sistemas de análisis capaces de definir esa segmentación y que puedan predecir las necesidades del paciente, permitiendo al profesional anticiparse en sus actuaciones y ser proactivo.

Adaptado un modelo de referencia, como es el establecido por *Kaiser permanente*, se debe definir la segmentación o estratificación de la población según las necesidades identificando tres niveles de intervención según el nivel de complejidad del paciente con patologías crónicas:

- Nivel 3: Pacientes de mayor complejidad con frecuente comorbilidad. En ellos es necesaria una gestión integral del caso en su conjunto, con cuidados fundamentalmente profesionales.
- Nivel 2: Pacientes de alto riesgo pero de menor complejidad en lo que respecta a su comorbilidad. Se propone una gestión de la enfermedad que combina autogestión y cuidados profesionales.
- Nivel 1: Pacientes con enfermedades crónicas con condiciones todavía en estadios incipientes. La idea es ofrecer apoyo para favorecer su autogestión.

Ilustración 1: Adaptación del modelo de segmentación de Kaiser permanente



El contexto de la cronicidad descrito, en el que según se estima el III Plan de Salud de la Comunidad Valenciana en el año 2020 el 78% de las actuaciones sanitarias tendrán como objeto la patología crónica, genera una creciente necesidad de cambio en el modelo sanitario y en la previsión, prevención y asistencia a los pacientes que padecen enfermedades crónicas.

En consonancia con esta situación la Conselleria de Sanitat ha elaborado su nueva estrategia de atención a la cronicidad en un modelo que enfatiza la necesidad de adaptar la organización e implicar a los pacientes y ciudadanos apoyándose en soluciones innovadoras y en las nuevas tecnologías.

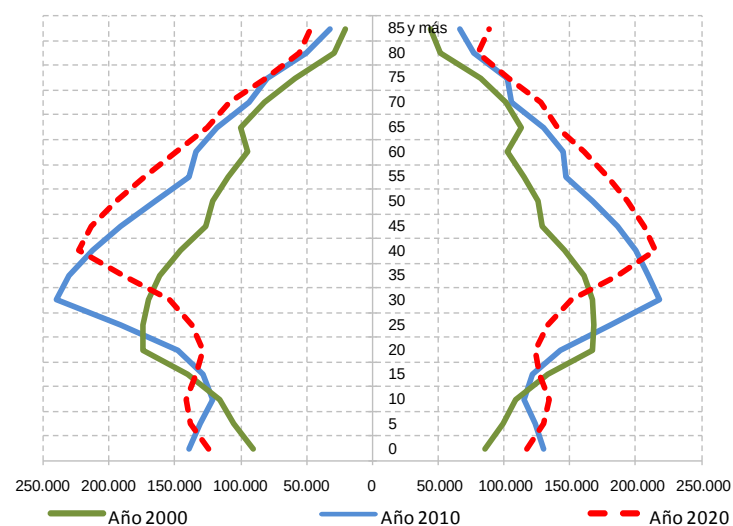
II. LA CRÓNICIDAD EN LA COMUNIDAD VALENCIANA

La estructura de la población de la Comunidad Valenciana ha cambiado en las últimas décadas, consolidándose un progresivo envejecimiento de la población.

Este envejecimiento se agrava por el aumento de las personas más mayores, con edades de entre 80 y más años (envejecimiento del envejecimiento), el cual está favorecido por un incremento de la esperanza de vida.

Con datos actualizados a 2009, recogidos en el Instituto Nacional de Estadística, la esperanza de vida en la Comunidad Valenciana fue de 81,19 años de media; 84,11 años para las mujeres y 78,27 para los hombres.

Ilustración 2: Pirámide de población de la Comunidad Valenciana. Años 2000, 2010 y 2020



Fuente: INE. Datos del padrón y proyecciones de población a corto plazo. 2010-2020.

Es necesario tener en consideración que con la edad se aumenta el riesgo de sufrir enfermedades crónicas, discapacidad, dependencia, a la vez que existe una mayor probabilidad de padecer morbilidad. De esta forma, esta tendencia del envejecimiento de la población lleva asociado un incremento en el número de enfermos crónicos.

Las enfermedades crónicas avanzadas, limitan severamente las actividades básicas o instrumentales de la vida de forma continuada y durante un periodo de tiempo prolongado.

Actualmente puede estimarse que alrededor del 60% de la población adulta en la Comunidad Valenciana padece algún tipo de enfermedad crónica estimándose que dichas enfermedades consumen entre el 70 y el 80% del gasto total del sistema sanitario lo que hace necesaria una adecuada gestión del paciente con patologías crónicas para garantizar la sostenibilidad del sistema sanitario en nuestra Comunidad.

De esta forma, se considera que la atención a los pacientes con enfermedades crónicas en la Comunidad Valenciana supone el 80% de las consultas de Atención Primaria, el 60% de los ingresos hospitalarios y dos tercios de los pacientes atendidos en urgencias, además del elevado consumo de medicamentos, siendo gran parte de los enfermos crónicos polimedicados.

Las principales patologías crónicas que debido a su importancia y prevalencia en la población generan también una mayor actividad en Atención Primaria y consumo de recursos hospitalarios son la insuficiencia cardiaca, la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), el asma, la cardiopatía isquémica, la hipertensión arterial y la diabetes mellitus. De forma muy sintética se hace referencia a ellas a continuación

La **Insuficiencia cardiaca** presenta una alta mortalidad y morbilidad con importante deterioro de la calidad de vida, frecuentes ingresos hospitalarios, (principal motivo de ingreso médico) con importante consumo de recursos,

Se estima que supone entre el 1-2% del coste sanitario global que, en un 75%, es atribuible a las hospitalizaciones con un ocupación del 10% de las camas hospitalarias

La supervivencia media de los pacientes con grados avanzados de IC es menor que la de muchos tipos de cáncer.

Según datos de la encuesta nacional de morbilidad hospitalaria en la Comunidad valenciana las altas hospitalarias por insuficiencia cardiaca son aproximadamente 220 por 100.000 habitantes, generando en 2009 un total de 76.022 estancias con una estancia media de 7,42 días

La **EPOC** origina un 10-12% de las consultas en atención primaria, un 35-40% de las consultas de neumología y un 7% de los ingresos hospitalarios.

En 2009 las altas hospitalarias por EPOC fueron 182 por 100.000 habitantes en la Comunidad valenciana, con un total de 72.883 estancias y una estancia media de 6,62 días.

La tasa bruta de mortalidad en la Comunidad Valenciana es de 33,3 fallecimientos por cada 100.000 habitantes, siendo la sexta causa de muerte

El **asma** es una de las enfermedades crónicas más prevalentes en la sociedad actual. Se estima una prevalencia del 4,9% en España.

La mayoría de los pacientes con asma la padecen desde la infancia, siendo en esta etapa, el problema de salud crónico de mayor prevalencia (alrededor del 30% en algunos tramos de edad).

En términos económicos, el asma ocasiona una importante demanda y consumo de recursos sanitarios y genera un gran impacto social y tiene un coste elevado. Se estima que el coste medio anual de un paciente asmático es de 1.726 € y si es mayor de 65 años es de 2.078 €. Un 70% del coste, se atribuye a un mal control del asma. Además, es una de las principales causas de absentismo laboral.

Las enfermedades cardiovasculares y cerebrovasculares, que suponen las primeras causas de mortalidad con gran frecuencia están provocadas o agravadas por la **diabetes**. La prevalencia real de esta enfermedad podría afectar al 13 % de los ciudadanos de la Comunidad en la Comunidad Valenciana según el Plan de Diabetes de. La tasa bruta de mortalidad por diabetes en la Comunidad Valenciana es de 26,2 por cada 100.000 habitantes.

La **cardiopatía isquémica** es la principal causa de muerte y una de las causas de mayor morbilidad y pérdida de calidad de vida relacionada con la salud para el conjunto de la población. En 2009 las enfermedades isquémicas del corazón supusieron el 9,3% de todas las defunciones (10,2% en varones y 8,2% en mujeres), con una tasa bruta de mortalidad de 71,2 por 100.000 habitantes.

Dentro de la enfermedad isquémica del corazón, el infarto agudo de miocardio es la enfermedad más frecuente con un 64% (67% en los varones y 60% en las mujeres).

La prevalencia cardiopatía isquémica entre la población general de 25 a 74 años se estima en 7,30% en varones y 7,50% en mujeres. La tasa de incidencia del

infarto agudo de miocardio (IAM) por 100.000 entre la población general de 25 a 74 años se cifra entre 135-210 en varones y 29-61 en mujeres.

La **Hipertensión Arterial** mal controlada conlleva mayor incidencia, hospitalización y mortalidad de enfermedades cardiovasculares (infarto agudo de miocardio, ictus), enfermedad renal y cerebral e insuficiencia cardiaca estimándose que la hipertensión está relacionada con la muerte de unas 40.000 personas al año en la población española mayor de 50 años.

Una estimación de prevalencia de las principales enfermedades crónicas en la Comunidad Valenciana se recoge a siguiente tabla siguiendo los porcentajes aceptados para la población española. Muchos de estos pacientes presentan al mismo tiempo varios problemas de salud identificándose como enfermos pluripatológicos que requieren especial atención. Esta estimación de prevalencia no significa que todos los pacientes estén diagnosticados actualmente. Este aspecto es especialmente significativo en la EPOC, cuya prevalencia estimada es del 10% en la población mayor de 40 años de acuerdo a estudios especializados, lo que implica que en la Comunidad Valenciana se verían afectadas 254.179 personas de las que aproximadamente, 185.550 desconocerían el padecimiento de esta enfermedad.

Tabla 1: Prevalencia estimada de las principales enfermedades crónicas en la Comunidad Valenciana

Problema de salud	Prevalencia	Nº de pacientes estimados
Hipertensión arterial	35% (población de 18 y más años)	1.471.512
Diabetes	8% (población de 16 y más años)	344.334
EPOC	10% (población de 40 y más años)	254.179
Insuficiencia Cardíaca	4% (población de 16 y más años)	172.167
Asma	5% (población de 16 y más años)	215.209
Cardiopatía Isquémica	5,5% (población de 45 y más años)	117.080

Fuente: En función de estudios de prevalencia a nivel estatal. Datos de población: INE. Revisión del Padrón municipal 2011. Comunidad Valenciana.

Principales resultados de seguimiento de factores de riesgo cardiovascular

A continuación se muestran los resultados, específicamente extraídos para este plan, correspondientes a los principales resultados del estudio ESCARVAL.

ESCARVAL es un proyecto que surge para dar cobertura a las necesidades de investigación en la práctica clínica en Atención Primaria, y específicamente en patología cardiovascular y se enmarca dentro de los objetivos del Plan de Prevención Cardiovascular (CV) de la Conselleria de Sanitat.

Su objetivo es realizar un seguimiento de la población valenciana a través de una herramienta de gestión de la historia clínica como es ABUCASIS II que ofrece la potencia necesaria para alcanzar objetivos de construir una escala de riesgo vascular específica para la Comunidad Valenciana. La importancia de los datos recogidos hará que sus resultados sean observados tanto a nivel nacional como internacional lo que conlleva una gran responsabilidad.

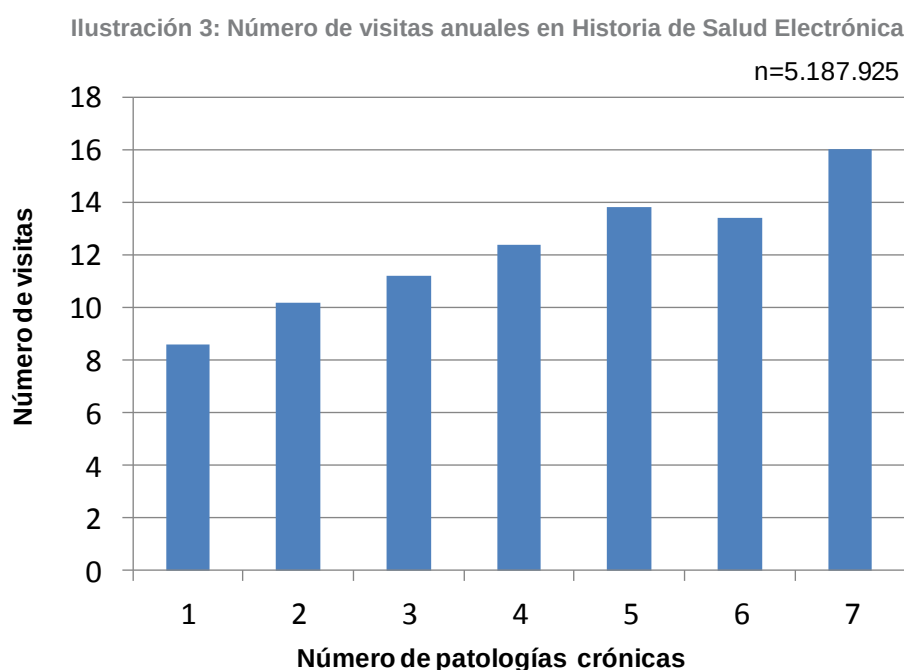
Este proyecto se ha iniciado con una faceta docente previa, realizada de Noviembre de 2007 a Abril de 2009, que ha permitido actualizar en patología Cardiovascular a todos los investigadores (más de 800 médicos y enfermeras de

Atención Primaria), facilitando la homogeneidad de los criterios preventivos, diagnósticos y terapéuticos.

Se han recogido hasta junio del 2011, datos correspondientes a la revisión de **5.187.925** historias de salud electrónicas con información sobre registro de patologías (prevalencia registrada) y realización de actividades de cribado para identificar factores de riesgo de enfermedad cardiovascular.

En los datos obtenidos existe en general un infrarregistro respecto a las prevalencias esperadas según estudios de investigación

En general se aprecia que el número de visitas a atención primaria se incrementa a medida que aumenta el número de patologías crónicas que padece el paciente tal y



HSE = Historia de Salud Electrónica

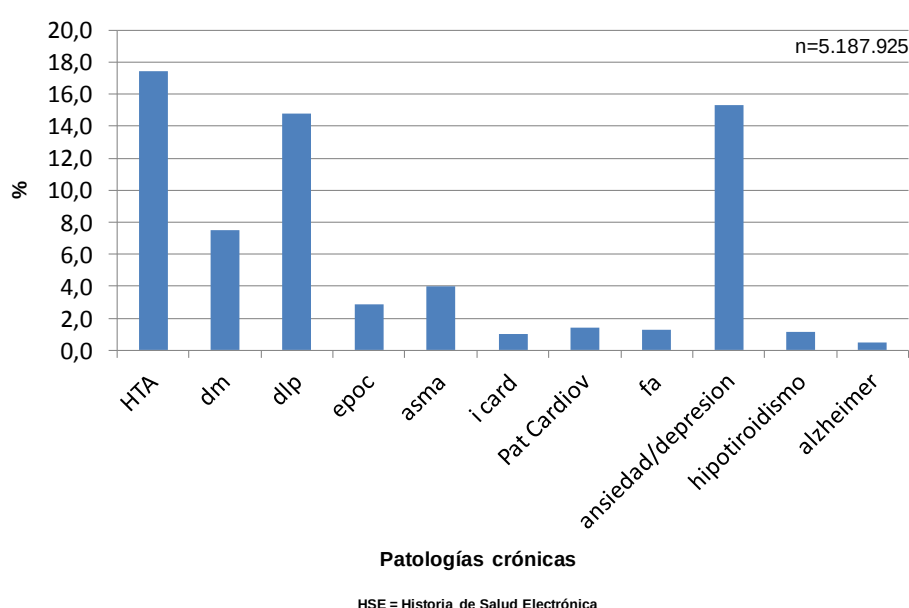
como se refleja en el siguiente gráfico.

1.1. Análisis de la prevalencia registrada en la Historia de Salud Electrónica

- **Prevalencia registrada en Historia de Salud Electrónica (HSE) de patologías crónicas**

La Hipertensión Arterial es la patología crónica que presenta mayor prevalencia registrada en la HSE en la población de la Comunidad Valenciana, ya que afecta casi a un 18% de la misma. Le sigue la ansiedad/depresión junto con la dislipemia, superando ambas el 14% de población que las padece. En cualquier caso, se estima la prevalencia real de estas enfermedades es muy superior a la que ha sido registrada en la Historia de Salud Electrónica de la Comunidad Valenciana.

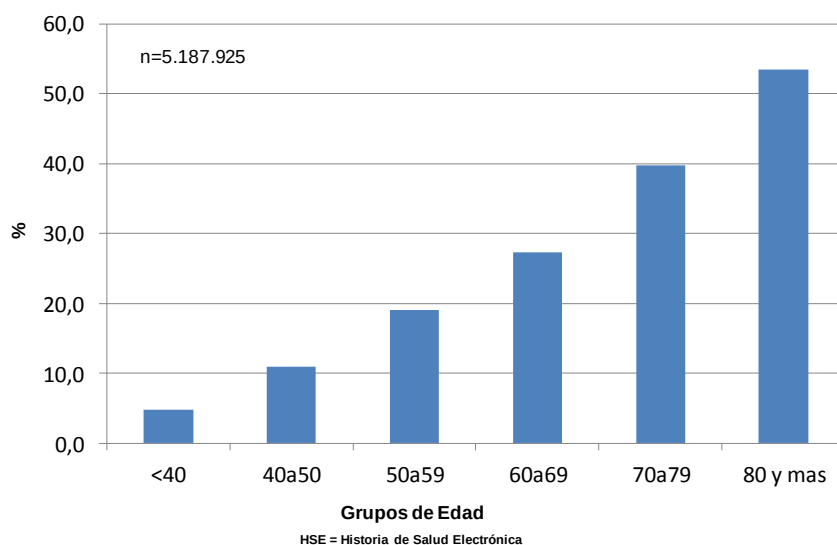
Ilustración 4: Prevalencia registrada en Historia de Salud Electrónica de patologías crónicas



- **Prevalencia de patologías crónicas y edad**

Del análisis de la prevalencia atendiendo a las patologías crónicas y la edad, se observa que existe una relación entre la edad y el porcentaje de población que padece patologías crónicas, de tal forma, que a mayor edad el porcentaje de población afectada por alguna patología crónica también es más elevado. De este modo, algo más del 50% de la población con edades comprendidas entre los 80 y más años tiene registrada en su historia clínica alguna patología crónica.

Ilustración 5: Prevalencia de patologías crónicas y edad

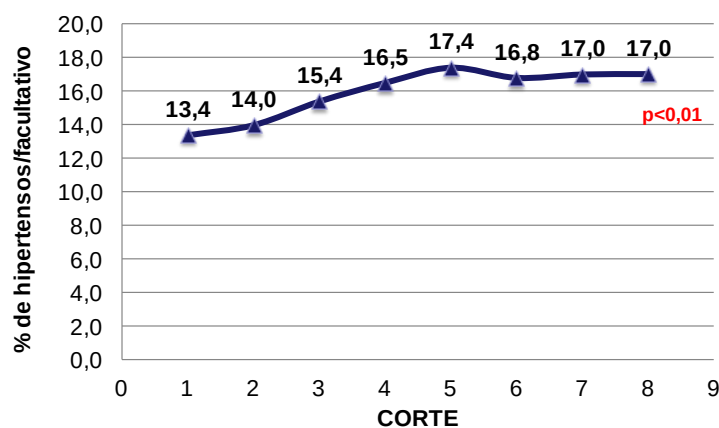


- Prevalencia de la Hipertensión Arterial**

Del análisis de la evolución temporal de los datos registrados en la Historia Clínica de Salud se desprende que existe una mayor concienciación de los profesionales en la necesidad de identificar a los pacientes que padecen esta enfermedad.

De esta forma el porcentaje de pacientes hipertensos registrados en el momento inicial ha sido de 13,4% frente al 17% considerado en el último periodo. A pesar de ello, todavía es necesario mejorar la identificación de estos pacientes, puesto que se estima que la prevalencia de la Hipertensión Arterial es del 35% en la población que tiene entre 18 y más años.

