

**Directrices para un Plan
Integral de prevención de las
enfermedades crónicas y de
atención a los pacientes crónicos.**

Consejo Asesor de Sanidad del
Gobierno del Principado de Asturias

1 de abril de 2014

Sumario

1.- Introducción.	3
2.- Directrices (Definición, objetivos y recomendaciones)	10
4.- Bibliografía seleccionada	34
3.- Composición del Consejo Asesor de Sanidad del Gobierno del Principado de Asturias.	37

1.- Introducción.

Las enfermedades de carácter crónico son aquellas de previsible *larga duración* y generalmente de *progresión lenta* que suelen asociarse a distintos grados de *discapacidad* y de *dependencia*, de forma temporal o permanente, y repercuten en la *calidad de vida de las personas afectadas y de sus cuidadores*.

Las enfermedades crónicas, fundamentalmente las enfermedades cardiovasculares, la diabetes mellitus, la artrosis, ciertos tipos de cáncer, las enfermedades respiratorias y determinados problemas de salud mental son las principales causas de consulta en los servicios de salud. Se estima que las enfermedades crónicas causan el *80% de las consultas en Atención Primaria y el 60% de los ingresos hospitalarios*, generando hasta el *70% del gasto sanitario*, de las primeras, un 40% las realizan las personas de edad avanzada, consumidoras de mayores cuidados continuados y más recursos sociales. Se estima que el 50% de las camas de la red hospitalaria están ocupadas por mayores de 65 años. El consumo farmacéutico relacionado supone casi el 50% del gasto total.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) las enfermedades crónicas representan el mayor desafío de los sistemas sanitarios modernos y la atención integral de quienes las sufren se presenta como uno de los mayores retos del milenio.

Los costes de atención a los pacientes con más de una enfermedad crónica llegan a multiplicarse por 6 respecto a los que no tienen ninguna o solo tienen una. En la actualidad se estima que dos tercios del gasto sanitario está motivado por los pacientes con cinco o más enfermedades crónicas, multiplicándose en 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 estos.

En 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 estimándose que para esas fechas cerca del 35% de nuestra población superará los 65 años. Una de las consecuencias inmediatas de este efecto es el *rápido aumento de pacientes con múltiples enfermedades crónicas*.

La relación de la edad avanzada 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. La *"Encuesta Nacional de Salud"* española de 2006 ya evidenció una media de 2,8 problemas o enfermedades crónicas en las personas entre 65 y 74 años de edad, alcanzando un promedio de 3,23 enfermedades crónicas en los mayores de 75 años. Las personas con múltiples

enfermedades crónicas representan más del 50% de la población con enfermedades crónicas.

Las enfermedades crónicas más frecuentes están relacionadas con *determinantes de la salud* comunes, sobre los que se puede actuar mediante medidas de promoción de la salud y actividades preventivas, como son el consumo de tabaco, el consumo nocivo de alcohol, una dieta inadecuada y la inactividad física. Junto a las conductas relacionadas con la salud o estilos de vida existen *determinantes sociales* tales como las condiciones de vida y trabajo, la educación y el nivel de ingresos entre otros, que influyen en la salud de las personas y que hacen necesaria una *respuesta multisectorial* para luchar contra las enfermedades crónicas.

En el documento *"Avanzando hacia la equidad. Proyecto de políticas e intervenciones para reducir las desigualdades de salud en España"* del Ministerio de Sanidad y Política Social (año 2010) se incluye el envejecimiento como uno de los determinantes de *desigualdades de salud*. Pero es sabido que todas las personas pueden envejecer de forma positiva, siendo deber de nuestra sociedad y de nuestras organizaciones políticas promover iniciativas que lo hagan posible, proporcionando oportunidades para mantener, desarrollar o recuperar la autonomía personal. En definitiva se trata no solo de "añadir años a la vida" sino además "vida a los años".

Los datos demográficos del Principado de Asturias reflejan una sociedad con un alto índice de envejecimiento. Según se recoge en el *"Plan de Salud para Asturias 2004 - 2007"*, al igual que en el contexto europeo los tumores, las enfermedades cardiovasculares y los accidentes son las enfermedades que más vidas se cobran y son responsables de más de dos tercios del total de Años Potenciales de Vida Perdidos (APVP), es decir, la mortalidad de mayor repercusión y probablemente la más evitable. Las enfermedades cardiovasculares, especialmente la cardiopatía isquémica, originan un 5% más de APVP en los varones asturianos que en el resto de España. Otros problemas de salud que en nuestra comunidad conviene tener especialmente muy en cuenta, según el Plan de Salud citado, son:

- "Aquellas enfermedades prevalentes como la diabetes, la enfermedad pulmonar obstructiva crónica y las enfermedades que cursan con dolor crónico cuya frecuencia aumenta de manera paralela al aumento de la esperanza de vida y son capaces por sí mismas o por sus complicaciones de producir grandes mermas en la capacidad funcional y en la calidad de vida."
- "La ansiedad y la depresión, presentes en un 17% y 13% respectivamente de los ciudadanos asturianos, y las demencias, ligadas al envejecimiento, afectan paulatinamente a mayores segmentos de la población asturiana, disminuyendo el bienestar de los enfermos y sus cuidadores. Se espera un aumento considerable de la frecuencia de demencia senil en una población con múltiple patología crónica. La demanda de servicios sanitarios y sociales será, en este contexto, progresivamente creciente."

- "Algunas infecciones por su trascendencia futura como la hepatitis C o la infección VIH – Sida y la tuberculosis, seguirán poniendo a prueba a todo nuestro sistema de protección de la salud".

A título de ejemplo de la evolución de la atención a enfermedades crónicas en Asturias citamos que el tratamiento renal sustitutivo (hemodiálisis, diálisis peritoneal o trasplante renal) se ha incrementado un 82,6% desde el año 1995 al año 2012, el mayor aumento se observa en el grupo de edad de más de 75 años que se ha quintuplicado en el citado período.

La "*Encuesta de Salud para Asturias del año 2012*" muestra que las enfermedades crónicas aumentan su prevalencia respecto al año 2008. Un 32% de la población tiene problemas crónicos de salud o de larga duración. Muchas de estas patologías están claramente relacionadas con la edad y a partir de los 65 años hay un mayor porcentaje de mujeres que de hombres afectados de las diversas enfermedades crónicas.

La Organización Mundial de la Salud (OMS), en el año 2004, resaltaba que el 60% de años perdidos debido a la mala salud, discapacidad o muerte prematura atribuidas a las enfermedades crónicas lo fueron en personas menores de 60 años, existiendo suficiente evidencia del incremento de condiciones crónicas en niños y adolescentes desde 1960. *No se debe por tanto asociar exclusivamente, sin la necesaria matización, persona con enfermedad crónica con persona mayor*, de hecho las enfermedades crónicas en la infancia están aumentando. Según los datos publicados en la Encuesta Nacional de Salud de España, en el año 2006, el 10% de la población menor de 15 años valora como deficiente su estado de salud. Según los datos de la "*Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud 2008*", el número de niños menores de 6 años con limitaciones es de unos 50.000, lo que supone un 2,2% de la población, siendo los *factores congénitos* los responsables del 47% de las limitaciones en los menores de 6 años.

Hay que destacar que *aunque el patrón de enfermedades está cambiando los sistemas de atención a la salud no están evolucionando al mismo ritmo. El sistema sanitario es cada vez más completo y eficaz para atender lo agudo, pero precisa reorientarse para la atención a las enfermedades crónicas.*

Durante los últimos años se han diseñado, en el ámbito mundial, distintos abordajes frente al problema de la "cronicidad". El enfoque más destacado es el "*Modelo de Atención a Enfermedades Crónicas*" o "*Chronic Care Model*" (CCM) iniciado hace más de 20 años, y del que existen evidencias de mejora de resultados en salud implantando las intervenciones de todos los elementos que lo componen de forma simultánea. En este modelo se identifican seis áreas claves: *la comunidad, el apoyo en autocuidado, el sistema sanitario, el diseño de la provisión de servicios, el apoyo a la toma de decisiones y los sistemas de información clínica*. La atención a pacientes crónicos discurre en tres planos que se superponen: el conjunto de la comunidad, con sus políticas y múltiples recursos públicos y privados; el sistema de salud, con sus organizaciones proveedoras y esquemas de aseguramiento y el nivel de la

práctica clínica. Todo ello ha de generar interacciones productivas entre un paciente informado, activo y comprometido con un equipo práctico, preparado y proactivo. El mencionado modelo ha sido adaptado en diferentes países y utilizado por numerosas organizaciones, incluida la Organización Mundial de la Salud que ha denominado a su adaptación "*Modelo de Atención Innovadora a Condiciones Crónicas*" o "*Innovative Care for Chronic Conditions Framework*" (ICCC). El ICCC incorpora un *enfoque poblacional, la coordinación e integración de cuidados, énfasis en la prevención y en la calidad de la atención, la flexibilidad y la toma de decisiones basadas en la evidencia.*

En España y en Asturias, como en el resto del mundo, *el patrón epidemiológico global está cambiando en las últimas décadas, con un progresivo predominio de las patologías crónicas sobre las agudas, pero es evidente que nuestro sistema de atención a la salud no está evolucionando en consonancia con ello y no se ha adaptado totalmente a los retos planteados.* En este entorno se hacen especialmente patentes algunas de las deficiencias tradicionales del sistema sanitario español, como es la coordinación asistencial o la cooperación socio - sanitaria. Sin embargo, disponemos de puntos fuertes: un sistema sanitario de cobertura universal, de proveedores mayoritariamente públicos y, sobre todo una Atención Primaria fuertemente implantada y consolidada. Se hace necesario fortalecer un enfoque asistencial proactivo y sistémico frente al enfoque reactivo y episódico.

En el año 2011 se publicó el documento de *consenso "Atención al paciente con enfermedades crónicas"*, del Grupo de Trabajo de la Sociedad de Medicina Interna (SEMI) y la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria (semFYC), como expresión de la alianza de los profesionales con las administraciones sanitarias y las asociaciones de pacientes, con el fin de afrontar los cambios necesarios en la organización del Sistema Nacional de Salud para adecuarlo a las necesidades de los pacientes con enfermedades crónicas. Sus propuestas se centran en tres grandes áreas de intervención: *el paciente y la comunidad, la organización de la atención y la información clínica y la toma de decisiones.*

La "*Estrategia para el abordaje de la cronicidad en el Sistema Nacional de Salud*" en España (aprobada por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud el 27 de junio de 2012) comprende las siguientes líneas: 1) *Promoción de la salud;* 2) *Prevención de las condiciones de salud y limitaciones en la actividad de carácter crónico;* 3) *Continuidad asistencial;* 4) *Reorientación de la atención sanitaria;* 5) *Equidad en salud e igualdad de trato* y 6) *Investigación e innovación.*

El "*Libro blanco de la Coordinación Sociosanitaria en España*" (año 2011) indica que, de cara al futuro más inmediato, mejorar la salud de los ciudadanos y hacerlo de forma viable pasa por cinco elementos fundamentales: *primar la salud y la autonomía de las personas; responsabilizar al ciudadano de su salud; garantizar la calidad de las prestaciones ofrecidas a las personas con enfermedades crónicas que requieran cuidados continuados; compatibilizar la gestión de los servicios de atención a la dependencia con el sistema sanitario y*

desarrollar medidas orientadas a mejorar la coordinación de los sistemas sanitario y social para ofrecer una atención integral y no fragmentada a las personas que presenten simultáneamente enfermedades crónicas y dependencia.

Algunas Comunidades Autónomas han diseñado ya, recientemente, planes para la atención integral a las enfermedades crónicas y para su prevención.

En el Principado de Asturias existen diversos programas y planes de atención para los pacientes con padecimientos crónicos. Algunos ejemplos son los "*Programas de crónicos*" que figuran en la cartera de servicios de Atención Primaria: Diabetes, Hipertensión Arterial, Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica, Hipercolesterolemia, Obesidad, etc. Los "*Programa Clave de Atención Interdisciplinar*" (PCAI), suponen un proyecto de atención homogénea y transversal a las personas con un determinado problema de salud, liderado por profesionales de diversas disciplinas que coordinan sus actividades para mejorar sus resultados en términos de calidad científico-técnica y de satisfacción para el paciente. Se centran en las enfermedades crónicas, incluyendo entre estas a los cánceres que tienen un comportamiento de enfermedad crónica, se refieren a: Ansiedad; Cáncer de mama; Cáncer colorectal; Cáncer de próstata; Cardiopatía Isquémica; Consumo de alcohol y alcoholismo; Demencia; Depresión; Diabetes; Dolor crónico musculoesquelético; Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica; Hipertensión Arterial e Ictus. Emanan del diagnóstico de salud realizado con ocasión de la elaboración del "Plan de Salud para Asturias 2004 - 2007". El "*Plan de Salud Mental del Principado de Asturias 2011 - 2016*" es ejemplo de estrategia de atención integral a la cronicidad marcando como prioridades el impulso de las actividades de promoción, diagnóstico precoz, tratamiento, rehabilitación y reinserción social, abarcando en ello a la población general y a la población atendida. Además cabe destacar que existen en Asturias *numerosas iniciativas surgidas de las asociaciones de pacientes o de las de sus familiares y otras organizaciones del Tercer Sector* que contribuyen a la mejora de los cuidados de los pacientes crónicos, contando en muchos casos con la implicación de profesionales sanitarios del Servicio de Salud y apoyo institucional. Recientemente la Consejería de Sanidad del Principado ha incorporado la metodología desarrollada en la Universidad de Stanford para *escuelas de pacientes*. En el ámbito del Servicio de Salud del Principado de Asturias (SESPA) y la Red de hospitales de utilización pública se han desarrollado *hospitales de media estancia* que ofrecen servicios relacionados con las agudizaciones de las enfermedades crónicas, la convalecencia y la rehabilitación de enfermos crónicos de forma adecuada y eficiente

El presente informe contiene *las directrices que el Consejo Asesor de Sanidad del Gobierno del Principado de Asturias considera de interés para la elaboración de un Plan integral de prevención de las enfermedades crónicas y para la atención a los pacientes crónicos* en el Sistema Sanitario del Principado de Asturias, en la idea de contribuir a un enfoque más *efectivo, eficiente y equitativo* de las intervenciones con respecto a la cronicidad que mejore la *calidad* de las mismas.