Ilustración 6: Prevalencia de la Hipertensión Arterial

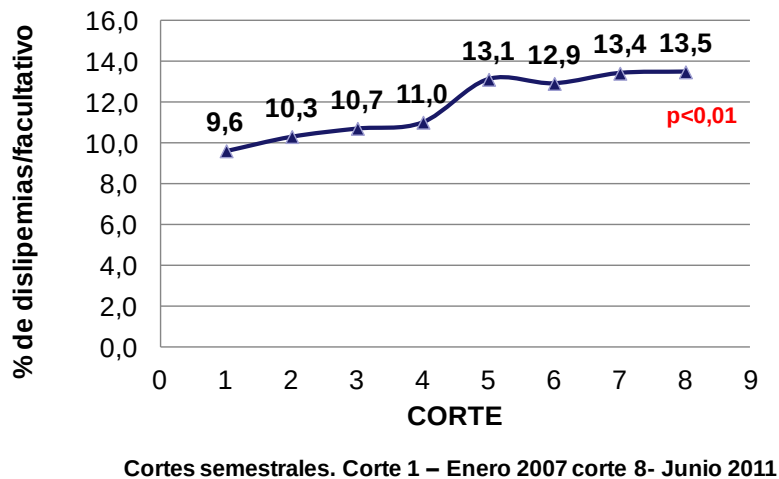


Cortes semestrales. Corte 1 – Enero 2007 corte 8- Junio 2011

- **Prevalencia de la Dislipemia**

La prevalencia de hipercolesterolemia en la población española es alta y en personas de 35 a 64 años de edad, se estima que el 18% tiene una colesterolemia igual o superior a 250 mg/dl y el 58% igual o superior a 200 mg/dl . El análisis de los datos de prevalencia de la dislipemia reflejados en la Historia Clínica de Salud indica que durante el periodo considerado se ha mejorado el porcentaje de pacientes identificados que padecen dislipemia pasando del 9,6% de prevalencia registrada en el periodo inicial hasta el 13,5% durante el periodo final considerado.. Sin embargo, se estima que la prevalencia real de la dislipemia en la Comunidad Valenciana es mayor ya que trabajos sobre población de nuestra comunidad hablan del 22,6% de hipercolesterolemicos conocidos, lo que implica que existe un déficit en la identificación y registro de estos pacientes en la Historia de Salud Electrónica en la Comunidad Valenciana.

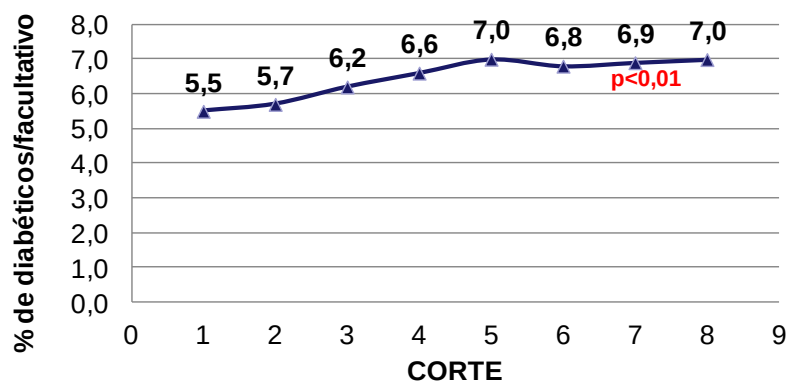
Ilustración 7: Prevalencia de la Dislipemia



- **Prevalencia de la Diabetes Mellitus**

Asimismo con relación a la Diabetes Mellitus también se observa una ligera mejora en el registro de la población afectada por esta enfermedad, pasando de un 5,5% de pacientes registrados en el momento inicial del estudio al 7% en el periodo final considerado. Esta cifra, se acerca bastante a la prevalencia estimada del 8% para personas de 16 o más años.

Ilustración 8: Prevalencia de la Diabetes Mellitus



Cortes semestrales. Corte 1 – Enero 2007 corte 8- Junio 2011

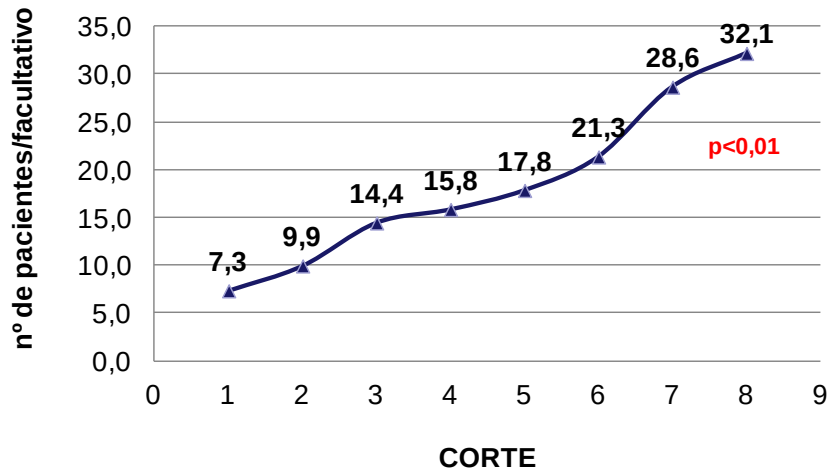
1.2. Actividad de cribado para la identificación de los principales factores de riesgo cardiovascular

Entre los principales factores de riesgo cardiovascular se encuentra el consumo de alcohol, el tabaquismo, padecer hipertensión arterial, diabetes mellitus o colesterol. La importancia de identificar estos factores y actuar sobre ellos tiene alto impacto en la prevención de enfermedades crónicas.

- **Cribado del consumo de alcohol**

Durante el periodo de estudio, se aprecia un incremento significativo en el número medio de pacientes por facultativo a los que se les ha realizado un cribado de consumo de alcohol, pasando del 7,3 pacientes por facultativo en enero de 2007 a 32,1 en junio de 2011.

Ilustración 9: Cribado del consumo de alcohol

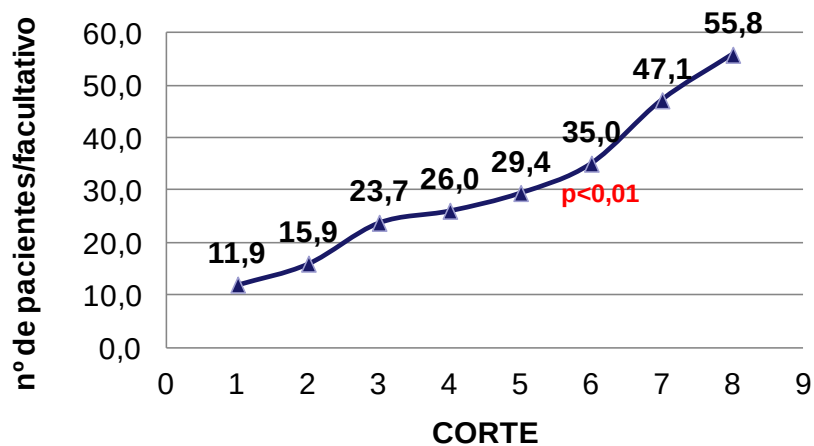


Cortes semestrales. Corte 1 – Enero 2007 corte 8- Junio 2011

- **Cribado del consumo de tabaco**

Asimismo, durante el periodo de análisis considerado se ha constatado un incremento en el cribado de tabaquismo que realiza el personal sanitario a sus pacientes, pasando del 11,9 por término medio en enero de 2007 a 55,8 en junio de 2011.

Ilustración 10: Cribado del tabaquismo

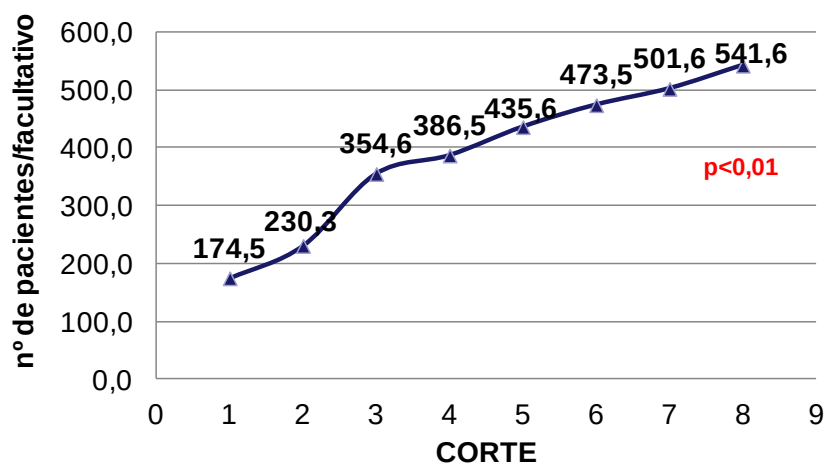


Cortes semestrales. Corte 1 – Enero 2007 corte 8- Junio 2011

- **Cribado de la Hipertensión Arterial**

El cribado de la hipertensión arterial también se ha incrementado de forma significativa, pasando de 174,5 pacientes que eran cribados por término medio por el facultativo en enero de 2007 a 541,6 en junio de 2011.

Ilustración 11: Cribado de la Hipertensión Arterial

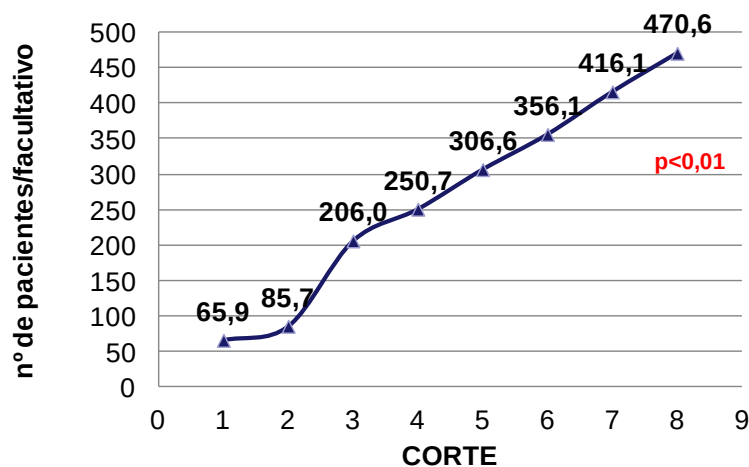


Cortes semestrales. Corte 1 – Enero 2007 corte 8- Junio 2011

- **Cribado de la Diabetes Mellitus**

Igualmente, se aprecia un incremento notable el número medio de pacientes cribados por facultativo en lo relativo a la diabetes mellitus, pasando de 65,9 a 470,6 en cuatro años y medio.

Ilustración 12: Cribado de la diabetes mellitus

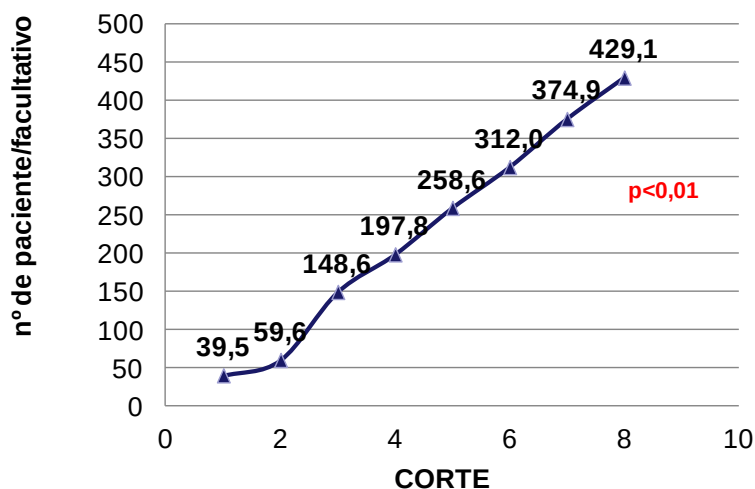


Cortes semestrales. Corte 1 – Enero 2007 corte 8- Junio 2011

- **Cribado del Colesterol**

Por lo que se refiere al colesterol, también se aprecia una tendencia creciente en el número de medio de pacientes por facultativo a los que se les realiza el cribado de esta enfermedad, de este modo en enero de 2007 se llevaba a cabo un cribado medio de 39,5 frente a los 429,1 que se realizaban en junio de 2011.

Ilustración 13: Cribado del colesterol



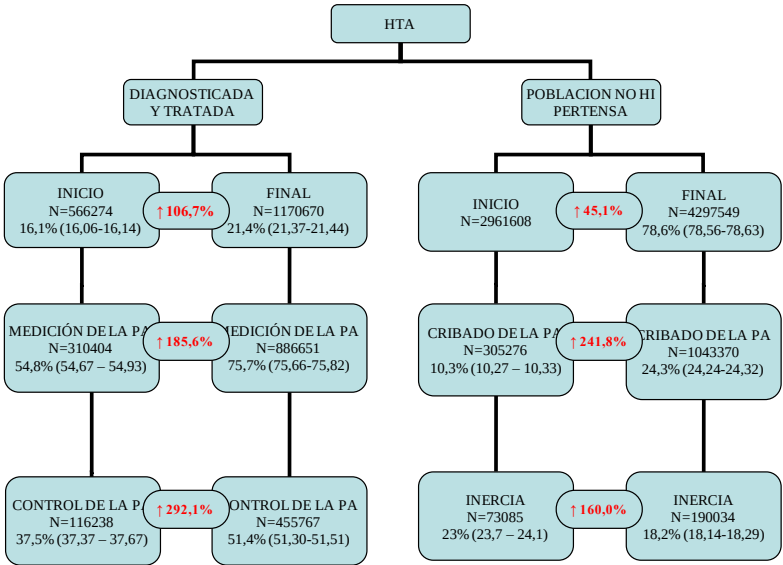
Cortes semestrales. Corte 1 – Enero 2007 corte 8- Junio 2011

1.3. Evolución de la Hipertensión Arterial, la Dislipemia y la Diabetes

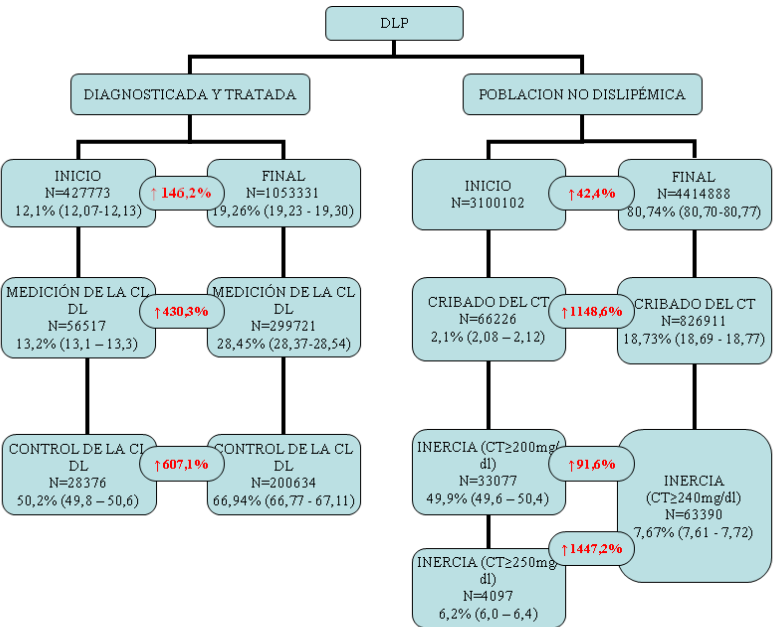
A modo de conclusiones de este apartado se recogen de forma esquemática la evolución de los datos desde enero de 2007 hasta junio de 2011 indicando la situación inicial y la final tanto en diagnostico, seguimiento y grado de control de las tres las enfermedades crónicas que suponen los principales patologías asociadas

como factores de riesgo cardiovascular, la hipertensión arterial, la dislipemia y la diabetes mellitus. En todos los casos la mejora ha sido muy significativa.

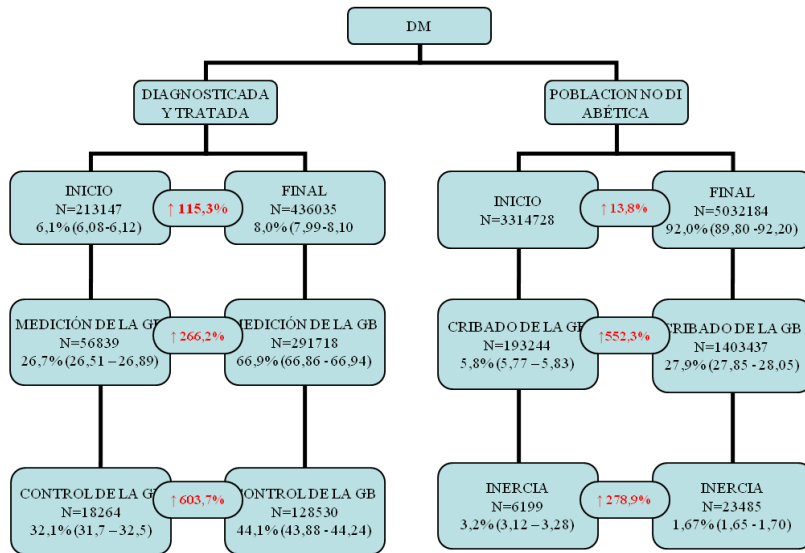
- **Hipertensión Arterial**



- **Dislipemia**



- Diabetes Mellitus



III. ESTRATEGIA DE ATENCIÓN A PACIENTES CON ENFERMEDADES CRÓNICAS EN LA COMUNIDAD VALENCIANA

La estrategia global en materia de salud que establece los objetivos sanitarios en la Comunidad Valenciana hasta el 2013, queda reflejada en el **III Plan de Salud de la Comunidad Valenciana**. Entre los objetivos de este plan figura específicamente el abordaje de las patologías crónicas y se enfatiza el papel del paciente y el uso de nuevas tecnologías que ofrezcan soluciones innovadoras que garanticen y mejoren el acceso a los servicios sanitarios.

El **objetivo** de la estrategia de para mejorar la atención a las personas con enfermedades crónicas de la Comunidad Valenciana es:

Proporcionar una atención integral de calidad, eficiente y eficaz, con el fin de reducir las consecuencias de la enfermedad y la dependencia en los pacientes con problemas de salud crónicos, mediante la prestación de servicios adecuados en cada momento, consiguiendo mejores resultados de salud, mayor satisfacción ante la atención socio-asistencial y mejor calidad de vida.

Asimismo, la **visión** abarca:

Avanzar en el modelo de atención a pacientes con enfermedades crónicas hasta conseguir una intervención adaptada que responda a las necesidades reales de este tipo de pacientes, ofreciendo la mejor atención en cada momento, tanto desde una perspectiva puramente asistencial como sociosanitaria.

Dotar a nuestros profesionales de herramientas que les permitan desarrollar su trabajo en las mejores condiciones y potenciar en atención primaria su labor como gestores de los pacientes, avanzando en el desarrollo de nuevas competencias asistenciales.

Mejorar la eficiencia del sistema sanitario como resultado de la introducción de mejoras organizativas, apoyadas en el uso de tecnologías y de una gestión idónea y más racional de los recursos asistenciales.

El desarrollo de las líneas del Plan de atención a pacientes con enfermedades crónicas de la Comunidad Valenciana incluirá para cada de ellas objetivos específicos como los que se recogen a continuación:

- Implementar estrategias asistenciales adaptadas a las características propias de los pacientes con enfermedades crónicas.
- Mejorar la eficiencia y sostenibilidad del sistema sanitario mediante un uso adecuado de los recursos asistenciales.
- Incorporar dispositivos de telemedicina y ofrecer nuevas herramientas de trabajo a los profesionales apoyados en la tecnología.
- Mejorar la calidad de vida y la autogestión de la enfermedad en pacientes con enfermedades crónicas.
- Favorecer la gestión del paciente en los equipos asistenciales de atención primaria.
- Hacer efectiva la coordinación entre los diferentes recursos asistenciales y sociales.
- Desarrollar nuevas competencias en los profesionales del sistema sanitario a través de la formación de los profesionales y el desarrollo de nuevos roles asistenciales.

Los resultados esperados de la aplicación del Plan de atención a pacientes con enfermedades crónicas deben permitir mejorar la calidad de vida de los pacientes con enfermedades crónicas, disminuir los ingresos hospitalarios innecesarios y prevenibles; retrasar, en lo posible, la evolución de la enfermedad, potenciar los autocuidados y la participación activa de los pacientes sobre su propia enfermedad y contribuir a la sostenibilidad del sistema sanitario optimizando la actividad y los recursos dedicados a la atención a la cronicidad.