Estas directrices, de distinto alcance según que su carácter sea estratégico u operativo, abarcan las seis áreas claves propuestas por el *CCM*, en sus tres planos; incorporan el enfoque *ICCC*; se incluyen en las tres áreas de intervención propuestas por la *SEMI* y *semFIC*; se engloban dentro de las seis líneas estratégicas para el abordaje de la cronicidad en el Sistema Nacional de Salud español y son compatibles con las propuestas para la Coordinación Sociosanitaria en España.

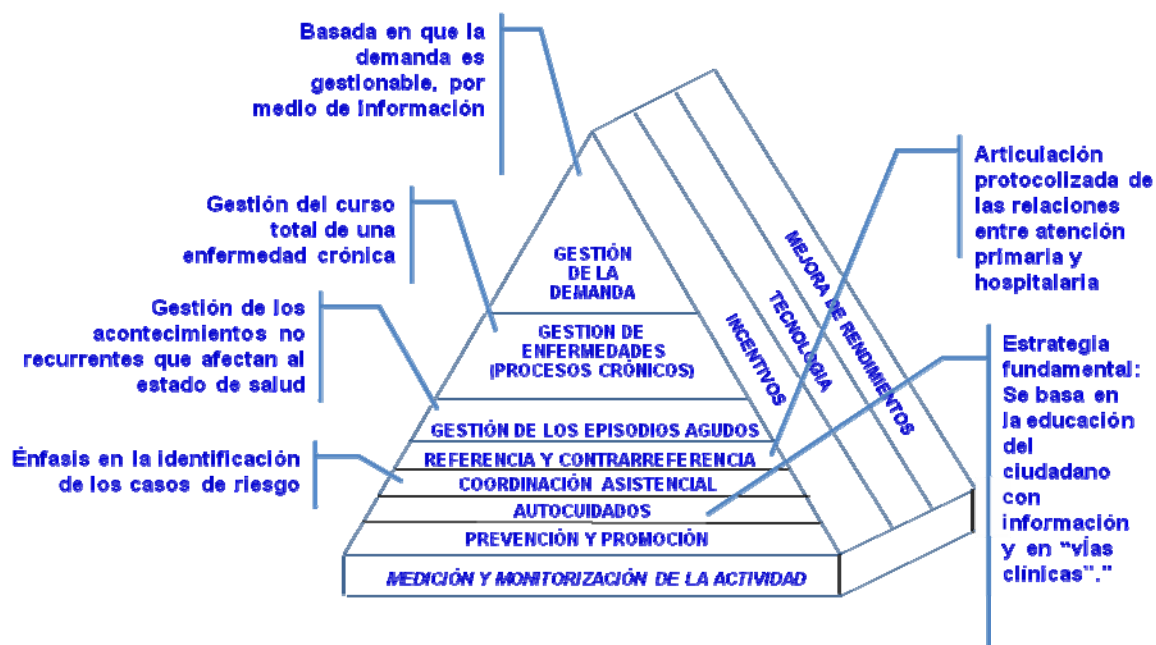
2.- Directrices (Definición, objetivos y recomendaciones).

Directriz n 01. DECLARAR Y DESARROLLAR UNA ACCIÓN POLÍTICA EXPLÍCITA: LA GESTIÓN DEL CURSO DE LAS ENFERMEDADES CRÓNICAS Y DE SU PREVENCIÓN COMO COMPONENTE ESENCIAL DE LA GESTIÓN INTEGRAL CON BASE POBLACIONAL DE LOS SERVICIOS SANITARIOS, MODELO ASISTENCIAL DEL SERVICIO DE SALUD DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS.

Definición:

En el Informe "Propuestas de acción para la sostenibilidad del sistema Sanitario del Principado de Asturias" (17 de junio del 2013), el Consejo Asesor de Sanidad del Gobierno del Principado de Asturias recomienda: *"Implantar la gestión integral de los servicios sanitarios dentro de cada Área de Salud, intensificando la coordinación entre Atención Primaria y la Atención Hospitalaria; impulsar estrategias de abordaje de las enfermedades crónicas; organizar el trabajo por procesos; fomentar las acciones de prevención y promoción de la salud y los autocuidados; potenciar la asistencia domiciliaria y la atención a los pacientes crónicos en su medio y los cuidados paliativos; reasignar competencias hacia la base del sistema: hacia los médicos de Atención Primaria y la Enfermería; reforzar los planes de cuidados de enfermería.; extender la figura de gestor de casos y utilizar más ampliamente la capacidad de la telemedicina llegando hasta el domicilio del paciente."*

En el esquema siguiente se recoge de forma gráfica este concepto:



La Gestión integral con base poblacional de los servicios sanitarios permite *reorientar* un sistema sanitario demasiado focalizado en la gestión de los episodios agudos de las enfermedades, lo que conlleva que con frecuencia las acciones de prevención de la enfermedad y promoción de la salud y de la atención a los pacientes con enfermedades crónicas se realice de forma sub - óptima, sin que ello signifique renunciar a lograr la excelencia en la atención a los pacientes agudos.

Uno de los elementos básicos de la Gestión integral de base poblacional de los servicios sanitarios es la organización de la atención a los pacientes con enfermedades crónicas.

Una *apuesta institucional*, firme y clara, por el diseño e implantación de una política sanitaria destinada a desarrollar el modelo de "Gestión integral con base poblacional de los servicios sanitarios", permitirá desarrollar una atención más eficaz y eficiente a los pacientes con enfermedades crónicas.

La integración de la gestión de los dispositivos asistenciales, en cada Área de Salud del Servicio de Salud del Principado de Asturias, en una única gerencia aporta un instrumento de indudable utilidad.

Objetivos:

- Mejorar el desempeño del Servicio de Salud del Principado de Asturias, teniendo en cuenta las necesidades reales de la población, reorientando el tradicional modelo de atención.
- Potenciar las acciones para la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades.
- Crear el marco adecuado para la mejor atención a los pacientes crónicos.
- Empoderar a los ciudadanos con respecto al mantenimiento de su salud, prevención de las enfermedades y los autocuidados.
- Contribuir a la sostenibilidad del Sistema Sanitario.

Recomendaciones:

- Institucionalizar normativamente la Gestión integral con base poblacional de los servicios sanitarios en el ámbito del Servicio de Salud del Principado de Asturias.
- Declarar la prevención de las enfermedades crónicas y la atención a los pacientes crónicos como una estrategia esencial del Sistema de Salud del Principado de Asturias.

- Difundir decididamente el enfoque descrito, tratando de implicar a la sociedad en su conjunto.
- Impulsar la mejora de los aspectos y componentes menos desarrollados de la Gestión integral con base poblacional de los servicios sanitarios.

Directriz nº 2. IDENTIFICAR LAS NECESIDADES Y PRIORIDADES DE LOS PACIENTES, DE SUS CUIDADORES, DE LOS PROFESIONALES SANITARIOS Y DE LOS CIUDADANOS EN GENERAL CON RESPECTO A LA ATENCIÓN DE LOS PACIENTES CRÓNICOS Y LA PREVENCIÓN DE LAS ENFERMEDADES CRÓNICAS.

Definición:

Identificar las *expectativas* de los pacientes, de sus familiares y de sus cuidadores formales e informales, así como de la población general, con respecto a la organización de la asistencia de los pacientes con enfermedades crónicas y de la prevención de estas.

Cualquier plan de salud y de asistencia sanitaria debe *determinar las necesidades "sentidas" de la población* a la que está dirigido y asegurar la aceptación de todos que intervienen en el mismo, para garantizar el éxito de la implantación de las medidas que lo constituyen.

El "*Plan de Salud para Asturias 2004 - 2007*", contiene la relación de los 20 *problemas principales de salud según la opinión de los ciudadanos* (determinada con técnica de grupo nominal). La *mayoría de los problemas identificados tienen que ver con la prevención de las enfermedades, evitación de los determinantes de enfermedades crónicas, asistencia a pacientes crónicos y a sus cuidadores, educación para la salud y con el envejecimiento*, así se citan: "Envejecimiento saludable", "Prevención y detección temprana de enfermedades"; "VIH - SIDA y Hepatitis"; "Apoyo psicológico a enfermos crónicos, familiares y profesionales"; "Alcoholismo y exceso de consumo de alcohol"; "Trastornos mentales, atención y seguimiento"; "Educación para la salud"; "Tratamiento del dolor" y "Ayuda para el abandono del hábito tabáquico".

De igual manera, en el citado Plan de Salud se recogen también los 20 *mayores problemas de salud identificados por los profesionales de Atención Primaria*, la mayoría de ellos son elementos a tener en cuenta para la atención integral a los *problemas de salud crónicos*: "Síndromes geriátricos socio-sanitarios (encarnizamiento, soledad, demencia)"; "Salud mental, alternativas terapéuticas, excesiva medicalización"; "Educación sanitaria"; "Hábitos de vida y tóxicos"; "Atención a domicilio"; "Autocuidados"; "Falta de implicación y

participación social"; "Desintegración de recursos sociales y sanitarios, descoordinación"; "Excesiva medicación y medicalización"; "Relación entre niveles, coordinación, plan conjunto de cuidados"; "Crónicos: HTA, diabetes, obesidad"; "Trastornos de la alimentación"; "Aislamiento: ancianos, crónicos, inmovilizados"; "Trastornos del humor, ansiedad, depresión, consumo de psicofármacos" y "Enfermedades cardiovasculares, factores de riesgo".

Objetivos:

- Alinear las acciones y objetivos de un plan integral de atención pacientes crónicos con las necesidades expresadas por estos y sus cuidadores.
- Garantizar el apoyo, la participación y la colaboración activa de los ciudadanos, de los pacientes y sus familiares y de los profesionales sanitarios.
- Evitar la excesiva centralización del plan que frene las iniciativas de los profesionales.

Recomendaciones:

- Identificar mediante métodos habitualmente utilizados en planificación sanitaria las expectativas, expresadas como "necesidades sentidas", con respecto a un plan integral de atención a pacientes crónicos en el Principado de Asturias, tanto de los pacientes como de sus familiares y de los profesionales de la salud y de todos los ciudadanos en general.

Directriz nº 3. INTENSIFICAR LA COOPERACION ENTRE EL SISTEMA SANITARIO Y LOS SERVICIOS SOCIALES.

Definición:

Las alteraciones de las condiciones de salud de carácter crónico se suelen *asociar con mucha frecuencia a distintos grados de discapacidad y de dependencia*. Existe correlación entre el padecimiento de una enfermedad crónica y la existencia de limitaciones para la vida diaria, incluidos el desarrollo personal que conlleva el ejercicio del derecho al trabajo y todo tipo de actividad social. Además la existencia de la dependencia produce habitualmente una sobrecarga para la familia tanto física como económica, la cual limita de forma importante el desempeño de la unidad familiar y la calidad de vida de sus miembros, especialmente de las mujeres que suelen ejercer con mayor frecuencia el papel de cuidadoras. Esta situación produce habitualmente

desigualdad social que influye a su vez negativamente en términos de salud, tanto del propio paciente como de sus cuidadores habituales.

Es incuestionable, por lo anteriormente expuesto, que *para lograr intervenciones eficaces, en el ámbito de la atención a los pacientes crónicos, estas deben ser abordadas en forma de cooperación entre los servicios sanitarios y los sociales.*

Objetivos:

- Lograr una atención más eficaz, eficiente y sostenible a los pacientes crónicos.
- Aminorar o eliminar la interrelación entre cronicidad y discapacidad y de estas con la desigualdad social.

Recomendaciones:

- Articular la participación de los servicios sociales en el diseño de un plan de atención integral a los pacientes crónicos.
- Establecer en los procesos concretos de atención a pacientes crónicos las actividades correspondientes a los servicios sociales, con la identificación de los recursos humanos y materiales correspondientes.
- Unificar la puerta de entrada, mediante la configuración del proceso asistencial, para los servicios a prestar a los pacientes crónicos discapacitados, incluyendo el apoyo a las familias.
- Procurar que el "Mapa Sanitario" y el "Mapa de recursos sociales" continúen coincidiendo.
- Valorar las repercusiones que la nueva Ley reguladora de las Bases del Régimen Local pueden tener en el funcionamiento actual de los servicios sociales y que puedan influir en la atención a la cronicidad y en la coordinación socio - sanitaria, para evitar las disfuncionalidades que pudieran producirse.

Directriz nº 4. EVALUAR LA CONVENIENCIA DE LA ESTRATIFICACIÓN DE LAS NECESIDADES DE LA POBLACIÓN PARA LA ORGANIZACIÓN DE LA ATENCIÓN Y DE LA PREVENCIÓN.

Definición:

La adopción de una metodología que permita estratificar una población determinada con respecto a sus necesidades, en cuanto a evitar los inductores

(determinantes) de patologías crónicas y a la aplicación de planes concretos de intervención sobre enfermedades crónicas podría ser, al menos "a priori", de utilidad. Convendría comprobar su eficacia y eficiencia en nuestro medio.

El "*Modelo Kaiser*" puede representar una alternativa válida, si bien convendría ensayarlo en un ámbito (un área de salud y para planes concretos) fácilmente controlable, a efectos de evaluación de funcionamiento del modelo. Este modelo *identifica tres niveles de intervención según el nivel de complejidad del paciente crónico*. En interpretaciones posteriores se ha incluido la vertiente poblacional de promoción y prevención ("*Modelo Kaiser ampliado*").

Según la experiencia recogida, en otros sistemas donde se ha utilizado el modelo, en los pacientes de mayor complejidad (5%) con frecuente comorbilidad, *Nivel 3*, se hace necesaria una *gestión integral del caso* en su conjunto, con *cuidados fundamentalmente profesionales*. Este nivel precisa *gestión de casos*, con un conductor (profesional de enfermería) que gestiona activamente y agrupa los cuidados de estas personas.

Los pacientes de alto riesgo pero de menor complejidad (15%) en lo que respecta a su comorbilidad, *Nivel 2*, reciben una *gestión de la enfermedad* que combina *autogestión y cuidados profesionales*. El equipo multidisciplinario provee cuidados de alta calidad basados en la evidencia, esto significa gestión proactiva de los cuidados, siguiendo protocolos y vías clínicas para la gestión de enfermedades específicas. Se sustenta en sistemas de información, planificación de cuidados e historia digitalizada compartida.