Para conseguir sus objetivos el plan de mejora de la atención de los pacientes con enfermedades crónicas en la Comunidad Valenciana se vertebra en tres ejes estratégicos:

- Transformar la organización
- Implicar a los profesionales

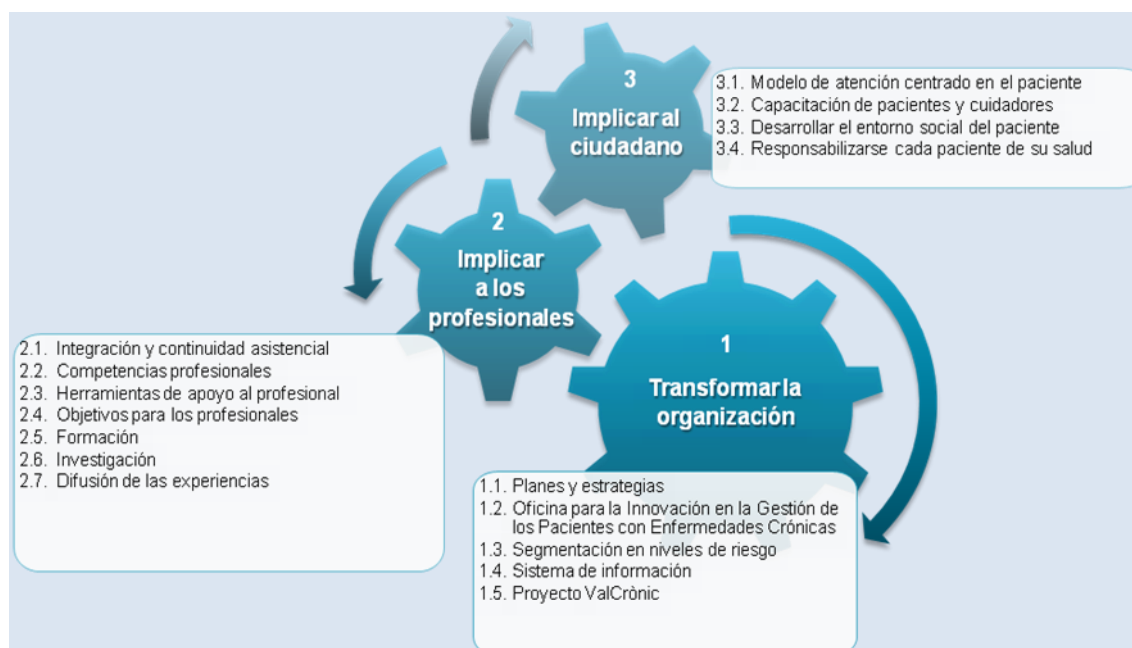
- Implicar al ciudadano

Estos ejes incluyen las líneas de actuación y acciones que se describen a continuación. Cada línea de acción se desarrolla siguiendo la siguiente estructura:

- Identificación de iniciativas desplegadas o en fase de desarrollo en la Comunidad Valenciana.
- Propuesta de acciones estratégicas a desarrollar para cada una de las líneas.

El esquema que recoge los ejes y líneas de actuación se muestra en la siguiente figura:

Ilustración 14: Ejes y líneas de actuación del plan de atención a pacientes con enfermedades crónicas



1. TRANSFORMAR LA ORGANIZACIÓN

El modelo de organización para la mejora de la atención al reto de la cronicidad debe ser flexible, generando la organización funcional y los instrumentos más adecuados, de modo que finalmente, se produce un retorno en forma de calidad y eficiencia.

Los modelos de gestión sanitaria avanzada en la atención a los pacientes crónicos, deben tender hacia un escenario óptimo en la combinación de aspectos organizativos, herramientas de gestión y tecnología.

Para avanzar en la transformación necesaria se contempla el desarrollo de las siguientes líneas y acciones:

1.1. Planes y estrategias

Enfoque e iniciativas desplegadas

La Comunidad Valenciana de forma sistemática implanta sus estrategias a través del desarrollo de planes específicos. Dentro del ámbito de la cronicidad podemos destacar los siguientes planes cuya implantación y desarrollo es una de las líneas principales sobre las que ha trabajado el sistema sanitario público valenciano en los últimos años:

1. Plan integral de atención sanitaria a las personas mayores y a los enfermos crónicos en la Comunidad Valenciana 2007-2011.

El plan ha supuesto la reordenación de los recursos generados en los últimos años y sus principales objetivos han sido el desarrollo de acciones para que la ciudadanía disfrute de unas condiciones de vida óptimas, y obtenga una respuesta satisfactoria a sus necesidades de salud, cuando sea preciso. El plan ha desarrollado diferentes líneas y actuaciones buscando la integración de la cartera de servicios y la gestión eficiente, la coordinación e integración de niveles asistenciales, la capacitación profesional, la formación de cuidadores y pacientes, el sistema de información integrado y la investigación.

Dando continuidad a la estrategia y avanzando en este marco se desarrolla el presente plan de atención a pacientes con enfermedades crónicas de la Comunidad Valenciana.

2. Plan de atención al Ictus en la Comunidad Valenciana 2011-2015.

El plan pretende organizar los dispositivos asistenciales necesarios para garantizar que los ciudadanos de la Comunidad Valenciana dispongan de todos aquellos

recursos que han demostrado disminuir la mortalidad, así como mejorar la calidad de vida en los pacientes que sufren un Ictus.

3. Plan integral de cuidados paliativos de la Comunidad Valenciana 2010-2013.

El plan busca garantizar una atención integral que responda a las necesidades expresadas por el paciente y su familia, lo que implica un salto cualitativo y cuantitativo en la atención, ya que se proporciona la asistencia en el entorno que resulte más conveniente para cada persona, teniendo en cuenta sus preferencias.

4. Plan de Prevención de Enfermedades Cardiovasculares de la Comunidad Valenciana (PPECV-CV)

El principal objetivo de este plan ha sido la reducción de la morbilidad cardiovascular en la población de la Comunidad Valenciana, estableciendo como prioridad el incremento de los hábitos de vida saludables.

5. Plan de Salud en Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) 2010-2014

El plan de EPOC contempla el desarrollo de seis líneas estratégicas que adaptan la estrategia del Sistema Nacional de Salud: Prevención y diagnóstico, Atención al paciente con patologías crónicas, Atención al paciente agudo, Cuidados Paliativos, Formación e Investigación. Además, se establece un sistema de monitorización y de valoración a través de indicadores de calidad asistencial que permiten la evaluación de cada una de las acciones y conocer el impacto que el desarrollo de estas estrategias tiene en la mejora la atención de la EPOC en la Comunidad Valenciana.

6. Plan de Diabetes de la Comunidad Valenciana 2006 – 2010

El plan contemplaba la puesta en marcha de diferentes programas con actividades dirigidas a mejorar la eficacia y eficiencia para alcanzar los objetivos propuestos. Dichos programas estaban basados en la evidencia científica, para facilitar protocolos de actuación diagnóstico-terapéutica con el propósito de unificar criterios de actuación ante las situaciones que se presentan en la atención sanitaria cotidiana de las personas con diabetes.

Acciones para su desarrollo

1. Implantar las acciones contempladas en las estrategias relacionadas con las enfermedades crónicas vigentes en la Comunidad Valenciana
2. Desarrollar los objetivos incluidos en el III Plan de Salud que definen la inclusión de un 20% de los pacientes con enfermedades crónicas en programas que aborden nuevos modelos de gestión de la cronicidad.

1.2. Oficina para la Innovación en la Gestión de los Pacientes con Enfermedades Crónicas

Enfoque e iniciativas desplegadas

En 2011 se ha constituido la Oficina para la innovación en la gestión de los pacientes con enfermedades crónicas de la Agencia Valencia de Salud. Su objeto es llevar a cabo una coordinación eficaz de los diferentes servicios, unidades y programas que engloban la atención a los pacientes crónicos y conseguir una integración de los distintos niveles de atención que faciliten las decisiones clínicas y gestoras. Para ello se hace necesaria la consolidación de una oficina que respetando la dirección operativa de cada uno de ellos, gestione desde una visión integral la implantación y soporte funcional de las iniciativas y los programas de mejora de atención a la cronicidad.

Acciones para su desarrollo

La Oficina para la innovación en la gestión de los pacientes con enfermedades crónicas desarrollará las siguientes funciones:

1. Coordinar la estrategia gestión crónicos.
2. Identificar, difundir y promover la implantación de iniciativas y buenas prácticas en pacientes crónicos en el ámbito de la Agencia Valenciana de Salud.
3. Facilitar el intercambio de conocimientos, experiencias, y recursos con otros entornos sanitarios nacionales e internacionales.
4. Identificar las iniciativas para la gestión de pacientes crónicos en el ámbito de la Agencia Valenciana de Salud y recopilar documentación sobre las mismas.
5. Evaluar iniciativas para la mejora de la atención en enfermedades crónicas desarrolladas en la Comunidad Valenciana.
6. Promover el desarrollo e implantación de las iniciativas cohesionando y facilitando la integración entre niveles.
7. Realizar y actualizar el Plan de Crónicos dentro de los planes de salud de la Comunidad Valenciana.

1.3. Segmentación en niveles de riesgo

Enfoque e iniciativas desplegadas

Los modelos innovadores de gestión de pacientes crónicos establecen una segmentación de pacientes ya que estratificar a los pacientes permite intervenir en cada grupo, en función del

nivel de complejidad. La implantación del sistema de estratificación poblacional resulta factible en la Comunidad Valenciana por el nivel de desarrollo de los actuales sistemas de información que permiten el análisis de múltiples fuentes de datos. En este aspecto se están desarrollando actualmente dos proyectos

1. La Dirección General de Farmacia está llevando a cabo un programa de clasificación basado en clasificación basada en grupos de riesgo clínico CGR. Los grupos de riesgo clínico, o CRG, se utilizan para clasificar las personas en categorías clínicas mutuamente excluyentes a partir de la información de todos los contactos en cualquier ámbito asistencial. Los CRG pueden utilizarse, entre otras aplicaciones posibles, para los siguientes fines: a) el seguimiento de las tasas de prevalencia de enfermedades crónicas; b) comprender los patrones de utilización y consumo de servicios; c) desarrollar aplicaciones de ajuste de riesgos y precios, y d) relacionar consumo, satisfacción y medidas de calidad asistencial desde el punto de vista del paciente.
2. Para la segmentación de toda la población de la Comunidad Valenciana en función del nivel de riesgo relacionado con la cronicidad se utilizará el modelo CARS desarrollado por la Universidad Politécnica de Valencia. En su análisis el modelo utiliza datos incluidos en el actual sistema de información sanitario como los diagnósticos de enfermedades crónicas, los ingresos hospitalarios o las vistas a urgencias y el consumo de fármacos. Este modelo ha sido validado y muestra una buena especificidad y sensibilidad. La estratificación según niveles de riesgo se realizará antes de finalizar 2010 sobre toda la población de la Comunidad Valenciana y posteriormente de forma más específica en los pacientes incluidos en el plan de mejora en la atención a pacientes con enfermedades crónicas (proyecto ValCrònic).

Acciones para su desarrollo

1. Desarrollo de los CGR para disponer de una herramienta comparativa que realice una segmentación en función de necesidades de cuidados y permita un ajuste de denominadores para el gasto farmacéutico.
2. Utilización de la herramienta CARS para definición de pacientes con enfermedades crónicas de riesgo alto y medio. Los pacientes de riesgo/no riesgo quedarán marcados como tales en la historia clínica electrónica para que el profesional pueda identificarlos.
3. Los resultados de la segmentación quedarán registrados y serán accesibles a todos los profesionales de la AVS. Esto permitirá conocer la situación de la población con mayor riesgo asignada a cada profesional y establecer medidas proactivas para mejorar su control o evitar la evolución de la enfermedad.

4. Preselección específica de pacientes susceptibles de ser incluidos en el plan de mejora en la atención a pacientes con enfermedades crónicas (proyecto ValCrònic).
5. Selección definitiva de los pacientes y categorización como pacientes de alto, medio o bajo riesgo que se incluirán en programas específicos de seguimiento a través de telemedicina.

1.4. Sistema de información

Enfoque e iniciativas desplegadas

Los sistemas de información son el elemento fundamental de la tecnología que gestiona el núcleo de la actividad asistencial, sin ellos no se puede concebir una asistencia sanitaria de calidad, segura y eficiente. La gestión de la enfermedad crónica es transversal a la organización y en ella la información clínica compartida es una condición necesaria para la mejora del modelo.

La AVS apuesta por una visión única del sistema sanitario que permita la integración de la información necesaria por parte de los profesionales y el acceso a la misma por parte de los ciudadanos. Para ello se están desarrollando soluciones que contemplan:

1. **Proyecto de Historia de Salud Electrónica:** su finalidad es garantizar a los ciudadanos y a los profesionales sanitarios el acceso a aquella información clínica relevante para la atención sanitaria de un paciente desde cualquier sistema de información utilizado en el ámbito de la AVS,
2. **Historia Clínica del ciudadano:** posibilita el acceso online de los ciudadanos a sus datos de salud, propios o de sus representados, que se encuentren disponibles en formato digital en alguno de los Sistemas de Información que se integren en la historia de salud electrónica. La información a la que se podrá acceder será:
 - Historia Clínica Resumida ambulatoria (alergias, vacunas, diagnósticos activos, tratamientos activos, antecedentes).
 - Informes de atención en Urgencias.
 - Informes clínicos de alta de hospitalización.
 - Informe de Cuidados de Enfermería.
3. **Proyecto receta electrónica:** el proyecto de receta electrónica en los pacientes con enfermedades crónicas, favorece que no tengan que acudir de forma periódica a su centro de salud para renovar los tratamientos que no requieren revisión a corto plazo, sino que en la oficina de farmacia podrá recoger directamente su

medicación. Asimismo, el paciente contará con un documento con instrucciones claras sobre las pautas que debe seguir sobre su tratamiento.

4. Incorporación en los sistemas de información de un **plan de cuidados centrado en las patologías crónicas**, así como la implantación de estrategias de continuidad de cuidados.
5. **Desarrollo de observatorios terapéuticos**. Estos observatorios llevarán a cabo el análisis de la prescripción a nivel ambulatorio, en el que se incluirán patologías crónicas como la diabetes o la insuficiencia cardíaca, llegando hacer propuestas de intervención a los profesionales.

Posteriormente pasarán a analizar la gestión clínica, unificándose los datos clínicos ambulatorios y hospitalarios de los pacientes.

Asimismo, se creará un Sistema de Clasificación de Pacientes (SCP) que agrupará a toda la población SIP de la Comunidad (en sanos, agudos y crónicos) que permitirá identificar el gasto médico de cada paciente ajustado a sus patologías y permitirá la coordinación de los profesionales para corregir la variabilidad de tratamiento ante una misma enfermedad.

Acciones para su desarrollo

1. Impulsar que los sistemas de información contemplen unos criterios y variables comunes con relación a la atención de los pacientes con enfermedades crónicas, estableciendo los indicadores de calidad, de gestión y eficiencia que permitan garantizar la comparabilidad de los resultados obtenidos por centros de salud, servicios hospitalarios y departamento.
2. Definir y explotar un cuadro de mando con indicadores relacionados con el seguimiento de pacientes crónicos y difundir la información generada por el mismo.
3. Desarrollo de la historia Clínica del ciudadano, integrando información que fomente el autocuidado y la autonomía.
4. Integración de la plataforma de gestión de pacientes con enfermedades crónicas del programa de teleasistencia en los sistemas de información de la AVS.
5. Accesibilidad desde las propias herramientas habituales de trabajo de los profesionales clínicos a la toda la información generada desde los programas y planes relacionados con la cronicidad

1.5. Proyecto ValCrònic

Enfoque e iniciativas desplegadas

La Comunidad Valenciana está impulsando un ambicioso proyecto basado en el uso de tecnologías de información y comunicación en pacientes con enfermedades crónicas. El objetivo del proyecto es gestionar adecuadamente la atención de los pacientes con enfermedades crónicas mediante una solución de telemedicina que permite el seguimiento y la atención continuada de los pacientes con enfermedades crónicas. Este programa, que se ha denominado ValCrònic es una iniciativa de la Agencia Valenciana de Salud, con el apoyo de un socio tecnológico que ofrezca una solución adaptada a las necesidades del servicio, cuyo objetivo final es mejorar el servicio de atención integral a los pacientes con enfermedades crónicas en la Comunidad Valenciana.

El programa supone un proceso de transformación del modelo organizativo asistencial, en el cual las tecnologías de la información y la comunicación se constituyen como una de las palancas clave para mejorar la gestión de los pacientes con enfermedades crónicas en nuestra comunidad.

Inicialmente el programa se centra en cuatro patologías crónicas que son la diabetes mellitus Tipo 2, la EPOC, la insuficiencia cardíaca, y la hipertensión arterial y la combinación de las mismas en pacientes pluripatológicos.

El proyecto ValCrònic incorpora tecnologías innovadoras que posibilitan la monitorización a distancia, el telecuidado y el apoyo a la decisión clínica y ofrecerá a los pacientes incluidos y a sus profesionales de referencia los siguientes servicios:

- Telemonitorización de las variables biológicas de los pacientes (presión arterial, saturación de oxígeno, niveles de glucemia capilar...).
- Complementariedad de la toma de biomedidas, con la cumplimentación de cuestionarios sobre el estado de salud del paciente acerca de síntomas, actividades diarias, dieta o circunstancias en las que se ha realizado la monitorización.
- Análisis automático de los datos de monitorización y sistemas de ayuda a la toma de decisión, que permitirá al médico detectar posibles agudizaciones de la enfermedad antes de que se manifiesten los síntomas. La aplicación de telemedicina dispone de un sistema de alarmas que avisa al equipo asistencial cuando se producen variaciones anómalas en las biomedidas o cuestionarios estado de salud cumplimentados por los pacientes.
- La teleformación, apoyada en tecnologías multimedia de los pacientes y ciudadanos en general.
- La implementación semi-automatizada de guías clínicas, que den soporte a todas las actuaciones realizadas con los pacientes.

- La disponibilidad de nuevas vías de comunicación entre el paciente y el personal asistencial.

Acciones para su desarrollo

1. Implantación del proyecto de mejora de la atención a los pacientes con enfermedades crónicas ValCrònic en dos departamentos completos en el primer trimestre de 2012 (Elche y Sagunto).
2. Evaluar los resultados del programa tras el seguimiento de la población incluida en 2012. Para ello se ha definido un cuadro de mando con el objetivo de poder evaluar y realizar un seguimiento del grado de cumplimiento de los objetivos del programa ValCrònic. El conjunto de indicadores seleccionado, se obtienen directamente y de forma automática de los sistemas de información.
3. El planteamiento de implantarlo en un primer momento únicamente en dos departamentos de salud obedece a probar su eficacia. Una vez validados los resultados se extenderá el proyecto al resto de departamentos de la Comunidad Valenciana.

Dada la relevancia del proyecto Valcrònic, actualmente en fase despliegue en los departamentos de Elche y Sagunto, la información referente al mismo se amplía en el capítulo V.

2. IMPLICAR A LOS PROFESIONALES

Este eje estratégico define la mejora del modelo asistencial existente en la Comunidad Valenciana a través de la participación de los profesionales de todos los niveles asistenciales. El desarrollo de nuevos roles profesionales, las herramientas de apoyo a la toma de decisiones o la gestión del conocimiento, son aspectos que afectan a los profesionales y sobre los que se debe evolucionar con el fin de crear un nuevo concepto en la atención al paciente con enfermedades crónicas.

Para ello se contempla el desarrollo de las siguientes líneas:

2.1. *Integración y continuidad asistencial*

Enfoque e iniciativas desplegadas

Los profesionales deben organizarse en torno al paciente, para prestarle la atención que necesita a lo largo de todo su proceso asistencial. El núcleo central del proceso es atención primaria pero en el mismo participan profesionales de distintas especialidades y niveles asistenciales. Ello hace necesario el trabajo en equipo multidisciplinar, en el que se integren todos los esfuerzos y aportaciones de los profesionales para ofrecer una atención más eficiente a los pacientes.

El despliegue de las estrategias actuales, como por ejemplo el Plan de EPOC, se acompaña de acciones específicas para toda la Comunidad Valenciana para potenciar la continuidad asistencial que incluyen la orientación hacia la gestión del proceso asistencial como uno de los ejes fundamentales y definiendo acción específicas .

Al mismo tiempo se están desarrollando actualmente en los Departamentos acciones que buscan asegurar el continuo de atención, asegurando la calidad científico técnica, evitando el desplazamiento de los pacientes y aumentando la comunicación entre profesionales:

- Modelos de interconsultas no presenciales a través de la historia clínica de Abucasis utilizando el buzón de profesionales o el correo electrónico o la teleconferencia.
- Proyectos de telemedicina específicos en pacientes crónicos.
- Creación de grupos de trabajo multidisciplinarios entre primaria y especializada.
- Elaboración de guías clínicas y rutas asistenciales de cada uno de los procesos crónicos.