La mayoría de pacientes crónicos (70 - 80%) con condiciones de enfermedad todavía en estadios incipientes, *Nivel 1*, reciben apoyo para su *autogestión*. Con el soporte correcto muchas personas pueden aprender a ser partícipes de sus propios cuidados. Esto puede ayudarles a prevenir complicaciones, enlentecer la progresión de la enfermedad y evitar nuevas condiciones de enfermedad.

El hogar es el centro de los cuidados.

Finalmente, la *población general* es foco de intervenciones de *prevención y promoción* que tratan de controlar los factores de riesgo que puedan llevar a los individuos a la enfermedad crónica.

Estratificación de pacientes crónicos. Modelo Kaiser ampliado.



Una de las adaptaciones más interesantes de la *pirámide de Kaiser* que se ha puesto en marcha es la pirámide definida en el *King's Fund* en el Reino Unido. En esta adaptación destaca la *combinación de la visión sanitaria y la social* como dos partes integradas de la atención que requiere un individuo. Así, con respecto a servicios sociales, para la mayoría de los casos (nivel 1) la estrategia sería inversión en voluntariado y en servicios de prevención; para el nivel 2 (15%) cuidados en el hogar de alta calidad y apoyo a los cuidadores; para el nivel 3 (5%): dar apoyo a individuos, con más necesidades en el hogar, separados de la residencia permanente.

Objetivo:

- Verificar si en nuestro medio resulta *eficiente* la utilización de un modelo de estratificación de necesidades que facilite:
 - Planificar y potenciar la prevención de las enfermedades crónicas
 - Organizar la atención a los pacientes con enfermedades crónicas de la forma más eficiente y adaptada a las necesidades concretas de cada individuo procurando, en lo posible, que la atención se realice en su medio habitual (hogar).
 - Mejorar la equidad en la prestación de los servicios sanitarios y socio-sanitarios.

- Reasignar recursos desde actividades con poco valor añadido a otras con alto valor.
- Evitar la excesiva "medicalización".

Recomendaciones:

- Ensayar el modelo "Kaiser ampliado" en un área de salud pequeña, para un conjunto de patologías de alta prevalencia, incluyendo los servicios sociales.
- Evaluar el resultado de la aplicación del modelo.
- Extenderlo, si procede, de forma progresiva.

Directriz nº 5. IDENTIFICAR EL CONJUNTO DE PATOLOGÍAS SUSCEPTIBLES DE SER INTEGRADAS EN UN PLAN DE PREVENCIÓN DE LAS ENFERMEDADES CRÓNICAS Y DE ATENCIÓN A LOS PACIENTES CRÓNICOS.

Definición:

Se han de determinar los criterios para incluir dentro de este plan las patologías que requieran planes de intervención concretos. La propia *pluripatología* puede ser motivo de un programa concreto.

En este sentido el Plan de Salud ha identificado las patologías más prevalentes en cuanto a cronicidad y que *suelen asociarse también con la edad avanzada y con mayor mortalidad*.

No deben ser excluidas, en aras de la equidad, otro tipo de *patologías crónicas que no guardan relación directa con la edad avanzada* y las muy poco frecuentes, como las denominadas *enfermedades raras*, que precisamente por serlo no están habitualmente en el foco de las intervenciones sanitarias y no reciben en ocasiones una atención óptima.

Se ha de *valorar la conveniencia de la inclusión de patologías que cuentan actualmente en el Principado de Asturias con planes de intervención específicos*, como puede ser la atención a los pacientes con cáncer, a los pacientes con problemas de salud mental o el programa de cuidados paliativos.

Objetivos:

- Eficiencia organizativa.

- Orientación de las iniciativas profesionales para la elaboración de planes concretos.
- Dar respuesta a las expectativas de pacientes y profesionales.

Recomendaciones:

- Establecer los criterios de inclusión y exclusión de las alteraciones en el estado de salud susceptibles de ser incluidas en el plan.
- Elaborar el listado de patologías a efectos de intervenciones específicas ajustadas al diseño general del plan de atención integral a los pacientes crónicos.

Directriz nº 6. HACER ÉNFASIS EN LA PROMOCIÓN DE LA SALUD, EN LA PREVENCIÓN Y EN LOS CUIDADOS. REORIENTAR EL TRADICIONAL MODELO DE ATENCIÓN CURATIVA.

Definición:

La cronicidad supone la permanencia en el tiempo de una enfermedad que es incurable por el tipo de patología (tratamiento desconocido en la actualidad) o bien porque no es posible la curación de la misma por falta de respuesta al tratamiento completo. Por lo tanto *los esfuerzos relacionados con la intervención sanitaria sobre estas enfermedades deben ir dirigidos más a la prevención, al diagnóstico precoz y a la rehabilitación y los cuidados, para evitar su progresión y la aparición de incapacidad, que a la realización de intervenciones curativas no útiles, "concediendo más importancia al cuidar que al curar."* El "Modelo Kaiser ampliado" refleja esta visión.

Objetivos:

- Disminuir la prevalencia de las enfermedades crónicas prevenibles.
- Evitar o disminuir la discapacidad y la dependencia debidas a las enfermedades crónicas.
- Mejorar la calidad de vida de los pacientes con enfermedades crónicas y de sus cuidadores habituales.
- Contribuir a la sostenibilidad del sistema sanitario y de los servicios sociales.

Recomendaciones:

- Potenciar las intervenciones en salud definidas en el Plan de Salud del Principado de Asturias destinadas a la promoción de la salud y prevención de las enfermedades crónicas de mayor prevalencia en la población general y en grupos concretos (*Prevención primaria*).
- Estimular el diseño de programas en relación con el diagnóstico precoz de enfermedades crónicas y potenciar los existentes (*Prevención secundaria*).
- Mejorar los programas y recursos destinados a los cuidados, la rehabilitación y evitación de la discapacidad y de la dependencia (*Prevención terciaria*).
- Evitar intervenciones sanitarias innecesarias o excesivas (*Prevención cuaternaria*).

Directriz 7. PROMOVER LA ASISTENCIA MULTIDISCIPLINARIA INTEGRADA. POTENCIAR EL PAPEL DE LA ATENCIÓN PRIMARIA COMO COORDINADORA DE RECURSOS Y REGULADORA DE LOS FLUJOS DE PACIENTES.

Definición:

El proceso asistencial de los pacientes con enfermedades crónicas, requiere de un abordaje multidisciplinario para la realización de las distintas actividades que componen el proceso, actividades que por otra parte pueden variar según los requerimientos del curso de la enfermedad. La realización de estas actividades pueden corresponder a diferentes actores: propio paciente, cuidadores informales, profesionales sanitarios (diagnóstico, tratamiento, cuidados y rehabilitación) y profesionales de servicios sociales. Se pueden realizar en diversos ámbitos (domicilio, consultas de A. Primaria, Hospital...), así como en diferentes circunstancias (estabilización de la enfermedad, agudizaciones, interurrencias...). Todo ello requiere, para que el proceso sea eficiente, de la coordinación de las distintas actividades. *No se trata de crear dispositivos específicos o circuitos paralelos, sino de aprovechar lo que ya tenemos, desarrollando nuevas funcionalidades y apoyando la formación de los profesionales.*

Esta labor de coordinación no puede recaer más que en *la Atención Primaria* dado el carácter longitudinal de la asistencia que ofrece y de su función de *puerta de entrada al sistema sanitario, su proximidad al entorno más inmediato del paciente y su configuración en equipos multidisciplinares (medicina, enfermería y trabajo social).*

Como instrumento fundamental para lograr una atención coordinada se ha de utilizar la *reingeniería de procesos* expresada en la elaboración de *vías clínicas y de protocolos*. Herramientas fundamentales son además la utilización de la *Historia Clínica Electrónica unificada*, la utilización de las nuevas tecnologías de la comunicación entre profesionales, la *telemedicina*, la utilización de *objetivos asistenciales comunes* entre la Atención Primaria y la Atención Especializada plasmados en acuerdos de gestión asistencial, la figura del *gestor de casos (enfermería)* y la *enfermería de enlace hospitalario*.