Acciones para su desarrollo

1. Implantar de forma común para toda la Comunidad Valenciana y adaptados a cada Departamento, vías clínicas, protocolos o procesos asistenciales de atención basados en la mejor evidencia científica para las principales patologías crónicas.
2. Proporcionar una continuidad asistencial a corto plazo por el equipo de atención primaria y/o especializada tras una exacerbación grave de una patología crónica.
3. Extender los mecanismos de interconsulta no presencial entre los distintos niveles evitando desplazamientos a los pacientes y disminuyendo la actividad en consultas.
4. Favorecer la relación formal e informal entre los profesionales de los diferentes ámbitos asistenciales con actividades presenciales conjuntas como el establecimiento de sesiones conjuntas con participación de ambos niveles asistenciales
5. Facilitar el encuentro entre profesionales a través de rotaciones e intercambios entre ambos niveles asistenciales según necesidades formativas.

2.2. Competencias profesionales

Enfoque e iniciativas desplegadas

Dirigir la atención a los pacientes con enfermedades crónicas implica la necesidad de readaptar los roles de los profesionales, potenciando el papel de atención primaria y sus competencias o desarrollando figuras nuevas como las de enfermería de enlace o la enfermería de gestión hospitalaria.

Gran parte de las especialidades sanitarias se implican en el proceso de atención a pacientes crónicos y tendrán que adaptar su perfil de competencias a las nuevas necesidades y al modelo organizativo reforzando o ajustando su protagonismo en determinados procesos crónicos. El papel de los médicos internistas de referencia debe ganar protagonismo en la atención de pacientes con enfermedades crónicas complejas.

Los profesionales de enfermería se establecen como agentes clave en el seguimiento de los pacientes con enfermedades crónicas por su conocimiento y experiencia en la búsqueda de estrategias de autogestión para los pacientes en su entorno próximo, como son la educación para la salud, el consejo estructurado y los planes de cuidados.

El enfoque y la implantación de los nuevos modelos de enfermería en la Comunidad Valenciana se están desarrollando actualmente en cuatro departamentos, Castellón, Alicante, Elche y Requena. Las enfermeras de gestión hospitalaria y la enfermería de enlace trabajan en colaboración con los profesionales de enfermería de las UBAs de atención primaria.

Acciones para su desarrollo

- Implantar una estrategia de trabajo en equipo, orientada hacia la atención de los pacientes con enfermedades crónicas, en los centros y en los dispositivos asistenciales que incluya la identificación de los miembros del equipo y la definición de sus roles y funciones.
- 1. Desarrollar el rol de gestión de casos entre las enfermeras de gestión hospitalaria y la enfermería de enlace.
- 2. Favorecer la disponibilidad de enfermeras con competencia en gestión de casos en la comunidad para el manejo de pacientes con enfermedades crónicas de mayor riesgo.
- 3. Los pacientes diagnosticados de enfermedades crónicas tendrán desde el inicio un plan de cuidados de enfermería que aumente su capacitación y autonomía en el manejo efectivo del régimen terapéutico, y fomenten la prevención de complicaciones.
- 4. Adaptar el perfil de competencias de otras especialidades y profesionales sanitarios, implicados en el proceso de atención a pacientes crónicos, a las nuevas necesidades y al modelo organizativo.

2.3. Herramientas de apoyo al profesional

Enfoque e iniciativas desplegadas

El seguimiento de los pacientes con patologías crónicas requiere sistemas que ofrezcan una visión íntegra con toda la información que necesita el profesional sanitario.

El profesional debe disponer de herramientas adaptadas a su trabajo, con sistemas inteligentes de ayuda a la toma de decisiones que le ayudaran a tener un seguimiento de calidad de sus pacientes crónicos.

En la Comunidad Valenciana el desarrollo de la historia clínica electrónica para los profesionales se ha acompañado de numerosas herramientas que a través de la protocolización y la identificación de las características más relevantes que puedan incidir de forma directa en la atención permiten un mejor seguimiento de los pacientes con enfermedades crónicas

El desarrollo del proyecto ValCrònic avanza en este desarrollo y permitirá al personal asistencial desde su estación de trabajo podrá acceder a toda la información generada por la plataforma sobre los pacientes.

La identificación de eventos que desencadenan las alertas del paciente serán definidos previamente en el sistema facilitando por defecto una pauta de actuación, previamente modelada, o bien permitir realizarla de forma libre por parte del profesional lo que permitirá definir las acciones concretas que se desarrollan en el servicio de seguimiento de crónicos y planificar acciones futuras en relación con la enfermedad crónica del paciente.

Acciones para su desarrollo

1. Continuar el desarrollo dentro de la historia electrónica de los protocolos clínicos, formularios y otros elementos necesarios para el seguimiento de los pacientes con enfermedades crónicas.
2. La información estará debidamente integrada y estructurada dentro de la Carpeta Personal del paciente y en su Historia Clínica electrónica y permitirá evaluar de forma rápida la situación actual del paciente y realizar una actuación completa de seguimiento del paciente con enfermedad crónica.
3. La plataforma de crónicos permitirá a los profesionales asistenciales las siguientes funcionalidades:
 - Parametrización de la aplicación de acuerdo a las características clínicas del paciente. El profesional establecerá los parámetros, los umbrales, el tratamiento, etc.
 - Sistema de alertas: el profesional visualiza en su estación de trabajo la relación de alertas que se hayan generado el día anterior.
 - Las alertas son de dos tipos: rojas (de elevada gravedad) y amarillas (de menor gravedad). En función de la tipología de alerta, los protocolos de actuación que han sido definidos y de su propio criterio, el profesional decidirá la actuación más adecuada.
 - Posibilidad de comunicación directa con el paciente. De forma alternativa a los medio de comunicación actuales, el profesional podrá comunicarse con paciente interesándose por su estado de salud o cualquier otro aspecto que estime relevante

2.4. Objetivos para los profesionales

Enfoque e iniciativas desplegadas

La participación y corresponsabilidad por parte de los profesionales y una mayor orientación hacia el paciente, debe apoyarse en la adopción de estrategias de gestión clínica permite una mayor descentralización y autonomía en la toma de decisiones y en la gestión de recursos. Para ello es fundamental definir los objetivos de la organización y desplegarlos hasta los profesionales.

La Agencia Valenciana de salud define para los Departamentos elementos de medida que incluyen aspectos específicos en relación al seguimiento y grado de control de los problemas de salud crónicos. Como parte de los objetivos principales de los acuerdos de gestión que la Agencia Valenciana de Salud establece con los Departamentos de Salud, se ha incluido en 2010 la atención a los pacientes con enfermedades crónicas como una de las prioridades.

Acciones para su desarrollo

Para conseguir estos objetivos en el modelo de gestión de atención a pacientes con enfermedades crónicas se plantea desarrollar las siguientes actuaciones:

1. Mantener como parte de los objetivos principales de los acuerdos de gestión que la Agencia Valenciana de Salud establece con los Departamentos de Salud, la atención a los pacientes con enfermedades crónicas como una de las prioridades.
2. Llevar a cabo la evaluación sistemática de los resultados en la gestión de pacientes con enfermedades crónicas tanto en atención primaria, como hospitalaria y de forma conjunta, derivándose de esta evaluación la definición de estrategias de mejora, formación e incentivación de los profesionales, facilitando a los mismos la autoevaluación de sus resultados.
3. Promover un sistema de incentivos para todos los profesionales, en función de los resultados obtenidos y de la calidad de la atención prestada, que estén fundamentados en indicadores objetivos, que permitan monitorizar tanto las actividades individuales de los profesionales como del equipo en su conjunto.
4. Establecer objetivos que permitan mejorar el uso de medicamentos en pacientes crónicos, especialmente en el caso de pacientes polimedicados, definiendo para ello indicadores de prescripción basados en la evidencia científica, favoreciendo la disponibilidad de herramientas de soporte a los profesionales que permitan un mejor uso de los medicamentos.

5. Aumentar el correcto diagnóstico del número de pacientes con enfermedades crónicas y su registro en la historia clínica, especialmente en enfermedades como la EPOC con alto infradiagnóstico..
6. Fijación de objetivos compartidos entre los dos niveles asistenciales y el resto de dispositivos asistenciales para la atención a pacientes con enfermedades crónicas con evaluación sistemática de su grado de consecución.

2.5. Formación

Enfoque e iniciativas desplegadas

Esta línea pretende favorecer la adquisición de competencias por parte de los profesionales sanitarios para mejorar la atención a los pacientes con enfermedades crónicas. La formación de los profesionales sanitarios, es un pilar básico para la Conselleria de Sanitat, sirve como instrumento para la adquisición, mantenimiento y continuo perfeccionamiento de las competencias necesarias para el desempeño óptimo de la práctica profesional. La formación revierte principalmente sobre los pacientes produciendo cambios positivos en la morbilidad, y prevalencia de las enfermedades y sobre la organización y funcionamiento de la asistencia sanitaria que prestan los profesionales.

Desde la Conselleria de Sanitat se ha estructurado y puesto en marcha, un conjunto de cursos y actividades formativas orientadas a actualizar y mejorar los conocimientos, habilidades y actitudes de los profesionales que presten atención a las personas que padecen enfermedades crónicas

Los planes de atención continuada de la Escuela Valenciana de Estudios Sanitarios contemplan numerosos cursos relativos y/o relacionados con las enfermedades crónicas y su seguimiento, con el objeto de formar a los profesionales asistenciales de la Comunidad Valenciana.

Acciones para su desarrollo

1. Desarrollar e impartir formación específica a los profesionales que prestan atención a los pacientes con enfermedades crónicas. La Escuela Valenciana de Estudios de la Salud (EVES) será la encargada de liderar dicha formación.
2. Establecer acciones específicas para mejorar las habilidades de comunicación, información y formación de los profesionales para motivar y educar a los pacientes en el manejo de su enfermedad.

3. Desarrollar actividades específicas de formación pregrado y posgrado sobre la atención a los pacientes con enfermedades crónicas para los estudiantes de Medicina y los médicos residentes en formación, incorporando en los planes de estudio de grado y postgrado la visión de atención a las patologías crónicas de forma integrada y coordinada entre los diferentes niveles asistenciales.
4. Desarrollar programas formación continua adaptados a las necesidades de los profesionales que contemplen tanto actuaciones específicas dirigidas a los profesionales de primaria, como conjuntas con el objetivo de favorecer la coordinación y comunicación entre los médicos de familia y los especialistas hospitalarios con la finalidad de aumentar la resolución en atención primaria y disminuir el número de derivaciones a atención especializada.
5. Incorporar en las acciones de formación continua los avances o novedades significativas que se produzcan en el ámbito de la atención a pacientes con enfermedades crónicas.

2.6. Investigación

Enfoque e iniciativas desplegadas

La Comunidad Valenciana ha realizado en estos últimos años un importante esfuerzo por la investigación sanitaria y biomédica. Dentro del ámbito de las enfermedades crónicas se están desarrollando importantes proyectos entre los que destacan los Programas ESCARVAL, ESOSVAL y el Plan de EPOC cuya continuidad es una de las líneas que se definen para la mejora de la atención a los pacientes con enfermedades crónicas en la Comunidad Valenciana.

El **estudio ESCARVAL** se plantea para aportar datos poblacionales sobre la magnitud y distribución de la enfermedad cardiovascular y de otras enfermedades crónicas (incluyendo tumores malignos, diabetes y enfermedades neurodegenerativas), así como para identificar factores de riesgo potencialmente modificables mediante ulteriores intervenciones de salud en el ámbito de la Comunidad Valenciana.

Su objetivo es realizar un seguimiento de la población valenciana a través de una herramienta de gestión de la historia clínica como es Abucasis II que ofrece la potencia necesaria para alcanzar objetivos de construir una escala de riesgo vascular específica para la Comunidad Valenciana.

Este proyecto se inició con una faceta docente previa, que ha permitido actualizar en patología CV a todos los investigadores (más de 800 médicos y enfermeras de Atención Primaria), facilitando la homogeneidad de los criterios preventivos, diagnósticos y terapéuticos.

En el primer tercio del año 2010 ha iniciado su andadura el seguimiento durante 10 años de una muestra de sujetos de la población valenciana para observar la aparición de enfermedad cardiovascular y analizar los factores de riesgo que las ha ocasionado.

El **programa ESOSVAL** es un programa impulsado por médicos de Atención primaria en el marco del Plan de prevención y control de la osteoporosis de la Comunidad Valenciana, cuyo objetivo principal es mejorar el abordaje de la osteoporosis desarrollando actividades formativas y estudios de investigación para definir escalas predictivas de riesgo de fractura osteoporótica, o mejorar el tratamiento y registro de esta enfermedad.

A partir de la experiencia del estudio ESCARVAL, se ha puesto en marcha, durante el primer trimestre del 2011, actividades de investigación relacionados con el plan de EPOC. Este proyecto de investigación nace con el objetivo de ser una plataforma de investigación que permita alianzas entre la atención primaria y especializada, empleando entre otros una herramienta de gestión de la historia clínica como es Abucasis.

Para ello se ha iniciado con una faceta docente previa, permitiendo actualizar en la EPOC a todos los investigadores. La formación se ha desarrollado de forma on-line a través de la EVES.

Con relación a la promoción de actividades de investigación el plan de POC se plantea como objetivos el desarrollo de actividades de investigación tanto en Atención Primaria como Especializada, así como de forma conjunta, proponiéndose además que desde Atención Primaria se lideren aquellos proyectos en los que tiene un papel predominante en la intervención o que están relacionados con su especialidad (promoción de la salud, prevención de las patologías crónicas, intervenciones comunitarias, entre otras).

Acciones para su desarrollo

1. Potenciar la participación de los profesionales en proyectos de investigación de carácter estratégico para la Conselleria de orientados a la cronicidad.
2. Favorecer el desarrollo de estudios y proyectos de investigación relacionados con las patologías crónicas que impliquen tanto a Atención Primaria como en Especializada, favoreciendo el uso compartido de estructuras de investigación en aquellos proyectos que impliquen ambos niveles asistenciales.
3. Llevar a cabo estudios epidemiológicos sobre prevalencia de patologías crónicas, población en riesgo y grado de detección, así como estudios de efectividad de las intervenciones de prevención y tratamiento.
4. Establecer convenios de colaboración entre distintas Sociedades científicas para el desarrollo de estudios prospectivos de evaluación de efectividad y

utilidad en las intervenciones asistenciales y organizativas que se desarrollen.

2.7. Difusión de las experiencias

Enfoque e iniciativas desplegadas

Uno de los objetivos de la Agencia Valenciana de Salud (AVS) es identificar, difundir y promover la implantación de iniciativas y buenas prácticas en pacientes crónicos facilitar el intercambio de conocimientos, experiencias, y recursos con otros entornos sanitarios nacionales e internacionales.

En 2010 promovida por la AVS se celebró la **I Jornada anual de innovación para la gestión del paciente con enfermedades crónicas** en la Comunidad Valenciana, desarrollándose la segunda edición en noviembre de 2011. Esta jornada es un foro de profesionales que permite presentar los proyectos y experiencias en cronicidad que se realizan en la Comunidad Valenciana y mostrar alguna de las experiencias en otras Comunidades Autónomas.

Durante los días 7, 8 y 9 de Marzo de 2012, coincidiendo con la presentación de este documento, se celebra en Alicante el **IV Congreso Nacional de Atención Sanitaria al Paciente con patologías crónicas**. Esta iniciativa conjunta de la Conselleria de Sanitat de la Generalitat Valenciana, la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (SEMFYC) Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI) supone el mayor foro nacional referente en el ámbito de la cronicidad habiéndose realizado tres ediciones previas en Toledo, Santiago de Compostela y San Sebastián, además de una Conferencia Nacional en Sevilla en 2011 en la que participó de forma relevante la Comunidad Valenciana.

Acciones para su desarrollo

1. Consolidar la Jornada anual de innovación para la gestión del paciente con enfermedades crónicas en la Comunidad Valenciana como foro de profesionales que permite presentar los proyectos y experiencias en cronicidad que se realizan en la Comunidad Valenciana y mostrar alguna de las experiencias en otras Comunidades Autónomas.
2. Favorecer la participación institucional y de los profesionales en foros relacionados con la cronicidad como el Congreso Nacional de Atención Sanitaria al Paciente con patologías crónicas

3. IMPLICAR AL CIUDADANO

Los pacientes deben participar activamente en las decisiones que afectan a su salud, a sus estilos de vida y a su relación con la atención sanitaria que recibe. El plan debe fomentar la toma compartida de decisiones médico-paciente, aportando todos los medios disponibles para que el paciente esté totalmente informado y garantizar su implicación en el cuidado y seguimiento de su patología,

En todo el proceso, es necesario que conseguir la participación activa y el compromiso del paciente, logrando que asuma un nuevo papel y se responsabilice de su enfermedad y cuidados.

El contacto con los profesionales sanitarios es de vital importancia, pero es necesario que el paciente acepte otras vías de comunicación con los profesionales alternativas al contacto personal pero sin perder la eficacia y el carácter humano de los actos médicos.

Para llevar a cabo las estrategias de implicación al paciente y a sus cuidadores se han definido las siguientes líneas y acciones:

3.1. *Modelo de atención centrado en el paciente*

Enfoque e iniciativas desplegadas

El esquema organizativo actual está en proceso de transformación hacia un modelo en el que el paciente es el centro de la atención sanitaria, de esta forma busca la atención integral del paciente, se diseñan programas adaptados a segmentos específicos de pacientes, se crean perfiles profesionales específicos para la atención de este tipo de pacientes, se definen protocolos y circuitos pensados para mejorar la atención de los pacientes y se tiene en cuenta opinión de los mismos para adaptar el sistema sanitario a sus necesidades.

En la Comunidad Valenciana los Departamentos de Salud han desarrollado numerosas experiencias en las que el modelo de atención se orienta hacia paciente. De esta forma se han desarrollado nuevos perfiles de enfermería (gestora de casos y de enlace hospitalario) para potenciar el cuidado del paciente y la permanencia del mismo en su domicilio, se han definido circuitos con los que se pretende minimizar el número de desplazamientos, se han diseñado intervenciones concretas dirigidas a un perfil específico de paciente (planes de cuidados, formación, información,...), se han simplificado trámites burocráticos y se han potenciado las nuevas tecnologías de la comunicación y la información, entre otros muchas actuaciones.

Asimismo, la AVS lleva a cabo la planificación, organización y prestación de la atención sanitaria autonómica considerando los valores, preferencias y necesidades del paciente que los usuarios del sistema sanitario reflejan en las encuestas de satisfacción y en los centros de atención al paciente.

Acciones para su desarrollo

1. Atribuir a los profesionales de atención primaria asignados a cada paciente funciones de gestor del paciente, así como, si el paciente precisa hospitalización, la coordinación con el hospital para que se le asigne al paciente un profesional referente, y al que pueda acudir ante cualquier suceso o consulta que requiera.
2. Definir intervenciones y planes de cuidados adaptados a las circunstancias clínicas y sociales de cada paciente, especialmente en aquellos casos en los que se encuentren en una fase avanzada de su enfermedad.
3. Seleccionar la opción terapéutica adaptada a las preferencias del paciente, para lo cual previamente el profesional sanitario habrá informado adecuadamente al paciente sobre las diferentes alternativas.
4. Medir periódicamente la satisfacción de los pacientes incluidos en programas específicos de atención a pacientes con patologías crónicas, teniendo en cuenta los resultados de la misma para la introducción de mejoras de la atención sanitaria.

3.2. Capacitación de pacientes y cuidadores

Enfoque e iniciativas desplegadas

En la Comunidad Valenciana algunos departamentos de salud han puesto en marcha diferentes iniciativas relacionadas con la formación del paciente y sus cuidadores con el objetivo fundamental que el paciente aprenda a gestionar su propia enfermedad, alcanzando un mayor grado de autonomía respecto a la dependencia de los servicios asistenciales y mejorando su calidad de vida. Asimismo, las estrategias de educación no sólo se han orientado al paciente sino que también han tenido en cuenta al cuidador principal y a la familia.

Concretamente dentro de las experiencias que se han desarrollado en la Comunidad Valenciana en este ámbito cabe destacar: la formación terapéutica estructurada en las consultas de los profesionales sanitarios, intervenciones de educación sanitaria grupal mediante la promoción de la figura del paciente experto, así como desarrollo de programas de educación sanitaria virtual.