Dada la frecuencia de pluripatología que presentan los pacientes crónicos (asociada al envejecimiento) resulta sumamente conveniente la potenciación de los Servicios de *Medicina Interna hospitalarios y de Geriatría*, en su caso. La designación clara de especialistas de las diversas patologías como *consultores de referencia* para los Equipos de Atención Primaria es de utilidad.

Los presupuestos económicos del SESP, en cada Área de Salud, deben reflejar los objetivos institucionales en el ámbito de la prevención de las enfermedades crónicas y de la atención a los pacientes crónicos.

La cooperación con los *servicios sociales* resulta fundamental.

Objetivos:

- Lograr que en cada momento el paciente crónico esté atendido en el sitio más adecuado y de la forma más efectiva y eficiente.
- Favorecer la continuidad de los cuidados del paciente crónico.
- Evitar duplicidades de actividades y servicios e interferencia entre los mismos.
- Lograr la integración entre las actividades de los profesionales sanitarios y la de los servicios sociales.

Recomendaciones:

- Asegurar la disponibilidad de recursos necesarios (materiales, humanos y tecnológicos) para que la Atención Primaria ejerza el papel de coordinación e integración de la asistencia los pacientes crónicos.
- Apoyar experiencias piloto.
- Propiciar la implantación de la Gestión Clínica dado que facilita el trabajo en equipo, multidisciplinar y por procesos clínicos.
- Desarrollar los papeles de enfermería de enlace (hospitales) y de gestión de casos (ubicación en Atención Primaria).

- Implantar la Historia Clínica Electrónica única.
- Reflejar en los objetivos de cada Área de Salud los programas relativos a la prevención de la cronicidad y a la atención a los pacientes crónicos.
- Implantar objetivos asistenciales comunes para la Atención Primaria y para la Atención Hospitalaria, en el Área de Salud.
- Potenciar los Servicios de Medicina Interna hospitalarios.
- Designar especialistas de referencia para los equipos de Atención Primaria.
- Compartir la información necesaria con servicios sociales.
- Integrar en las vías clínicas las actividades correspondientes a los servicios sociales.

Directriz 8. ADECUAR ROLES PROFESIONALES. MEJORAR LAS COMPETENCIAS.

Definición:

El paradigma de atención a los pacientes crónicos y de prevención de las enfermedades crónicas, componente esencial de la gestión integral con base poblacional de los servicios sanitarios, que hemos descrito hasta ahora, requiere de una adecuación de roles del personal sanitario. Esta adecuación se puede expresar en la *potenciación del papel de determinados profesionales*, tales como rehabilitadores, fisioterapeutas, psicólogos, trabajadores sociales, etc. pero también con la *mejora de la formación en conocimientos y habilidades específicas*, tales como la reingeniería de procesos asistenciales (vías clínicas y protocolos), investigación epidemiológica y organización asistencial, o en las actividades de prevención y promoción de la salud. También requiere de la *asignación de roles hasta ahora poco desarrollados* como es el caso de los *gestores de casos*, cuya función debe ser encomendada a la *enfermería*, y el de los *formadores en autocuidados* a los pacientes y sus familias, papel también a desempeñar por enfermería.

Objetivo:

- Mejorar el desempeño de los profesionales sanitarios en prevención de las enfermedades crónicas y cuidados de los pacientes crónicos.

Recomendaciones:

- Detectar las necesidades específicas de formación del personal sanitario en relación al fomento de la salud, prevención de las enfermedades crónicas y cuidados de los pacientes crónicos.
- Formar a los profesionales sanitarios en relación con las necesidades detectadas y específicamente con los programas que tengan asumidos en relación con la cronicidad.
- Crear la figuras, en el ámbito de la enfermería, de gestor de casos, enfermería de enlace (dentro de los hospitales) y de formadores en autocuidados.

Directriz 9. POTENCIAR LA AUTONOMÍA Y PARTICIPACIÓN DEL PACIENTE: EMPODERAMIENTO DE LOS PACIENTES Y APOYO AL AUTOCUIDADO.

Definición:

Se ha de considerar fundamental el lograr una situación, en nuestra sociedad actual, que refleje el cambio desde una actitud mayoritariamente pasiva de los ciudadanos frente a la prevención y cuidados de las enfermedades crónicas a otra actitud de ciudadanos informados y formados que participan activamente en la prevención de la enfermedad y que sean capaces de realizar los *autocuidados* necesarios en el caso de enfermedad crónica. Como hemos descrito en la organización de la asistencia los pacientes crónicos, basada en la segmentación de la población, son fundamentales los autocuidados.

El *empoderamiento* o apoderamiento es el proceso mediante el cual las personas adquieren un mayor control sobre las decisiones y acciones que afectan a su salud. Se establece una distinción entre el empoderamiento para la salud del individuo y el de la comunidad. El *empoderamiento para la salud individual* se refiere principalmente a la capacidad del individuo para tomar decisiones y ejercer control sobre su vida personal. *El empoderamiento para la salud de la comunidad* supone que los individuos actúen colectivamente con el fin de conseguir una mayor influencia y control sobre los determinantes de la salud y la calidad de vida de su comunidad, siendo éste un importante objetivo de la acción comunitaria para la salud.

El *autocuidado* se define como *la práctica de actividades que los individuos realizan para el mantenimiento de su propia vida, salud y bienestar*. Es esencial para lograr una *asistencia basada en la persona* y necesita el *apoyo por parte del sistema sanitario a todos los niveles*.

La *educación en autocuidados* complementa la educación tradicional de los pacientes mediante el apoyo para vivir la mejor calidad de vida posible con su condición crónica. Mientras la educación tradicional ofrece información y conocimientos técnicos, la educación en autocuidado enseña *habilidades*.

El apoyo al autocuidado se ha desarrollado basándose, sobre todo, en los *profesionales de enfermería* que tienen un perfil clínico y de educadores, con funciones de preparación y entrenamiento *para el paciente y su familia*. Los ensayos clínicos sugieren que los programas de enseñanza de autogestión son más eficaces que la educación del paciente mediante sólo información.

La *educación grupal a pacientes y cuidadores* también se ha mostrado efectiva para mejorar el autocuidado. Los *pacientes expertos* son enfermos crónicos cuya dolencia se encuentra estabilizada, son capaces de entenderla, de responsabilizarse de su salud y manejan correctamente las opciones terapéuticas. La universidad de los pacientes es el proyecto pionero en España en formación de pacientes en múltiples áreas: paciente especialista, voluntario tutor, paciente tutor y paciente experto. Con respecto a este último programa se han formado casi 500 personas en todo el estado español y 16 tutores acreditados directamente y formados por la Universidad de Stanford. El grupo de autoayuda, en el que el paciente experto es un agente activo de salud con un rol educador y facilitador, suele estar formado por 10-15 pacientes. Pueden ser homogéneos en cuanto al tipo de enfermedad o aglutinar a pacientes con diferentes enfermedades crónicas que comparten necesidades.