Acciones para su desarrollo

1. Desarrollar desde la AVS un programa formativo que incluya cursos presenciales y on line, talleres y jornadas dirigidas tanto a pacientes, familiares, personas cuidadoras asociaciones y profesionales sanitarios que contemple no sólo aspectos clínicos de la enfermedad si no tenga en cuenta otros aspectos como los sociales.
2. Elaborar y actualizar periódicamente contenidos formativos y material educativo (vídeos, manuales, guías, presentaciones, etc.) destinados a los profesionales sanitarios de los Centros de Salud como apoyo a la realización de cursos formativos en la adquisición de habilidades que permitan conocer y manejar mejor la enfermedad.
3. Crear un aula virtual para formadores y para formación on line con material educativo e información sobre las diferentes patologías crónicas.
4. Desarrollar un programa específico de formación de formadores, en la que se capacite a los pacientes como expertos de forma que puedan enseñara a otros pacientes a cómo manejar mejor su enfermedad.

3.3. Desarrollar el entorno social del paciente

Enfoque e iniciativas desplegadas

El número de iniciativas que se han desarrollado en la Comunidad Valenciana orientadas a favorecer el desarrollo de un entorno social como vía de apoyo al paciente y a sus familiares es todavía insuficiente.

De esta forma, las intervenciones desarrolladas se han centrado en gran medida en la atención asistencial de la enfermedad más que en los aspectos sociales. No obstante, entre las experiencias desarrolladas en este ámbito figuran: la puesta en marcha de un foro para desarrollar redes de salud entre pacientes y familiares y la constitución de grupos de autoayuda fundamentalmente. Asimismo, los programas de atención y hospitalización a domicilio permiten atender al paciente en el domicilio, manteniéndolo en su entorno.

Acciones para su desarrollo

1. Favorecer la creación de puntos de encuentro (salas de los centros de salud, locales de asociaciones de pacientes, etc.), que permitan a pacientes,

familiares, cuidadores y profesionales sanitarios compartir experiencias y aceptar la enfermedad.

2. Crear un espacio web sobre la cronicidad en el que exista un foro que favorezca el contacto de pacientes en el que puedan generar e intercambiar conocimientos y experiencias, y además puedan acceder a información y contenidos educativos.
3. Promover el desarrollo de las asociaciones de pacientes como apoyo a los pacientes y familiares (facilitar lugares de reunión, ofrecer el asesoramiento y la colaboración de profesionales sanitarios, etc.).
5. Ofrecer alternativas de apoyo y descanso a los familiares y cuidadores mediante el desarrollo de programas de ayuda a domicilio, programas respiro, etc.
6. Constituir grupos de autoayuda promovidos por los centros de salud, que estén tutelados por profesionales de enfermería.

3.4. Responsabilizarse cada paciente de su salud

Enfoque e iniciativas desplegadas

La participación de las personas con enfermedades crónicas en la adopción de decisiones de salud es una necesidad que se está desarrollando en las estrategias de atención a la cronicidad potenciando en los pacientes y sus cuidadores a tomar más responsabilidad de su cuidado.

La Comunidad Valenciana el fomento del autocuidado es uno de los ejes que está se está desplegando dentro del programa de atención a pacientes con patologías crónicas que incorpora las nuevas tecnologías como elemento diferenciador.

Entre las ventajas que ofrece el programa a los pacientes cabe destacar:

- Empowerment del paciente: el paciente adquiere una mayor responsabilidad en la gestión y control de su enfermedad.
- Adherencia al tratamiento: se favorece la adherencia al tratamiento, al recordar y registrar la toma de la medicación en la aplicación.
- Gestión eficiente de su tiempo: se reduce el número de desplazamientos a los centros de salud.

- Nuevas vías de comunicación con los profesionales sanitarios mediante el uso del correo electrónico: a través del correo electrónico el paciente podrá hacer cualquier consulta o comentario a los profesionales sanitarios.

Asimismo, en la Comunidad también se está trabajando en una herramienta de gestión de los procesos educativos del paciente con patologías crónicas basada en la metodología enfermera NNN (Nanda, NIC, NOC). El objetivo es que el paciente sea capaz de gestionar su propia enfermedad mejorando su calidad de vida, para lo cual es necesario una transferencia planificada y organizada de competencias para el enfermo, que le proporcione el mayor grado posible de autonomía respecto a los servicios sanitarios.

Acciones para su desarrollo

1. Concienciar a los profesionales sanitarios en la necesidad de respetar los derechos de los pacientes: intimidad, participación, información y autonomía.
2. Incorporar de forma sistemática en el proceso de información al paciente por el profesional sanitario en atención primaria, la entrega por escrito un programa de educación terapéutica adaptado a las circunstancias clínicas de cada paciente, en el que se incluyan las normas básicas para el cuidado de su salud y evitar situaciones de descompensación de sus procesos, a la vez que informa sobre el uso adecuado de los recursos del sistema de sanitario.
3. Elaborar materiales informativos estándar (folletos específicos de cada una de las patologías crónicas) para los pacientes, en los que se incluya los riesgos de cada una de las patologías, las estrategias para el manejar la enfermedad y mantener la salud de los pacientes, así como la relación de asociaciones de pacientes y ligas que puedan existir en la comunidad y relación de páginas web donde obtener información contrastada y fiable de cada patología crónica.
4. Favorecer la adherencia terapéutica de los pacientes con patologías crónicas mediante la implantación de las siguientes acciones:
 - Impulsar el registro del cumplimiento terapéutico en el sistema Abucasis.
 - Incorporar las nuevas tecnologías de la información y la comunicación para llevar a cabo el seguimiento y recordatorio a los pacientes del cumplimiento de su tratamiento (proyecto ValCrònic).
5. Facilitar a los pacientes el seguimiento de su estado de salud mediante la toma de biomedidas y la cumplimentación de cuestionarios de salud (Proyecto ValCrònic).

7. Implementar en Abucasis una herramienta para la gestión de la educación y su aplicación en la historia clínica.
8. Potenciar nuevos mecanismos de relación, que permitan agilizar la comunicación entre los profesionales sanitarios de referencia y el paciente, aprovechando para ello las funcionalidades de las nuevas tecnologías de la información y la comunicación.
9. Favorecer el acceso de los pacientes a su historia clínica electrónica, de forma que puedan consultar su diagnóstico, tratamiento, etc.

IV. EL MODELO ORGANIZATIVO DE ASISTENCIA A PACIENTES CON ENFERMEDADES CRÓNICAS EN LA COMUNIDAD VALENCIANA

La asistencia sanitaria en la Comunidad Valenciana está organizada en Departamentos de Salud, con una gerencia única como mecanismo de integración asistencial, organizativa y financiera. Este modelo supera la división entre entornos asistenciales (primaria y hospital) y busca reconfigurar la asistencia de tal manera que el paciente se mueva sin barreras en diferentes ámbitos asistenciales o dentro de un mismo nivel asistencial.

Las necesidades de los pacientes con enfermedades crónicas se atienden a través de los recursos sanitarios que la Agencia Valencia de Salud pone a disposición de los ciudadanos valencianos.

Los **centros de atención primaria** son el primer nivel de acceso de los ciudadanos a la asistencia sanitaria y en el modelo organizativo de atención a pacientes con enfermedades crónicas suponen el principal eje asistencial

Los **hospitales de agudos** estabilizan a aquellos pacientes crónicos que sufren un proceso agudo a través de la atención a urgencias y del ingreso hospitalario. La salida de los pacientes se realiza a través de los sistemas integrados en la red sanitaria que se encuentran enfocados a ofrecer una continuidad asistencial.

La entrada a las **Unidades médicas de corta estancia (UMCE)** se realiza bien desde urgencias y observación o bien a través de la hospitalización de los enfermos. La finalidad de las UMCE es la de valorar y atender de forma integral, a los pacientes ancianos frágiles, crónicos de larga evolución y pacientes con enfermedad terminal que acuden al hospital solicitando asistencia sanitaria.

Tras evaluar y atender a los enfermos, las UMCE se coordinan con las diferentes unidades sanitarias para ofrecer la mejor opción terapéutica a los pacientes. En caso de derivación, éstas se llevan a cabo a unidades de hospitalización a domicilio (UHD), los hospitales de asistencia a crónicos y larga estancia (HACLE) o Unidades de cuidados paliativos.

Las **Unidades de hospitalización a domicilio (UHD)** son unidades asistenciales que permiten a los pacientes ser atendidos en sus domicilios. El uso de estas unidades mantiene a los enfermos en su medio evitando ingresos innecesarios de los pacientes crónicos y terminales o acortando la estancia de los pacientes ya ingresados.

Los **Hospitales de asistencia a crónicos y larga estancia (HACLE)** identifican los problemas y planifican los cuidados individualizados a pacientes mayores en un estado de dependencia avanzado. La dependencia organizativa de los HACLE es supradepartamental, pudiendo recibir pacientes de cualquier hospital de la Comunidad Valenciana.

Otros recursos son empleados también por los pacientes con enfermedades crónicas en situaciones agudas como los **recursos de urgencias o emergencias extrahospitalarias**.

La siguiente tabla resume los principales recursos del Sistema sanitario público de la Comunidad Valenciana

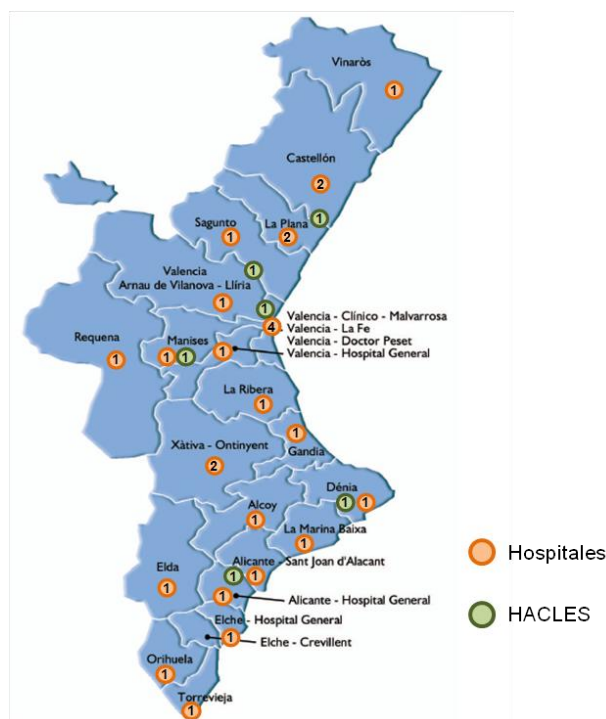
Tabla 2: Recursos del Sistema Sanitario Público Valenciano en la atención de pacientes crónicos

Recurso	Nº	Descripción
Centro de salud	245	Constituyen el acceso inicial al sistema sanitario y en ellos se articulan los recursos necesarios para desarrollar las siguientes prestaciones orientadas a los pacientes crónicos: ▪ Atención sanitaria, a demanda, programada y urgente, tanto en la consulta como en el domicilio del paciente. ▪ Realización de programas de salud específicos. ▪ Promoción y educación para la salud. ▪ Prevención enfocada fundamentalmente a la realización de actividades dirigidas a la detección precoz de las patologías de mayor incidencia y prevalencia de la zona. ▪ Atención a problemas de salud mental y conductas adictivas. ▪ Rehabilitación básica. ▪ Trabajo social. ▪ Odontopediatría ▪ Centros de salud sexual y reproductiva
Consultorios	620	
Centros sanitarios integrados	34	Prestan la atención a la población, fundamentalmente en régimen ambulatorio, integrando a los profesionales y las técnicas propias de los centros de salud y del hospital, con el objetivo de acercar aquellas prestaciones más especializadas al usuario. Su cartera de servicios incluye tanto prestaciones propias del ámbito de la Atención Primaria como de la especializada, pudiendo prestar atención de hospitalización de corta estancia

Recurso	Nº	Descripción
Centros de especialidades	25	Prestan la atención a la población en régimen ambulatorio, estando integrados totalmente en el hospital como una prolongación de las consultas externas. El personal de estos centros de especialidades depende de los correspondientes servicios del hospital en el que se integran.
Hospitales	28	Atienden la demanda de la población con problemas de salud de mayor complejidad o especificidad o que requiere internamiento, actuando como soporte de otras estructuras sanitarias y garantizando la continuidad de la atención integral al paciente.
Unidades de Hospitalización a Domicilio (UHD)	24	Prestan Atención Especializada de rango hospitalario en el domicilio del paciente, tras una primera fase de estabilización en el hospital, o cuando, por su estadio evolutivo, se considere el propio domicilio como el mejor lugar terapéutico. Los pacientes atendidos en estas unidades se consideran como ingresados en el hospital a todos los efectos administrativos y asistenciales incluidas las prestaciones farmacéuticas, recibiendo los tratamientos y cuidados homólogos a los dispensados en el hospital.
Hospitales de Asistencia a Crónicos y Larga Estancia (HACLE)	6	Son hospitales especializados que identifican los problemas y planifican los cuidados individualizados a pacientes mayores en un estado de dependencia avanzado. Ofrecen una cobertura asistencial a aquellas demarcaciones territoriales superiores al Departamento de Salud, según los criterios de planificación que se establezcan.
Unidades Médicas de Corta Estancia	15	Su misión es la de seleccionar, estabilizar y posteriormente ubicar a determinados pacientes con procesos susceptibles de soluciones rápidas al margen de los circuitos convencionales del hospital, así como la coordinación con los servicios sociosanitarios de la Comunidad Valenciana la valoración y atención integral de los pacientes frágiles, crónicos de larga evolución y terminales (programa PALET) que acudan al hospital en demanda de asistencia sanitaria, así como la observación de pacientes médicos y quirúrgicos que precisan de medios diagnósticos y terapéuticos rápidos para definir su situación mórbida en un tiempo limitado.
Servicio de Emergencias Sanitarias	3	Está compuesto por unidades medicalizadas terrestres y aéreas u otros dispositivos destinados al efecto con personal especializado y entrenado en la atención a las urgencias vitales y catástrofes, que actúan de manera coordinada con el resto de dispositivos de la cadena asistencial y con las fuerzas y cuerpos de seguridad y rescate que participan en las emergencias intersectoriales. Las prestaciones de los servicios de emergencias sanitarias son entre otras: ▪ Atención e información sanitaria. ▪ Consulta y consejo médico. ▪ Coordinación de servicios sanitarios y de urgencias. ▪ Asistencia in situ. ▪ Transporte sanitario primario y secundario. ▪ Asistencia y coordinación en Accidente de Múltiples Víctimas (AMV) y catástrofes. ▪ Organización de dispositivos de riesgo previsible y cobertura a determinados programas o actividades.
Centros de Información y Coordinación de Urgencias (CICU)	3	Son centros reguladores en los que recae la dirección y coordinación de la atención sanitaria urgente, con responsabilidad y actuación permanente sobre los dispositivos asistenciales destinados a este tipo de atención, teniendo un ámbito provincial.

La siguiente figura recoge la disposición los Departamentos de salud, recogiendo los hospitales de agudos y los Hospitales de asistencia a crónicos y larga estancia en la Comunidad Valenciana

Ilustración 15: Hospitales pertenecientes a la red hospitalaria de la Comunidad Valenciana



El plan de cronicidad se sustenta en la evolución del modelo organizativo y ahonda en la integración efectiva de niveles asistenciales como herramienta clave para abordar una atención más adaptada a los pacientes con problemas de salud crónicos.

El modelo organizativo que se define en el plan de atención a pacientes crónicos en la Comunidad Valenciana, tiene en cuenta no solo las necesidades y características de los pacientes con enfermedades crónicas sino también la necesidad de optimizar los recursos actuales sin necesidad de generar nuevas estructuras. El modelo propuesto debe cambiar alguno de los procesos actuales pero manteniendo un modelo asistencial distribuido y no centralizado y en el que los profesionales utilizan sus herramientas de trabajo habituales e incorporan nuevas tecnologías que facilitan el seguimiento y control de los pacientes.

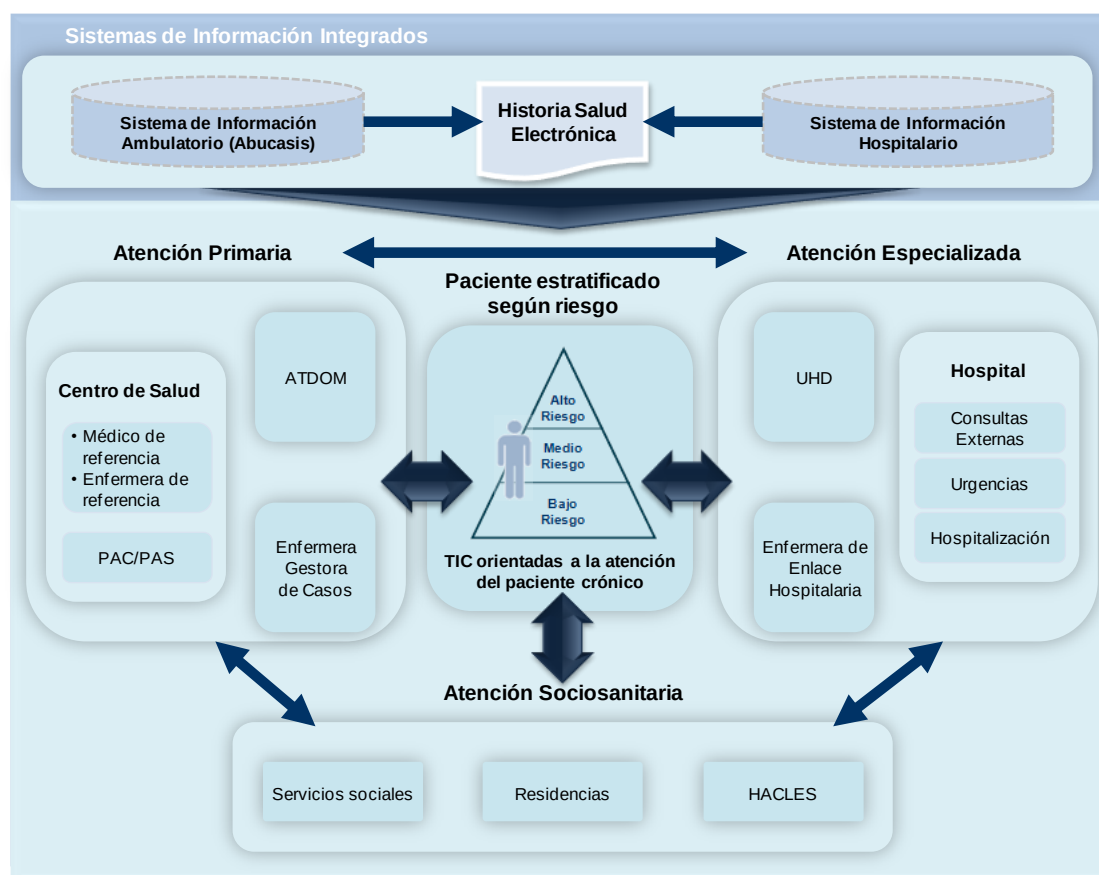
Así, se favorece la coordinación entre las diferentes organizaciones asistenciales, al entender que en el proceso de atención a los pacientes con enfermedades crónicas

interactúan tanto los profesionales de atención primaria, como de atención hospitalaria, potenciándose la coordinación con el desarrollo actual de nuevos perfiles de enfermería así como los recursos específicos para la atención domiciliaria, urgente o de media y larga estancia y el ámbito de atención socio-sanitaria.

El modelo parte del seguimiento permanente del paciente no sólo cuando accede a los recursos del sistema sanitario, sino también cuando está en su domicilio. La integración de la información dentro de la historia de salud electrónica compartida por ambos niveles asistenciales permite la coordinación asistencial en una historia única por paciente/usuario y desde el punto de vista de los profesionales, asegura que la comunicación, intercambio de datos e implicación en el seguimiento compartido.

En la siguiente figura se plasma la visión del modelo organizativo propuesto: centrado en el paciente, integrando los recursos asistenciales y apoyado en las tecnologías de la información y el conocimiento

Ilustración 16: Visión del modelo organizativo de atención a pacientes crónicos en la Comunidad Valenciana



El papel de la Atención Primaria como reguladora de los flujos de pacientes generados en el sistema y como coordinador de los recursos sanitarios se refuerza para garantizar la continuidad y la atención longitudinal a los enfermos crónicos. El médico de familia y el profesional de enfermería que constituyen la unidad básica asistencial (UBA) son los agentes principales del paciente. Para ello se asegura su capacidad clínica y sus herramientas para la gestión integrada y se amplían las competencias de los profesionales de enfermería con nuevos modelos que actúen como gestores del paciente y su enfermedad en aquellos departamentos donde están implantadas.

Los pacientes crónicos actualmente ya son atendidos por las UBAS en un modelo que se basa en seguimiento programado en consulta, fundamentalmente por parte de enfermería, programas de atención en el domicilio desarrollados como visita programada de enfermería y atención a demanda en consultas o a domicilio (no programada).

Es necesario establecer modelos de actividades asistenciales compartidos, con el objetivo de que los profesionales de los diferentes niveles asistenciales compartan su actividad favoreciendo una relación fluida y homogenizar los criterios de actuación ante una determinada patología.

Por ello el papel de los especialistas del segundo nivel de atención sigue siendo fundamental en el abordaje de pacientes complejos o en la atención a las fases de reagudización de los pacientes. La figura del internista de referencia, como protagonista en la atención de pacientes con enfermedades crónicas complejas en el ámbito hospitalario se potencia y se correlaciona con su capacidad de integrar el conocimiento de otros especialistas y coordinar el seguimiento junto al médico de familia en atención primaria.

Experiencias actuales en Departamentos de la Comunidad Valenciana orientan a determinados especialistas de los servicios hospitalarios hacia la atención específica de la cronicidad desarrollando figuras como el médico de enlace de especializada como referente en la gestión de casos complejos o poniendo en marcha unidades de pacientes pluripatológicos atendidas por especialistas de medicina interna.

El modelo de atención a desarrollar en pacientes con enfermedades crónicas mejorará los mecanismos de interconsulta entre los distintos niveles evitando desplazamientos a los pacientes. Para ello se desarrollan modelos de interconsultas

no presenciales a través de la historia clínica de Abucasis utilizando el buzón de profesionales o el correo electrónico, la teleconferencia o proyectos de telemedicina.

Respecto a los nuevos modelos de enfermería en la Comunidad Valenciana el enfoque se está implantando actualmente en cuatro departamentos, Castellón, Alicante, Elche y Requena. La enfermera gestora de casos comunitaria, es un profesional que enmarca su trabajo dentro de la gestión de casos con una práctica avanzada de cuidados. Esta enfermera incorpora a su modelo de práctica clínica la coordinación/integración como elemento fundamental y constituye un eslabón entre la Atención Especializada y la Atención Primaria.

La enfermera de enlace del hospital, tiene un papel en la identificación y control de los pacientes con enfermedades crónicas de mayor complejidad, actuando de forma integrada con el hospital y las UHD y buscando la continuidad de la atención en la transición del hospital a domicilio, la gestión personalizada de los casos complejos y el apoyo a los cuidadores. Además, también les corresponde valorar el cumplimiento de objetivo y conocimiento de proceso de enfermedad, así como asumir la coordinación con recursos socio sanitarios en función de criterios de riesgo social.

El paciente, seguido en atención primaria cuando el paciente sufra un proceso agudo, será derivado desde Atención Primaria, Urgencias o Consultas Externas a un recurso hospitalario para su estabilización. Una vez que el paciente es estabilizado, podrá ser dado de alta con seguimiento por el médico de primaria, derivado a las Unidades de Hospitalización a Domicilio (UHD) o a un Hospital de Atención a Crónicos y Larga Estancia (HACLE) entre otros. Cuando se trate de pacientes con enfermedades crónicas complejos, en las alternativas de la Hospitalización a Domicilio o la derivación a recursos de carácter sociosanitario, la enfermera de enlace prestará su apoyo en la coordinación de las derivaciones.

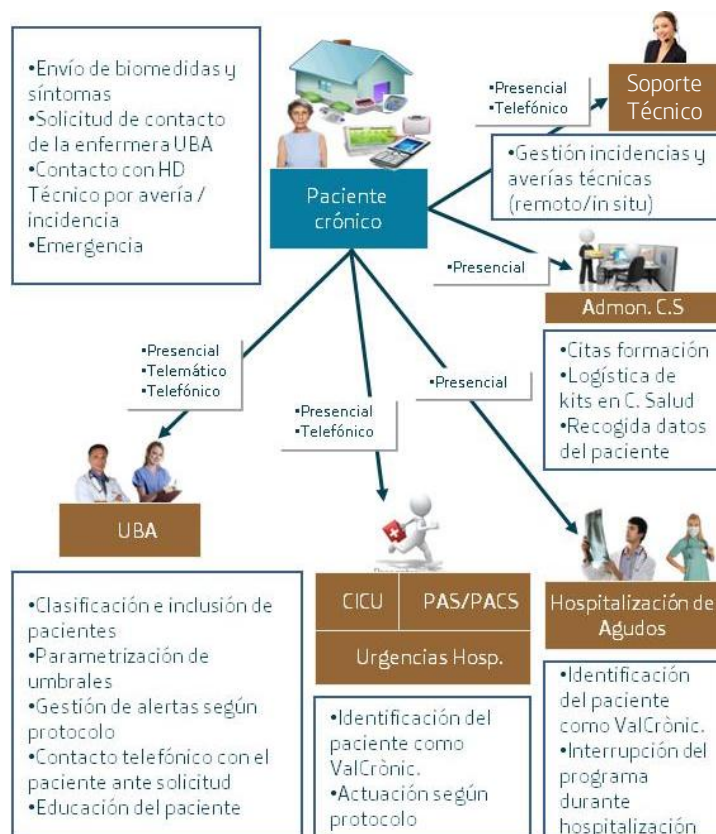
V. PROGRAMA VALCRÒNIC

El programa ValCrònic es una iniciativa de la Agencia Valenciana de Salud para mejorar la atención de los pacientes crónicos en la Comunidad que se apoya en la utilización de las nuevas tecnologías, en un modelo de actuación compartida dentro del equipo de atención primaria y entre los diferentes niveles asistenciales.

El programa se basa en la estratificación inicial de la población para identificar niveles de riesgo con relación a las enfermedades crónicas y de este modo poder diseñar intervenciones adaptadas a las necesidades de cada nivel de riesgo.

Asimismo, el programa busca la coordinación efectiva de todos los recursos y niveles asistenciales en el ámbito de la atención sanitaria garantizando el proceso de atención integral y la continuidad de los cuidados al paciente con patologías crónicas.

Ilustración 17 Modelo de relación de atención al paciente crónico incluido en el programa ValCrònic

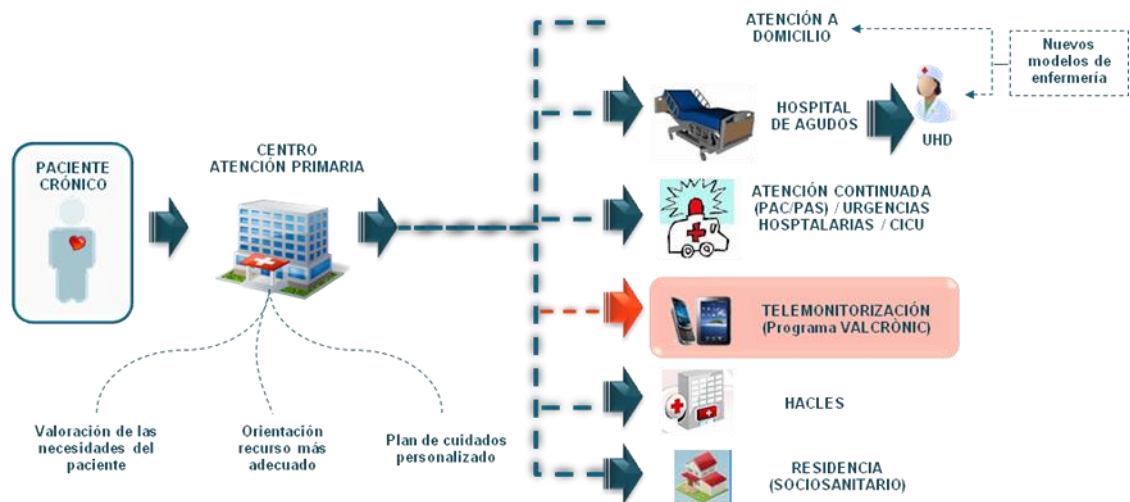


Objetivos del programa

El objetivo final del programa es mejorar el servicio de atención integral a los pacientes con enfermedades crónicas en la Comunidad Valenciana con el apoyo de un socio tecnológico que aporta una solución tecnológica adaptada a las necesidades del servicio.

El programa supone un proceso de transformación del modelo organizativo asistencial, en el cual las tecnologías de la información y la comunicación se constituyen como una de las palancas clave para mejorar la gestión de los pacientes con enfermedades crónicas en nuestra comunidad.

Ilustración 188 Integración del programa Valcrònic en modelo organizativo de atención



Los objetivos específicos del programa son los siguientes:

1. Mejorar la calidad de atención a los pacientes con patologías crónicas
 - Mejorar la comunicación con el paciente (seguimiento presencial y a distancia).
 - Facilitar el acceso a más información para la educación terapéutica.
 - Mejorar el grado de control de las patologías crónicas.
2. Mejorar la eficacia y la eficiencia de la atención prestada
 - Mejorar el rendimiento de las visitas a los centros de salud.

- Disminuir las visitas burocráticas o con bajo rendimiento.
- 3. Facilitar la permanencia del paciente en su entorno más próximo
 - Evitar la descompensación de los pacientes.
 - Prevenir el ingreso hospitalario.
- 4. Mejorar la comunicación entre profesionales
 - Desarrollar vías de comunicación conjunta, ágiles y resolutivas.

Descripción del programa

Patologías crónicas consideradas

Inicialmente el programa se centra en cuatro patologías crónicas y en sus posibles combinaciones:

- Insuficiencia Cardíaca
- Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC)
- Diabetes Mellitus Tipo 2
- Hipertensión Arterial

La selección de estas patologías crónicas se ha llevado a cabo en función de su impacto, tanto considerando los problemas de salud que originan estas enfermedades a la población que las padece, como el coste asociado que repercute en nuestro sistema sanitario.

El abordaje de estas patologías y su combinación se plantea desde una perspectiva del modelo asistencial que incorpora proactivamente a los pacientes en un proceso de atención integral.

Ilustración 19 Proceso de atención integral al paciente crónico



De esta forma el modelo permite los siguientes aspectos:

- Integración de la atención, con la involucración del paciente en el proceso asistencial.
- Aseguramiento y proactividad en la gestión de la continuidad asistencial, entre los distintos actores: primaria, especializada, agentes sociales, etc.
- Integración de la información, con los datos y la evidencia necesaria para la estratificación de la población y la toma de decisiones.

Estratificación de la población

El programa ValCrònic se apoya en la estratificación de los pacientes con enfermedades crónicas en tres niveles de riesgo diferenciados lo que permite una intervención adaptada a las necesidades de cada paciente de acuerdo a su nivel de complejidad. De esta forma, se establecen los siguientes niveles:

- Alto riesgo (nivel 3): Pacientes de mayor complejidad con frecuente comorbilidad. En ellos es necesaria una gestión integral del caso en su conjunto, con cuidados fundamentalmente profesionales, pero también contemplando la autogestión del propio paciente.
- Medio riesgo (nivel 2): Pacientes de riesgo pero de menor complejidad en lo que respecta a su comorbilidad. Se propone una gestión de la enfermedad que combina autogestión y cuidados profesionales.
- Bajo riesgo (nivel 1): Pacientes crónicos con condiciones todavía en estadios incipientes. En el enfoque en este segmento consiste en facilitar la prevención y concienciación del paciente con el fin de evitar que su patología alcance estados de complejidad superiores.

Para llevar a cabo la estratificación se ha utilizado inicialmente el **modelo CARS** adaptado para el programa junto a la Universidad Politécnica de Valencia. Este modelo ha sido validado en nuestro entorno y muestra una buena especificidad y sensibilidad.

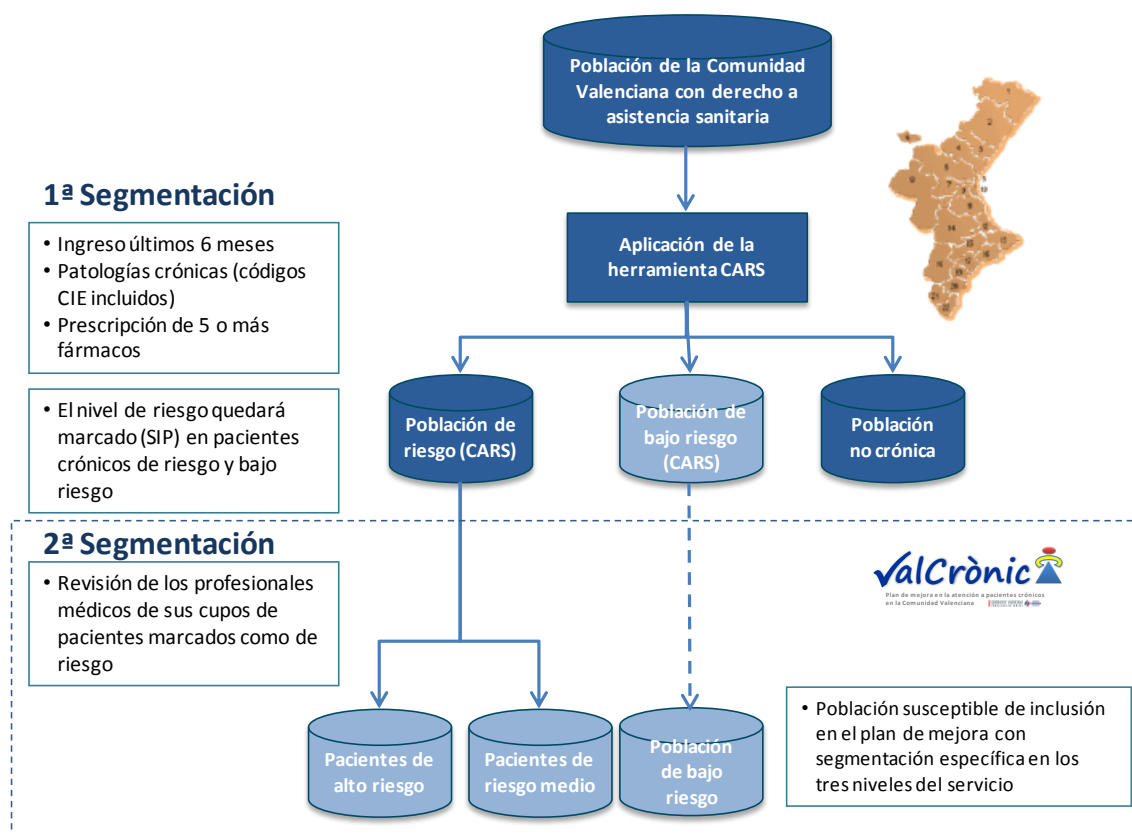
El CARS se ha aplicado para toda la población de la Comunidad Valenciana incluida en el sistema de información poblacional (SIP). Este proceso se ha realizado de forma totalmente automatizada.

Los criterios que evalúa el CARS para definir el nivel de riesgo son los siguientes:

- Padecer patologías crónicas: dos o más de los siguientes diagnósticos: Insuficiencia cardiaca, Diabetes, Infarto de miocardio, Ictus, enfermedad pulmonar Obstructiva crónica y Cáncer.
- Prescripción de cinco o más medicamentos.
- Existencia de ingresos hospitalarios o atención en urgencias del hospital o en los centros de salud de primaria en los últimos 6 meses.

El CARS ofrece únicamente dos niveles de riesgo: bajo y alto/medio. Por este motivo, es necesario, que los médicos de atención primaria realicen una revisión del segmento de alto/medio riesgo identificado por el CARS para llevar a cabo una segunda clasificación que diferencie entre pacientes de alto y medio riesgo.

Ilustración 20 Proceso de estratificación de la población en la Comunidad Valenciana



Configuración del servicio

De acuerdo a la estratificación de la población realizada se ha diseñado un modelo de servicio para cada nivel de riesgo definido, en el que las nuevas tecnologías ofrecen la posibilidad de realizar el seguimiento y evaluar el estado de salud de los pacientes de forma no presencial en los centros sanitarios.

De esta forma, el servicio se articula a través de una plataforma de gestión de pacientes crónicos, la cual da soporte tecnológico a los diferentes funcionalidades que contempla el programa, tanto desde el punto de vista de los profesionales del centro de salud, como desde la perspectiva de los pacientes.

De acuerdo a los niveles de riesgo definidos y a la combinación de patologías crónicas, se ha constituido una matriz de 16 programas que permiten diseñar una intervención más adaptada a las necesidades de los pacientes crónicos.

Los pacientes incluidos en programas de alto y medio riesgo serán objeto de un control y seguimiento exhaustivo de su enfermedad mediante dispositivos de telemonitorización que permiten la toma de biomedidas y la cumplimentación de cuestionarios de salud. Para ello, cada programa de riesgo alto y medio lleva asociado una relación de equipos de medición y unos cuestionarios de salud.

El paciente, desde su domicilio deberá llevar a cabo la toma de sus biomedidas y la cumplimentación de los cuestionarios de salud, cuyos resultados serán valorados a distancia por los profesionales asistenciales del centro de salud. De esta forma, los profesionales en su entorno de trabajo habitual en Abucasis, atenderán diariamente las posibles alertas que se generen en el sistema ante valores registrados por el paciente el día anterior y que puedan indicar un empeoramiento en su estado de salud. Asimismo, también podrán llevar a cabo un seguimiento periódico del histórico de datos correspondiente a un paciente determinado.

En el caso de los pacientes incluidos en programas de alto riesgo, la toma de biomedidas y la cumplimentación de cuestionarios se plantean con una frecuencia mayor que la de los pacientes en programas de medio riesgo, por lo que el seguimiento tiene un carácter más intensivo. Además, ambos niveles de riesgo llevan asociado también un componente educativo al tener asignados una serie de vídeos educativos sobre el entendimiento y manejo de las diferentes patologías crónicas, así como de los dispositivos para la toma de biomedidas.

La aplicación de este modelo garantiza la implicación del paciente en su cuidado personal y en el seguimiento y control de su estado de salud, generando de esta forma

una sistemática de autocontrol y de responsabilidad del propio paciente en el manejo de su enfermedad.

Como marco de apoyo a la actuación de los profesionales sanitarios se han definido una serie de protocolos para la atención de las alertas vinculadas al programa, así como un marco bibliográfico en el que cabe destacar las guías de referencia en la atención a cada una de las patologías crónicas consideradas en el programa ValCrònic.

El despliegue del programa incluye una fase posterior la intervención con los pacientes de bajo riesgo, la cual se centra más en la promoción de hábitos saludables y actuaciones educativas, mediante la creación un espacio web con todos estos contenidos. Dentro de este espacio web, el paciente de bajo riesgo tiene la posibilidad de registrar manualmente sus biomedidas. Asimismo este histórico de biomedidas podrá ser consultado por el profesional cuando el paciente acuda a consulta.

Programas

Atendiendo a los diferentes niveles de segmentación de pacientes con enfermedades crónicas, así como a las diferentes patologías y sus posibles combinaciones, se han definido 16 programas específicos de intervención. De esta forma, Valcrònic consta de 8 programas de alto riesgo, 6 programas de medio riesgo y 2 de bajo riesgo.

Equipamiento asociado al programa ValCrònic

Los pacientes para disfrutar del servicio de gestión de pacientes crónicos necesitan disponer del equipamiento tecnológico necesario, que incluye el equipo de conexión y soporte tecnológico y los dispositivos de biomedidas.

Equipo de conexión y soporte tecnológico

Hace referencia al equipo mediante el cual los pacientes se conectarán a la plataforma de gestión de crónicos e interactuarán en la misma, existiendo las siguientes posibilidades:

- En el caso de los pacientes incluidos en programas de alto riesgo la conexión al servicio se llevará a cabo mediante un tablet pc, que será entregado a los pacientes una vez hayan sido incluidos en el programa.

- Los pacientes inscritos en programas de medio riesgo deberán acceder al servicio a través de un teléfono móvil compatible con tarifa plana de datos para el acceso a internet o mediante un ordenador con conexión ADSL. En ambos casos, el paciente debe estar en posesión de esta tecnología, existiendo la posibilidad de ofrecer soluciones alternativas cuando el paciente no disponga de ninguno de estos equipos.

Dispositivos de biomedidas

Los dispositivos son necesarios para que los pacientes se puedan tomar las biomedidas en su domicilio, y se entregarán a todos aquellos pacientes que se encuentren en programas de alto y medio.