Es evidente que la utilización de *Internet* será cada vez mayor pero existen muchas páginas de calidad deficiente que pueden producir efectos negativos. Se hace imprescindible una *alianza entre sociedades científicas* de profesionales, *asociaciones de pacientes* y Servicio de Salud para la elaboración de información de calidad.

En *las asociaciones de pacientes* se comparte el día a día de los enfermos, además informan, orientan y asesoran a sus socios, organizan espacios de encuentro de ayuda y de sensibilización, mantienen contacto y amplían las redes sociales con asociaciones de características similares.

Objetivos:

- Lograr la mayor autonomía del paciente y de sus familias en cuanto a los cuidados necesarios relacionados con las enfermedades crónicas.
- Incrementar la efectividad de los cuidados.
- Mejorar la calidad de vida de los pacientes y de sus familias, así como de su autoestima.

- Disminuir la dependencia no eficaz de los pacientes crónicos con respecto a los profesionales sanitarios.

Recomendaciones:

- Capacitar al personal de enfermería como formadores en autocuidados.
- Detectar en el sistema sanitario del Principado de Asturias pacientes expertos en las patologías mas prevalentes.
- Organizar, por Áreas de salud, la educación grupal a pacientes y cuidadores en relación con los programas de atención a crónicos que se desarrollen.
- Cooperar con las asociaciones de pacientes en la educación grupal a pacientes y cuidadores en relación con los programas de atención a crónicos específicos.
- Cooperar con las sociedades científicas para elaborar información de calidad sobre el cuidado de pacientes crónicos.

Directriz 10. OPTIMIZAR LOS TRATAMIENTOS FARMACOLÓGICOS.

Definición:

Los pacientes crónicos presentan habitualmente *pluripatología* por lo que suelen estar tratados con *múltiples fármacos*. En ocasiones, y como consecuencia de una falta de asistencia integrada, la medicación prescrita lo ha sido por diferentes especialistas sin coordinación adecuada, lo que puede conllevar en ocasiones duplicidades de medicamentos o incompatibilidades que crean *yatrogenia*, o incluso se puede producir la *pérdida de adherencia* con respecto a un medicamento necesario.

En otras ocasiones debido a la discapacidad que el paciente presenta existen *dificultades para que se administre adecuadamente la medicación*

Objetivos:

- Contribuir a un uso racional de los medicamentos.
- Evitar yatrogenia.
- Garantizar la adherencia al tratamiento correcto.
- Eliminar gasto farmacéutico superfluo.

Recomendaciones:

- Centralizar en el Médico de Atención Primaria el control de la medicación, encargándose de valorar la adecuación y conciliación terapéutica y adherencia al tratamiento.
- Propiciar, en su caso, que el Médico de Atención Primaria reciba el apoyo necesario al respecto de otros especialistas para ejercer la función anteriormente definida.
- Facilitar el uso del sistema de información terapéutica sobre interacciones y lograr la implantación total de la Receta Electrónica.
- Verificar, por la enfermería de Atención Primaria, que los pacientes se administran correctamente los medicamentos. Formar (proactivamente) a los pacientes y a sus familiares en la administración correcta.
- Recabar la colaboración de las oficinas de Farmacia para la detección de casos de polimedicación que conlleven interacciones yatrogénicas

Directriz 11. UTILIZAR ADECUADAMENTE LAS TECNOLOGIAS DE INFORMACIÓN Y COMUNICACIONES.

Definición:

El desarrollo actual de las Tecnologías de Información y Comunicaciones (TIC) facilita la utilización de herramientas que contribuyen a la mejora de la atención integral al enfermo crónico, no sólo en los espacios sanitarios sino en su propio domicilio. *En particular la utilización de las TIC se asocia a mayor calidad y seguridad de la atención sanitaria y menor gasto.*

La *Historia Clínica Electrónica* única permite disponer de un repositorio de todos los datos del paciente independientemente del nivel de atención donde se haya producido.

La *Receta Electrónica* representa un elemento importante para la optimización de las terapias farmacológicas.

Las *interconsultas* y la *transmisión de datos de exploraciones entre niveles asistenciales* se ven facilitados por la extensión de las nuevas tecnologías de las comunicaciones.

Las TIC hacen también posible una *mejor comunicación con los pacientes en su domicilio* y la *monitorización domiciliaria de parámetros clínicos* de los pacientes, mejorando así su control y añadiendo comodidad.

Objetivos:

- Facilitar la asistencia integrada a los pacientes crónicos. Mejora de la coordinación.
- Mejorar la accesibilidad a los servicios sanitarios y sociales.
- Mejorar la calidad del seguimiento de los pacientes crónicos.
- Disminuir el número de consultas presenciales y de visitas a servicios de urgencia.
- Utilizar mejor el tiempo de los profesionales, permitiendo reasignación de recursos allí donde sean necesarios.
- Hacer más cómodo para los pacientes y los profesionales el seguimiento y tratamiento de los pacientes crónicos.

Recomendaciones:

- Implantar en todo el ámbito del Servicio de Salud del Principado de Asturias la Historia Clínica Electrónica única.
- Extender en todo el ámbito del Servicio de Salud del Principado de Asturias la Receta Electrónica.
- Progresar en la implantación de iniciativas de Telemedicina.
- Implantar programas de Teleasistencia, de forma consensuada con los Servicios Sociales, asociaciones de pacientes y organizaciones del Tercer Sector.
- Dotar, con respecto a programas concretos, de sistemas de monitorización domiciliaria a pacientes crónicos en su ambiente domiciliario.
- Promover proyectos piloto.
- Compartir sistemas de comunicación con los servicios sociales, consensuando en qué medida se debería compartir la información

Directriz 12. INTEGRAR LOS HOSPITALES DE MEDIA ESTANCIA.

Definición:

En el ámbito del sistema sanitario del Principado de Asturias existen cuatro hospitales (uno en cuatro de las ocho áreas sanitarias actuales) de media estancia. Uno pertenece al Servicio de Salud del Principado de Asturias

(SESPA) y los otros tres forman parte de la Red de utilización pública. Estos hospitales tienen una dilatada trayectoria de participación en la atención a pacientes crónicos, bien reconocida y apreciada.

El perfil genérico de pacientes diana de los hospitales de media estancia se define habitualmente como pacientes frágiles, en general de edad avanzada, con varios diagnósticos de enfermedades crónicas, y funciones vitales motoras y/o cognitivas alteradas y que les provoca pérdida de autonomía significativa y en ocasiones con problemas sociales.

Los hospitales de media estancia ofrecen servicios relacionados con las agudizaciones de las enfermedades crónicas, la convalecencia y la rehabilitación de enfermos crónicos de forma más adecuada para el paciente y eficiente en términos de sistema sanitario, pero deben estar estrechamente conectados con la comunidad y la Atención Primaria y participar en programas de atención integral a los pacientes crónicos que se lleven a cabo en cada área de salud como un recurso integrado más.