Kits de equipamiento

Los kits de equipamiento están formados por la tecnología que se entrega al paciente:

- Pacientes en programas de alto riesgo: pack básico (incluye fundamentalmente el tablet PC, elementos de comunicación y conectividad y el maletín contenedor) y los dispositivos de biomedidas asociados a cada programa que incluyen tensiómetro, glucómetros (únicamente en pacientes que estén en tratamiento con insulina), báscula y pulsioxímetro.
- Pacientes en programas de medio riesgo: únicamente los dispositivos de biomedidas asociados a cada programa.

Funcionalidades del servicio de gestión de crónicos para los pacientes

El servicio de gestión de pacientes crónicos permitirá a los pacientes las siguientes funcionalidades:

- Agenda: El paciente puede consultar en la agenda las actuaciones y eventos previstos para un día concreto, como por ejemplo:
- Recordatorio de toma de biomedidas y dar respuesta a los cuestionarios.
- Registro de biomedidas y respuesta a cuestionarios.

Registros de biomedidas

El servicio permite registrar las biomedidas tomadas por el paciente, ya sea de forma automática (alto y medio riesgo) o manual (bajo riesgo). Asimismo, los pacientes

de alto y medio riesgo también tendrán la opción de introducir la información de sus biomedidas de forma manual.

Las biomedidas contempladas en el programa ValCrònic son las siguientes:

- Porcentaje de saturación oxígeno en sangre
- Frecuencia cardíaca
- Nivel de glucosa: glucemia basal y preprandial y glucemia post-prandial.
- Peso.
- Tensión arterial (sistólica y diastólica).

Cuestionarios de salud

El paciente también podrá cumplimentar en el servicio los cuestionarios de salud, asignados a los programas de alto y medio riesgo.

Los cuestionarios de salud incluidos en la plataforma son los siguientes:

- Cuestionario de calidad de vida EuroQol (EQ-5D): asociado a todos los programas de alto y medio riesgo, permite valorar la percepción sobre su estado de salud que tiene el paciente.
- Cuestionario de EXACT-Pro 14 síntomas de EPOC: para pacientes en programas de alto riesgo que padezcan EPOC.
- Cuestionario “cómo estoy hoy” para pacientes en programas de alto y medio riesgo que padezcan insuficiencia cardíaca con un cuestionario de síntomas específico para dicha enfermedad.

Los cuestionarios están vinculados a los correspondientes programas, de tal forma que cuando se incluye a un paciente en la plataforma de gestión de crónicos y se le asigna un programa de forma automática se asocian los cuestionarios a ese programa.

Disponibilidad de vídeos

El servicio incluirá una serie de vídeos explicativos del funcionamiento del servicio y toma de biomedidas, así como otros de carácter educativo sobre el manejo de su enfermedad.

Los vídeos son asignados por defecto a los diferentes programas de acuerdo a las patologías, por lo que al incluir a un paciente en un determinado programa aparecerán asociados los correspondientes vídeos. Sin embargo, el profesional podrá asignar los

vídeos que estime oportunos a cada paciente como en el caso de un paciente que padezca diabetes, pero que no haya sido incluido en un programa específico de diabetes por no estar en tratamiento con insulina

En un primer momento, el programa ValCrònic contempla los siguientes vídeos:

- Vídeos sobre identificación de síntomas de riesgo para las siguientes patologías crónicas: Insuficiencia Cardíaca, EPOC y Diabetes Mellitus.
- Vídeos sobre criterios de buen control de la enfermedad correspondientes a las siguientes patologías crónicas: Insuficiencia Cardíaca, EPOC y Diabetes Mellitus.
- Vídeos de carácter técnico sobre el uso de los dispositivos de medición: tensiómetro, báscula, glucómetro y pulsioxímetro.

Consulta información relativa al paciente en el servicio:

- Histórico de medidas. El paciente puede visualizar a través del servicio la información relativa a sus medidas
- Consulta de mensajes.

Petición de asistencia.

El paciente tendrá la posibilidad de solicitar a su enfermera de referencia que se ponga en contacto con él por motivos clínicos no urgentes asociados a las patologías crónicas de las que está siendo tratado en el programa.

Funcionalidades del servicio de gestión de crónicos para los profesionales

Los profesionales del centro de salud desde su entorno de trabajo tendrán acceso al servicio de gestión de pacientes crónicos, permitiéndoles las siguientes funcionalidades:

Profesionales médicos de la Unidad Básica Asistencial

- Inclusión del paciente en el programa ValCrònic, lo que conlleva a su vez las siguientes actuaciones:
 - Asignar programa.
 - Parametrizar el servicio de acuerdo a las características clínicas del paciente.
 - Imprimir para su entrega al paciente el documento de aceptación y compromiso.

- Modificación y actualización de la parametrización del servicio. El profesional podrá modificar los parámetros establecidos para cada paciente cuando los considere necesario.
- Baja del paciente en el programa ValCrònic. El profesional podrá también dar de baja desde el servicio a los pacientes en el programa.

Profesionales médicos y de enfermería de la Unidad Básica Asistencial

- Visualización y gestión de alertas clínicas. el profesional visualiza en su entorno de trabajo la relación de alertas que se hayan generado, obteniendo más información sobre una determinada alerta al acceder sobre ella. En este sentido, se generarán alertas por las siguientes causas:
 - Las biomedidas se encuentran fuera de los umbrales establecidos, diferenciándose entre alertas de mayor gravedad (de color rojo) y de menor gravedad (de color amarillo).
 - Los resultados de los cuestionarios reflejan un empeoramiento significativo de la salud del paciente.
 - El paciente no ha registrado sus biomedidas, ni cumplimentado los cuestionarios de salud correspondientes en el tiempo establecido para ello.
 - El paciente solicita que su enfermera de referencia se ponga en contacto con él, por motivos clínicos.
- Visualización de datos de seguimiento. El profesional podrá acceder a los datos de monitorización de los pacientes (biomedidas y respuestas a cuestionarios) los cuales podrá visualizar en forma de gráfica o de tabla de datos. Asimismo, en Abucasis, el profesional tendrá acceso a una hoja de seguimiento que recogerá con una periodicidad mensual el valor medio de las biomedidas del paciente, así como el valor mínimo y máximo.
- Interrupción temporal del servicio en el programa ValCrònic. El profesional podrá interrumpir temporalmente el servicio cuando el paciente no pueda ser telemonitorizado en su domicilio (institucionalización, ausencias vacacionales, etc.).

Profesionales administrativos

- Cumplimentación de datos no clínicos del paciente. El servicio permite la recogida de información adicional sobre el paciente relacionada con la inclusión del mismo en el programa. De esta forma permite recabar información sobre:
 - Datos cuidador informal y/o familiar (incluyendo teléfonos de contacto).
 - Datos cuidador informal y/o familiar (incluyendo teléfonos de contacto).
 - Número de teléfono móvil del paciente.
 - Marca y modelo del teléfono del paciente (para determinar su compatibilidad)
 - Fecha planificada para sesión de formación (recogida en campo de fecha de formación).
 - Observaciones: donde se incluirá necesariamente por parte del administrativo al menos el nombre del centro de salud al que pertenece el paciente.

Marco de apoyo a la actividad de los profesionales sanitarios

Con el objetivo de homogenizar la actuación de los profesionales sanitarios en la atención de las alertas que genere el programa se han elaborado unos protocolos de actuación, dependiendo de la tipología de la alarma (roja o amarilla) y las patologías crónicas asociadas.

Los protocolos definidos son los siguientes:

Diabetes Mellitus

Procedimientos correspondientes a la atención de alertas rojas:

- Disminución de la saturación de oxígeno en diabetes
- Hipertensión arterial en pacientes con diabetes.
- Aumento de la frecuencia cardiaca en pacientes con diabetes
- Aumento de peso en diabetes
- Aumento de glicemia en pacientes con diabetes aislada
- Disminución de glicemia en pacientes con diabetes aislada

Procedimientos correspondientes a la atención de alertas amarillas:

- Disminución de la saturación de oxígeno en pacientes con diabetes y EPOC
- Hipertensión arterial en pacientes con diabetes

- Aumento de la frecuencia cardiaca en pacientes con diabetes
- Aumento de glicemia en pacientes con diabetes aislada

EPOC

Procedimientos correspondientes a la atención de alertas rojas:

- Disminución de la saturación de oxígeno en EPOC
- Hipertensión arterial en pacientes con EPOC
- Aumento de la frecuencia cardiaca en pacientes con EPOC
- Aumento de peso en EPOC e insuficiencia cardiaca.

Procedimientos correspondientes a la atención de alertas amarillas:

- Disminución de la saturación de oxígeno en EPOC
- Hipertensión arterial en pacientes con EPOC
- Aumento de la frecuencia cardiaca en pacientes con EPOC

Hipertensión arterial

Procedimientos correspondientes a la atención de alertas rojas:

- Disminución de la saturación de Oxígeno en Hipertensión arterial
- Hipertensión arterial
- Aumento de la frecuencia cardiaca en pacientes con Hipertensión arterial
- Aumento de peso en Hipertensión arterial e insuficiencia cardiaca

Procedimientos correspondientes a la atención de alertas amarillas:

- Disminución de la saturación de oxígeno en hipertensión arterial
- Hipertensión arterial
- Aumento de la frecuencia cardiaca en pacientes con hipertensión arterial

Insuficiencia cardiaca

Procedimientos correspondientes a la atención de alertas rojas:

- Disminución de la saturación de oxígeno en insuficiencia cardiaca
- Hipertensión arterial en insuficiencia cardiaca

- Aumento de la frecuencia cardiaca en pacientes con insuficiencia cardiaca
- Aumento de peso en insuficiencia cardiaca

Procedimientos correspondientes a la atención de alertas amarillas:

- Disminución de la saturación de oxígeno en insuficiencia cardiaca y EPOC
- Hipertensión arterial en insuficiencia cardiaca
- Aumento de la frecuencia cardiaca en pacientes con insuficiencia cardiaca

Criterios de inclusión y exclusión del programa ValCrònic

Para la incorporación de un paciente al programa ValCrònic, es necesario que cumpla con el criterio de inclusión y no reúna ninguna de las características consideradas en los criterios de exclusión.

Criterio de inclusión

El criterio de inclusión es que el paciente haya sido identificado tras la aplicación del CARS como susceptible de ser incluido en el programa ValCrònic.

Criterios de exclusión

No podrán formar parte del programa aquellos pacientes, que aun cumpliendo con los criterios de inclusión, se encuentren en alguna de las siguientes circunstancias:

- Paciente no autónomo y sin cuidador.
- Falta del documento de aceptación y compromiso firmado por el paciente.
- Paciente institucionalizado.
- Fase aguda de un tratamiento oncológico.
- Paciente en fase de enfermedad avanzada.
- Criterios tecnológicos que impidan el desarrollo del programa.
- Otras: Cualquier paciente que a juicio del profesional no vaya a poder percibir los beneficios del programa.

Criterios de baja

El paciente podrá ser dado de baja en el programa ValCrònic a iniciativa propia (el paciente manifiesta su deseo expreso de darse de baja) o por iniciativa del profesional cuando se produzca alguna de las siguientes circunstancias:

- Circunstancias de carácter tecnológico:

- El profesional considera que el paciente no usa la telemonitorización (ausencia de biomedidas) con la frecuencia necesaria para que perciba todos los beneficios del programa.
- Causas tecnológicas en la situación del paciente que impiden el envío normal de las biomedidas, como por ejemplo la falta de la cobertura necesaria en el domicilio habitual del paciente para el envío de la información o que el paciente no garantiza la integridad del equipamiento de manera reiterada.
- Para que el médico conozca los pacientes de su cupo que deben ser dados de baja por circunstancias de carácter tecnológico, Telefónica I+M entregará a los administrativos de los centros de salud un listado con los pacientes que deben ser dados de baja, pertenecientes a cada centro de salud, y las causas de la baja, con periodicidad semanal. Los administrativos de los centros de salud harán llegar a su vez esta información a los médicos participantes en el programa.
- Circunstancias relativas al paciente:
 - Pasa a ser no autónomo y sin cuidador
 - Pasa a estar institucionalizado de manera permanente
 - Pasa a estar en fase aguda de un tratamiento oncológico
 - Pasa a estar en una fase muy avanzada de la enfermedad
 - Éxitus
- Juicio clínico del profesional:
 - El paciente no va a poder percibir los beneficios del programa

Beneficios y deberes del programa ValCrònic para los diferentes agentes

La **Agencia Valenciana de Salud** ha demostrado su compromiso con la mejora de la atención a los pacientes con patologías crónicas y con el programa ValCrònic mediante el impulso y el liderazgo institucional en el desarrollo, implantación y difusión con relación

La puesta en marcha del programa conllevará los siguientes beneficios para el **sistema público sanitario valenciano**:

- Incremento de la eficiencia mediante un mejor uso de los recursos asistenciales.
- Mejor organización de las interacciones entre niveles y profesionales.

- Mejor gestión de la demanda: adecuación de la oferta de servicios y del modo en que se da cobertura a las necesidades de los pacientes crónicos.
- Mejores resultados en salud.

Las ventajas que ofrece el programa para los **pacientes** son entre otras:

- Mejora la gestión de su enfermedad y de la capacidad de autocuidado, adquiriendo el paciente mayor responsabilidad en la gestión y control de su enfermedad:
 - Mayor control y seguimiento de la evolución de su enfermedad.
 - Mejor conocimiento de su enfermedad
- Mayor adherencia al tratamiento.
- Gestión eficiente de su tiempo: se reduce el número de desplazamientos al centro de salud, urgencias, etc.

Los pacientes deben comprometerse a los siguientes aspectos:

- Mantenimiento y cuidado de los equipos que le sean cedidos.
- Seguimiento de las indicaciones de los profesionales asistenciales:
 - Periodicidad de toma de biomedidas y cumplimiento de cuestionarios.
 - Adherencia del tratamiento.
- Comunicar a los profesionales asistenciales de primaria cualquier causa de interrupción temporal/definitiva del programa.

Entre los beneficios que aporta el programa a los **profesionales sanitarios** de atención primaria cabe destacar:

- Mejora la calidad de la atención:
 - Mejor seguimiento y continuidad de cuidados, sin necesidad de presencia física del paciente en consulta.
 - Homogenización y reducción de variabilidad en la práctica clínica al disponer de guías y protocolos de referencia.
 - Fomento del uso de instrumentos de coordinación entre niveles asistenciales.
- Potenciación del papel de enfermería.

- Disminución del número de consultas presenciales a los pacientes crónicos.
- Disminución de la frecuentación de urgencias y un menor número de ingresos hospitalarios.

Asimismo, entre las actuaciones que los profesionales tendrán que desarrollar en el marco del programa figuran:

- Inclusión a los pacientes en el programa de acuerdo a su nivel de riesgo, patologías crónicas y capacidad tecnológica.
- Interrupción/ reactivación y baja de los pacientes en el servicio de gestión de pacientes crónicos.
- Parametrización del servicio de gestión de pacientes crónicos.
- Seguimiento periódico de los pacientes y atención de las alertas de acuerdo a los protocolos establecidos.
- Proporcionar formación a los pacientes en sus programas asociados.

Modelo de evaluación y seguimiento

Se ha definido un cuadro de mando con el objetivo de poder evaluar y realizar un seguimiento del grado de cumplimiento de los objetivos del programa ValCrònic.

El conjunto de indicadores seleccionado se obtienen directamente y de forma automática de los sistemas de información de la Agencia Valenciana de Salud y se describen a continuación en el capítulo VI de este documento.

La medición del impacto del programa se realizará mediante una comparativa de una línea base previamente definida.

VI. ELEMENTOS DE EVALUACIÓN

Los sistemas de información son el elemento fundamental de la tecnología que gestiona el núcleo de la actividad asistencial, sin ellos no se puede concebir una asistencia sanitaria de calidad, segura y eficiente. La gestión de la enfermedad crónica es transversal a la organización y en ella la información clínica compartida es una condición necesaria para la mejora del modelo.

Para la evaluación de los objetivos del programa se ha establecido una batería inicial de indicadores que permitirán evaluar a los pacientes incluidos en programas específicos de seguimiento de crónicos.

Este cuadro de mando se ha diseñado específicamente para evaluar en primer lugar a los pacientes incluidos en el proyecto ValCrònic tras la fase inicial de implantación en los Departamentos de Elche y Sagunto. Los resultados de su evaluación, que se hará de forma automatizada a través de la información recogida en los sistemas de información, servirán para ajustar el programa antes de extenderlo al resto de departamentos.

Se han definido 10 indicadores principales y 4 indicadores de carácter secundario.

Indicadores principales

1. Frecuentación en Atención Primaria de los pacientes incluidos en el programa de crónicos.

Objetivo; Medir el número de consultas al médico de familia por paciente incluido en el programa de crónicos, en el periodo de un mes.

Definición: Número medio de consultas al médico de familia, realizadas en un mes, por los pacientes incluidos en el programa de crónicos.

$$\frac{\text{Nº de consultas médicas en AP durante un mes}}{\text{Nº de pacientes incluidos en el Programa.}}$$

2. Frecuentación en urgencia NO hospitalaria de los pacientes incluidos en el programa de crónicos

Objetivo: Medir el número de consultas en urgencias NO hospitalarias por paciente incluido en el programa de crónicos, en el periodo de un mes.

Definición: Número medio de consultas en urgencias NO Hospitalarias, realizadas en un mes, por los pacientes incluidos en el programa de crónicos.

$$\frac{\text{Nº de consultas en urgencias NO hospitalarias durante un mes}}{\text{Nº de pacientes incluidos en el Programa.}}$$

3. Frecuentación en urgencia hospitalaria de los pacientes incluidos en el programa de crónicos

Objetivo: Medir el número de consultas en urgencias de hospital por paciente incluido en el programa de crónicos, en el periodo de un mes.

Definición: Número medio de consultas en urgencia hospitalaria, realizadas en un mes, por los pacientes incluidos en el programa de crónicos.

$$\frac{\text{Nº de consultas en urgencias hospitalarias durante un mes}}{\text{Nº de pacientes incluidos en el Programa.}}$$

4. Ingresos hospitalarios de los pacientes incluidos en el programa de crónicos

Objetivo: Medir los ingresos hospitalarios de los pacientes incluidos en el programa de crónicos.

Definición: Número medio de ingresos hospitalarios de los pacientes incluidos en programa de crónicos por problemas de salud directamente relacionados con su enfermedad crónica.

$$\frac{\text{Nº de ingresos hospitalarios}}{\text{Nº de pacientes incluidos en el programa.}}$$

5. Estancia media hospitalaria por problemas de salud relacionados con su enfermedad crónica de los pacientes incluidos en el programa de crónicos

Objetivo: Calcular los días que por término medio permanecen ingresados en el hospital los pacientes incluidos en el programa de crónicos.

Definición: Número medio de días que permanecen ingresados por problemas de salud directamente relacionados con su enfermedad crónica en un hospital los pacientes incluidos en el programa de crónicos.

$$\frac{\text{Nº total de estancias hospitalarias de pacientes incluidos en el programa}}{\text{Nº de ingresos de pacientes incluidos en el programa}}$$

6. Visitas domiciliarias a pacientes incluidos en el programa de crónicos

Objetivo: Cuantificar las visitas domiciliarias realizadas a los pacientes incluidos en el programa de crónicos en el periodo de un mes.

Definición: Promedio de visitas domiciliarias que recibe cada paciente del programa de crónicos en el periodo de un mes.

$$\frac{N^{\circ} \text{ total de visitas a pacientes incluidos en el programa en el periodo}}{N^{\circ} \text{ de pacientes incluidos en el programa}}$$

7. Interconsultas a especialistas de pacientes incluidos en el programa de crónicos

Objetivo: Medir el número de interconsultas a especialistas realizadas a cada paciente incluido en el programa de crónicos, en el periodo de estudio.

Definición: Promedio de interconsultas a especialistas que recibe cada paciente del programa de crónicos en el periodo de un mes.

$$\frac{N^{\circ} \text{ total de interconsultas en pacientes incluidos en el programa en el periodo}}{N^{\circ} \text{ de pacientes incluidos en el programa}}$$

8. Activación de actuación compartida.

Objetivo: Cuantificar el flujo de información clínica entre AP y hospitales (AE) por cada paciente incluido en el programa de crónicos

Definición: Promedio de mensajes registrados en el sistema de comunicación interno entre AP y hospital por paciente incluido en el programa de crónicos.

$$\frac{N^{\circ} \text{ total de mensajes compartidos entre AP y AE en el periodo}}{N^{\circ} \text{ de pacientes incluidos en el Programa}}$$

9.1 Satisfacción de los pacientes incluidos en el programa de crónicos

Objetivo: Evaluar la calidad percibida del programa de crónicos por los pacientes incluidos .

Definición: Promedio del porcentaje de puntos obtenidos en las encuestas de satisfacción de pacientes.

$$\frac{\sum \text{del \% de puntos obtenidos en encuestas a pacientes incluidos en el programa}}{N^{\circ} \text{ de pacientes encuestados}}$$

9.2 Satisfacción de los profesionales del programa de crónicos

Objetivo: Evaluar la calidad percibida del programa de crónicos por los profesionales que participan en este.

Definición: Promedio del porcentaje de puntos obtenidos en las encuestas de satisfacción de profesionales.

$$\frac{\sum \% \text{ de puntos obtenidos en encuestas a profesionales incluidos en el programa}}{N^{\circ} \text{ de profesionales encuestados}}$$

10. Mortalidad de pacientes incluidos en el programa de crónicos

Objetivo: Cuantificar la mortalidad en los pacientes incluidos en el programa de crónicos en el periodo de estudio.

Definición: Proporción de pacientes incluidos en programa de crónicos fallecidos en el periodo evaluado.

$$\frac{\text{Nº de muertes en pacientes incluidos en el programa en el periodo evaluado}}{\text{Nº de pacientes incluidos en el Programa}}$$

Indicadores secundarios

1. Grado de control de las patologías

Objetivo: Medir la proporción de pacientes incluidos en el programa de crónicos que cumplen los criterios de control de cada programa específico.

Definición: Porcentaje de pacientes con criterios de buen control de enfermedad cumplidos.

$$\frac{\text{Nº de pacientes con criterios de control cumplidos} \times 100}{\text{Nº de pacientes incluidos en cada Programa}}$$

2. Grado de adecuación del ingreso hospitalario

Objetivo: Calcular la proporción de pacientes ingresados incluidos en el programa de crónicos que cumplen con los criterios de ingreso (AEP).

Definición: Porcentaje de pacientes ingresados, incluidos en el programa de crónicos, que cumplen los criterios de ingreso según AEP.

$$\frac{\text{Nº de pacientes con criterios de ingreso cumplidos} \times 100}{\text{Nº de pacientes incluidos en Programa}}$$

3. Calidad de vida de los pacientes incluidos en el programa de crónicos

Objetivo: Calcular el porcentaje de pacientes, incluidos en el programa de crónicos, que reúnen criterios de calidad de vida según el instrumento utilizado

Definición: Porcentaje de pacientes que cumplen los criterios de calidad de vida

$$\frac{\text{Nº de pacientes con criterios de calidad de vida} \times 100}{\text{Nº de pacientes incluidos en Programa}}$$

4. Incidencias tecnológicas

Objetivo: Cuantificar las incidencias tecnológicas por paciente incluido en el programa de crónicos en un periodo de tiempo definido

Definición: Promedio de incidencia tecnológicas por paciente incluido en el programa.

$$\frac{\text{Nº de incidencias tecnológicas en periodo de tiempo} \times 100}{\text{Nº de pacientes incluidos en Programa}}$$

VII. EXPERIENCIAS EN LOS DEPARTAMENTOS DE SALUD DE LA COMUNIDAD VALENCIANA EN LA ATENCIÓN A PACIENTES CON PATOLOGÍAS CRÓNICAS

Para establecer la mejora de la atención a las personas que padecen enfermedades crónicas como una de las prioridades de la Comunidad Valenciana las estrategias de atención a pacientes con enfermedades crónicas se han desarrollado siguiendo dos modelos complementarios

- Modelo de arriba-abajo impulsado desde la Agencia Valenciana de Salud con un enfoque de forma global y coordinada en toda la Comunidad.
- Modelo de abajo-arriba con proyectos desarrolladas directamente por los Departamentos de salud.

En capítulos anteriores se ha hecho referencia a las principales iniciativas globales promovidas hasta el momento por la Agencia Valenciana de Salud que incluyen entre otras el desarrollo de estrategias enfocadas a diferentes patologías crónicas, como la diabetes o la EPOC, la definición de una estrategia de atención sanitaria integral a las personas mayores y a los enfermos crónicos en la Comunidad Valenciana 2007-2011, o la creación de recursos específicos de atención orientados a los pacientes con enfermedades crónicas más complejas.

La incorporación, como uno de los principales objetivos de los acuerdos de gestión del año 2011, de la atención domiciliaria y la atención a los pacientes con enfermedades crónicas, la puesta en marcha la Oficina de Innovación y Gestión de Pacientes con Enfermedades Crónicas o el desarrollo del plan de mejora en la atención a los pacientes ValCrònic son proyectos recientes de los que se espera una alto impacto en el avance del modelo atención.

Asimismo, los departamentos de salud han promovido iniciativas, como las que se describen brevemente a continuación y que corresponden a las experiencias

presentadas en la primera Jornada anual de innovación para la gestión del paciente con enfermedades crónicas en la Comunidad Valenciana celebrada en 2010.

Esta selección no es exhaustiva y aunque no incluye todos los proyectos que se están realizando actualmente en los departamentos cumple el objetivo es presentar la diversidad de proyectos y las principales líneas que actualmente se desarrollan.

- **Departamento de Salud de Vinaròs**

Con el objetivo de detectar la insuficiencia arterial en pacientes de riesgo para disminuir la morbimortalidad cardiovascular y mortalidad, se ha promovido la aplicación del doppler por enfermería a los pacientes con Diabetes Mellitus. Además, se ha identificado la necesidad de consensuar con el personal facultativo una guía de actuación con criterios de derivación y periodicidad de la prueba.

- **Departamento de Salud de Castellón**

Se ha implantado dos nuevos perfiles de enfermería, enfermera de enlace hospitalario (EDH) y la enfermera de gestión comunitaria (EGC), en relación al manejo integral de pacientes crónicos complejos y paliativos. Igualmente, se ha promovido la integración de Atención Primaria y Especializada en la asistencia del paciente renal, mediante la gestión por procesos.

Asimismo, el departamento ha llevado a cabo varias iniciativas en el ámbito de la educación a pacientes: educación diabetológica en los EAP, consulta de enfermedad renal crónica avanzada y hemodiálisis domiciliaria diaria.

- **Departamento de Salud de La Plana**

El departamento ha desarrollado un proyecto de gestión de los cuidados del paciente con patologías crónicas que se basa en el desarrollo de la consulta de enfermería en atención primaria, en la mejora de la coordinación entre la enfermera hospitalaria y la de atención primaria, la definición de protocolos de patologías crónicas en la relación enfermera – paciente, fomento del correo electrónico como vía de comunicación paciente-enfermera. Con este proyecto se espera fomentar el autocuidado del paciente, favorecer el uso racional de los recursos sanitarios, al disminuir la hiperfrecuentación tanto en las consultas médicas como de enfermería.

- **Departamento de Salud de Sagunto**

El departamento, previamente a la puesta en marcha del programa Valcrònic en el que está participando, ha sido pionero en la puesta en marcha de un nuevo modelo organizativo para la atención a enfermos crónicos mediante el Programa SagunCronic apoyado en tecnologías y monitorización de pacientes en su domicilio. El programa va dirigido a pacientes de alta complejidad y de alto riesgo en las patologías de EPOC, diabetes, insuficiencia cardíaca e hipertensión arterial. El programa se basa en la constitución de equipos multidisciplinares y en el seguimiento del proceso crónico de los pacientes por parte de la enfermería de los EAP, así como la constitución de grupos de autoayuda tutelados por enfermería y la creación de la figura del paciente experto. Asimismo, se contemplan mecanismos de interconsulta entre los distintos niveles en fases de reagudización de los pacientes. Además, se ha definido un procedimiento para valorar la consecución de los objetivos del programa. Dentro del marco de este programa también se está desarrollando un proyecto de investigación para analizar el coste eficacia del mismo.

- **Departamento de Salud Valencia Clínico-Malvarrosa**

Se han llevado a cabo un programa de cribado de retinopatía diabética en Atención Primaria, con el objetivo de prevenir las pérdidas de visión mediante la realización de un diagnóstico temprano. Asimismo, también se ha desarrollado un programa de promoción y prevención secundaria cardiovascular en pacientes con eventos coronarios, el cual está basado en una intervención educativa. Igualmente, se ha implantado un modelo de asistencia sanitaria compartida para la atención integrada al paciente con patologías crónicas y al pluripatológico.

Además, se contempla el desarrollo de un portal para la atención a personas con enfermedades crónicas.

- **Departamento de Salud de Valencia Arnau de Vilanova- Lliria**

Se ha puesto en marcha una unidad de apoyo de enfermería dermatológica (UAED) en Atención Primaria. La unidad utiliza técnicas novedosas de telemedicina y se coordina con una enfermera de referencia en úlceras y heridas en cada zona básica de salud, así como con los servicios de Dermatología, Infecciosos, Cirugía del Hospital Arnau y también con el Hospital Dr. Moliner. De esta forma, los profesionales de enfermería de primaria realizan las fotos correspondientes a los pacientes y se las remiten a la unidad mediante un software específico. En la UAED una enfermera valora los casos de acuerdo a un protocolo de actuación consensuado.

- **Departamento de Salud de La Fe**

El departamento ha desarrollado un proyecto de gestión de patologías crónicas más prevalentes (diagnóstico de EPOC, ICC, Demencia y paliativos). El programa se basa en la creación de figuras representativas (médico referente de primaria, médico de enlace de especializada y gestora de casos), la creación de los grupos de trabajo entre primaria y especializada para la elaboración de guías clínicas y rutas asistenciales de cada uno de los cuatro procesos y la estratificación de la población e inclusión de los pacientes en programas de gestión de casos, gestión de enfermedades o en autocuidado, coordinando los recursos necesarios para la atención de los pacientes de cada programa.

- **Departamento de Salud de Requena**

El departamento está potenciando la Atención Primaria como eje conductor del sistema sanitario y de la continuidad de cuidados. Para ello, ha adecuado recursos humanos, tecnológicos y fomentado la investigación y la docencia. Además, ha creado comisiones interdisciplinarias de patologías prevalentes como diabetes, hipertensión arterial, aparato locomotor y EPOC. Asimismo, ha puesto en marcha un programa de atención domiciliaria y otro de cuidados paliativos.

- **Departamento de Salud de Valencia – Hospital General**

Se ha llevado a cabo una reorganización del modelo de gestión de Medicina Interna del Complejo Hospital General Universitario de Valencia, con la creación de un área clínica que integra una Unidad de pacientes pluripatológicos, una Unidad de convalecencia y una Unidad de paliativos, además de la hospitalización convencional y las camas de corta estancia y las relaciones con atención primaria, urgencias atención domiciliaria y hospital de día. De esta forma, se ha mejorado la coordinación del circuito asistencial favoreciendo que el paciente con patologías crónicas sea tratado en el nivel asistencial que le corresponde, empleando de forma eficiente los recursos necesarios en dicha atención y mejorando la calidad de la misma.

- **Departamento de Salud Valencia Dr. Peset**

El departamento viene trabajando desde el año 2004 en la implantación de un modelo de interrelación entre Atención Primaria y el servicio de Nefrología del hospital. Para ello, se ha llevado a cabo la implantación de un protocolo consensuado entre ambas partes consiguiendo mejorar la remisión de pacientes a la especialidad y reducir drásticamente la lista de espera de la consulta de Nefrología. Asimismo, se ha establecido un protocolo específico para la remisión de pacientes con hipertensión arterial a una Unidad de Referencia de Nefrología, con lo que se espera mejorar el control de estos pacientes, evitar exploraciones innecesarias y mejorar la adecuación de los recursos.

- **Departamento de Salud de La Ribera**

Está desarrollando un programa de educación sanitaria en pacientes con dolor crónico músculo-esquelético y otro programa de educación en el autocuidado al paciente con insuficiencia cardíaca. Además, el departamento está impulsando un plan de gestión de enfermedades crónicas y un programa atención integral al paciente con patologías crónicas con factores de riesgo cardiovascular (FRCV). Por otra parte, también se está llevando a cabo el abordaje integral en el diagnóstico precoz de la Retinopatía Diabética.

- **Departamento de Salud de Gandía**

El departamento para la mejora de la atención a pacientes con patologías crónicas, ha promovido la interconsultas on line a través de la historia clínica de Abucasis de acuerdo a un protocolo consensuado entre primaria con cada uno de los servicios implicados, Hematología y Nefrología. Asimismo, para aquellos pacientes que se encuentran en tratamiento con anticoagulantes orales se está desarrollando un programa de envío on line de la determinación digital desde primaria al hospital. Igualmente, se ha promovido la realización de interconsultas con el servicio de Neurología mediante teleconferencia en lo relativo a las personas que padecen Alzheimer y que se encuentran institucionalizadas en centros socio-sanitarios de carácter privado.

- **Departamento de Salud de Denia**

Se está desarrollando un programa de cuidados paliativos que ofrece una cobertura asistencial integral a este tipo de pacientes en su domicilio, con el objetivo de movilizarlos lo menos posible. El programa consiste en la organización y coordinación de todos los recursos implicados en la atención a estos pacientes, llevando a cabo un control de los síntomas y ofreciendo apoyo y formación a sus cuidadores.

- **Departamento de Salud de Marina Baixa**

Se ha implantado un procedimiento normalizado de trabajo para la revisión del tratamiento farmacológico en pacientes crónicos polimedicados con el objetivo de potenciar el uso seguro de medicamentos y prevenir acontecimientos adversos a medicamentos. Asimismo, también se está llevando a cabo un programa de atención domiciliaria de enfermería en pacientes mayores de 75 años (anciano frágil), con la finalidad de prevenir y detectar problemas de salud, así como potenciar el autocuidado y su autonomía y valoración y apoyo al cuidador principal.

- **Departamento de Salud de Elda**

El servicio de UHD está llevando a cabo el control domiciliario de pacientes con dificultad para la movilización y la deglución, constatándose que mediante este servicio se reducen los ingresos por neumonías aspirativas, úlceras y desnutrición. Además, a través de la Unidad de Diabetes del departamento se ha mejorado la coordinación de primaria y especializada, mediante la diseño de un modelo de interconsulta, la definición del funcionamiento de la atención a pacientes diabéticos en los centros de salud, así como el desarrollo de actuaciones en el ámbito de la docencia y la formación continua y la promoción de las asociaciones de enfermos diabéticos.

- **Departamento de Salud Alicante – Hospital General**

Se ha elaborado un protocolo unificado de atención al paciente con patologías crónicas con Diabetes Mellitus y se ha consolidado la implantación del protocolo de detección precoz de retinopatía diabética potenciándose el papel de enfermería.

De la misma forma, también se ha llevado a cabo la implantación de un modelo de continuidad de cuidados de enfermería y se ha reforzado el modelo de atención domiciliaria (enfermera de gestión comunitaria).

Con el objetivo de mejorar los resultados de salud mediante una gestión adecuada de la frecuentación y del paciente con patologías crónicas se realiza un análisis de la frecuentación y utilización de las consultas de médicos de familia.

Además, se ha definido un protocolo de Administración de medicación a pacientes con artritis reumatoide y un protocolo de tratamiento anticoagulante.

- **Departamento de Salud de Elche – Hospital General**

Desde el año 2007 el departamento está trabajando en la implantación de un modelo organizativo del proceso asistencial al paciente pluripatológico, en el que se ha introducido la plataforma para enfermos crónicos complejos (ECC). Además, se ha contemplado también la integración asistencial y sociosanitaria para la gestión de pacientes crónicos y se ha impulsado la labor de la enfermera de gestión domiciliaria en el contexto del abordaje al paciente pluripatológico.

Del mismo modo, el departamento ha llevado a cabo un estudio para conocer la prevalencia de pacientes pluripatológicos estables en la población.

- **Departamento de Salud de Orihuela**

El departamento está implantado un programa de paciente con patologías crónicas y pluripatológico en el marco de continuidad asistencial en el que intervienen de forma coordinada todos los niveles y servicios asistenciales, junto con la puesta en marcha de un servicio de telemedicina, que permite tanto el desarrollo de interconsultas (tele-consultas) como el desarrollo de sesiones formativas (video-conferencia).

- **Departamento de Salud de Torrevieja**

Se ha llevado a cabo un proyecto de mejora de la atención sanitaria al paciente pluripatológico mediante la identificación y censado de pacientes hiperfrecuentadores. Para ello, se han establecido una serie de criterios para definir a los pacientes hiperfrecuentadores y se ha creado una aplicación que permite la elaboración de un censo de este tipo de pacientes, identificándose de esta manera a los pacientes más vulnerables, mejorando su nivel de salud mediante la puesta en marcha de medidas de mejora de la calidad asistencial.

Además, se pretende poner en funcionamiento una Unidad de Atención al Paciente Pluripatológico y Anciano Frágil.

- **Departamento de Salud de Manises**

El departamento ha desarrollado un programa de atención a pacientes con enfermedad crónica avanzada y pronóstico de vida limitado, mediante el cual una vez que el paciente es incluido en el programa por su médico de familia o el de la Unidad de Hospitalización a Domicilio según corresponda, la enfermera de gestión de casos realiza el seguimiento proactivo del mismo.

- **Hospital Doctor Moliner**

El Hospital ha llevado a cabo las siguientes iniciativas:

- Aplicación del CONUT (índice de correlación nutricional) para el cribado del estado nutricional del paciente permitiendo detectar en los primeros días de ingreso los pacientes a los que hay que realizar algún tipo de intervención nutricional y su posterior seguimiento.
- Proyecto ICARO (Indicadores de Calidad Asistencial) es una base de datos que recoge una serie de indicadores relevantes que permiten estandarizar la forma de trabajar de los distintos profesionales y supone una ayuda a la toma de decisiones.

- Plan de comunicación del Hospital Dr. Moliner, contempla un plan de acogida para los nuevos profesionales, así como actuaciones en el ámbito de la comunicación interna y externa.

Asimismo, la Unidad de Medicina Interna ha promovido un análisis epidemiológico descriptivo del paciente atendido en la Unidad de Daño Cerebral y la creación de una Unidad de Úlceras.

- **Área de Salud Mental de Valencia– Hospital Pare Jofre**

Para la coordinación entre los diferentes agentes implicados en la atención a personas con trastorno mental grave, se elaboró un documento de consenso que contempla el protocolo de derivación, hospitalización y alta en una unidad de media estancia. Además, también la Unidad de Media Estancia ha elaborado una base de datos para la evaluación de las intervenciones terapéuticas y se han llevado a cabo dos escalas de valoración de satisfacción para pacientes y familiares con el objetivo de mejorar la atención prestada.

Asimismo, se ha trabajado en la identificación de forma precoz y evaluación de los pacientes crónicos con enfermedades avanzadas no oncológicas con necesidad de cuidados paliativos.

VIII. ANEXO I: RELACIÓN DE ILUSTRACIONES

Ilustración 1: Adaptación del modelo de segmentación de Kaiser permanente	9
Ilustración 2: Pirámide de población de la Comunidad Valenciana. Años 2000, 2010 y 2020 ...	10
Ilustración 3: Número de visitas anuales en Historia de Salud Electrónica	15
Ilustración 5: Prevalencia de patologías crónicas y edad	17
Ilustración 4: Prevalencia registrada en Historia de Salud Electrónica de patologías crónicas .	16
Ilustración 6: Prevalencia de la Hipertensión Arterial	17
Ilustración 8: Prevalencia de la Diabetes Mellitus	19
Ilustración 7: Prevalencia de la Displemia	18
Ilustración 9: Cribado del consumo de alcohol	20
Ilustración 10: Cribado del tabaquismo	20
Ilustración 11: Cribado de la Hipertensión Arterial	21
Ilustración 12: Cribado de la diabetes mellitus	22
Ilustración 13: Cribado del colesterol	22
Ilustración 14: Ejes y líneas de actuación del plan de atención a pacientes con enfermedades crónicas	27
Ilustración 15: Hospitales pertenecientes a la red hospitalaria de la Comunidad Valenciana ...	54
Ilustración 16: Visión del modelo organizativo de atención a pacientes crónicos en la Comunidad Valenciana	55
Ilustración 17 Modelo de relación de atención al paciente crónico incluido en el programa ValCrònic	58
Ilustración 18 Integración del programa Valcrònic en modelo organizativo de atención	59
Ilustración 19 Proceso de atención integral al paciente crónico	60
Ilustración 20 Proceso de estratificación de la población en la Comunidad Valenciana	62

IX. ANEXO II: RELACIÓN DE TABLAS

Tabla 1: Prevalencia estimada de las enfermedades crónicas en la Comunidad Valenciana.. 14

Tabla 2: Recursos del Sistema Sanitario Público Valenciano en la atención de pacientes crónicos..... 52