Objetivos:

- Transferir conocimiento especializado (modelos de buenas prácticas) al resto del sistema sanitario.
- Contribuir a la atención integral del paciente crónico.
- Mejorar la eficiencia en la utilización de los recursos asistenciales del conjunto del sistema sanitario.

Recomendaciones:

- Incluir a los hospitales de media estancia en los programas concretos de atención integral a los pacientes crónicos, definiendo claramente las actividades que realizarán dentro del proceso que se defina.
- Extender la cartera de servicios de los hospitales de media estancia al ámbito comunitario, ej.: hospitalización a domicilio, potenciación de la rehabilitación, formación de personal sanitario y de pacientes y cuidadores informales, etc.

Directriz 13. CONSIDERAR LOS ESTABLECIMIENTOS RESIDENCIALES.

Definición:

Existe un colectivo de pacientes crónicos, habitualmente ancianos, con residencia permanente en establecimientos residenciales de titularidad pública

y privados. Suelen contar con apoyos sanitarios específicos de variable calidad y complejidad. Estas circunstancias deben ser tenidas en cuenta para que no se produzcan espacios aislados de los programas concretos de atención a los pacientes crónicos.

Objetivos:

- Evitar barreras en la incorporación de pacientes a los programas específicos.
- Optimizar todos los recursos sanitarios disponibles.

Recomendaciones:

- Adscripción precisa a los Equipos de Atención Primaria (EAP) de los residentes en residencias sociales en cada Zona Básica de Salud.
- Coordinación de los EAP con los apoyos sanitarios específicos de que dispongan los establecimientos residenciales.

Directriz 14. FOMENTAR LA PARTICIPACIÓN DE LA COMUNIDAD. COOPERAR CON EL TERCER SECTOR.

Definición:

Como hemos señalado anteriormente el empoderamiento para la salud de la comunidad supone que los individuos actúen colectivamente con el fin de conseguir una mayor influencia y control sobre los determinantes de la salud y la calidad de vida de su comunidad, siendo éste un importante objetivo de la acción comunitaria para la salud. Con arreglo a este concepto hay un amplio espacio para la participación comunitaria en el desarrollo de actividades necesarias para la prevención de las enfermedades crónicas y apoyo al cuidado de los pacientes crónicos. Los Consejos de Salud deben participar en la elaboración del Plan Integral de prevención de las enfermedades crónicas y de atención a los pacientes crónicos en el Sistema Sanitario del Principado de Asturias y en la facilitación de su despliegue. La cooperación de los Municipios es fundamental con respecto a actividades de promoción de salud, prevención de enfermedades y coordinación socio - sanitaria. Se ha de cooperar con las asociaciones de pacientes en actividades relacionadas con la detección de necesidades, promoción de los autocuidados y formación sobre los mismos, soporte a cuidadores informales, etc.

Se ha dado en denominar *Tercer Sector* a las *organizaciones formales, autogestionadas, privadas, sin ánimo de lucro y cuya finalidad es altruista*. Entrán en esta denominación las fundaciones, que integran voluntariado,

determinadas asociaciones, las cooperativas de iniciativa social sin ánimo de lucro y las empresas de inserción social.

Existe en el Sistema Sanitario del Principado de Asturias una *larga historia de cooperación* con entidades del Tercer Sector (Cruz Roja, "Proyecto Hombre", Asociación contra el Cáncer, Asociación GALVAN, ASPAYM, etc.).

La cooperación del Servicio de Salud con el Tercer Sector se puede traducir en *ventajas* tales como la incorporación de *voluntariado* preparado, muy motivado y gestionado de una forma muy estructurada, o la *prestación de servicios, mediante concertación*, de una forma eficiente y socialmente aceptada, y la *incorporación de recursos materiales*. En la estrategia del Tercer Sector español se destaca la necesidad de cooperación con el sector público. De otra forma representan también, en ocasiones, las entidades del Tercer Sector la *opinión de grupos de interés fuertemente implicados en temas de salud*.

Por todo ello conviene mantener y potenciar las alianzas con entidades del Tercer Sector que se deben traducir en convenios de colaboración y acuerdos o contrataciones de servicios para programas concretos.

Objetivos:

- Favorecer la implicación de la comunidad en la atención a los pacientes crónicos.
- Alinear las expectativas de los grupos de interés con la estrategia del sistema sanitario para la atención a los pacientes crónicos.
- Canalizar la participación estructurada de voluntariado.
- Optimizar los recursos disponibles.

Recomendaciones:

- Involucrar a los Consejos de Salud en el diseño y despliegue del Plan Integral de prevención de las enfermedades crónicas y de atención a los pacientes crónicos.
- Fomentar la cooperación con los Municipios en actividades de promoción de la salud y cuidado integral a los pacientes crónicos y de apoyo a sus cuidadores.
- Recoger las expectativas de las asociaciones de pacientes con respecto a las necesidades a satisfacer y fomentar la cooperación en la formación en autocuidado y atención a los cuidadores.

- Detectar las entidades del Tercer Sector con interés en el desarrollo de programas concretos de atención a pacientes crónicos.
- Favorecer la participación de las entidades del Tercer Sector en el diseño y en la ejecución de programas concretos de atención a pacientes crónicos.

Directriz 15. ESTIMULAR LA PARTICIPACION PROFESIONAL.

Definición:

El *equilibrio* entre los programas generados desde “arriba” (desde la “macrogestión” y la “mesogestión”) y los generados desde “abajo” (desde la “microgestión”: los profesionales sanitarios) debe ser cuidado para conseguir el estímulo a la participación profesional.

El diálogo con las distintas *asociaciones científicas médicas y de enfermería y de otros profesionales de la salud* redundará en el mejor diseño de los proyectos, en la optimización de recursos y en el estímulo para la participación profesional.

Las *iniciativas existentes en el ámbito de la microgestión* que se han demostrado efectivas deben ser apoyadas y extendidas, sin usurpar el protagonismo profesional que las ha hecho posibles, y al mismo tiempo ser difundidas oficialmente como ejemplo de “*buenas prácticas*”.

Objetivos:

- Estimular la participación activa de los profesionales sanitarios en el diseño de los programas de atención a crónicos.
- Impulsar la innovación en la atención a los pacientes crónicos.
- Asegurar el uso de las mejores prácticas basadas en la evidencia científica y en el diseño y desarrollo de los programas de atención a pacientes crónicos.
- Satisfacer las expectativas de los profesionales con respecto a la atención a los pacientes crónicos.
- Evitar la “burocratización” de los programas de atención a pacientes crónicos.

Recomendaciones:

- Considerar las recomendaciones de las sociedades científicas para la atención a los pacientes crónicos.
- Invitar a participar en el diseño concreto a las asociaciones médicas, de enfermería y del resto de profesiones sanitarias y de trabajo social, en el diseño de programas de atención específicos.
- Realizar un catálogo de los programas actualmente existentes en el ámbito del Sistema sanitario del Principado de Asturias, con independencia del origen de su diseño e implantación, a efectos de su evaluación y extensión si procede.
- Detectar y apoyar las iniciativas profesionales que se consideren de interés para la atención a los pacientes crónicos.
- Difundir los proyectos que sean considerados como “buenas prácticas”.
- Favorecer la formación de los profesionales con interés en el abordaje de las patologías crónicas, así como el desarrollo de proyectos de investigación.
- Incluir en los sistemas de incentivos económicos de las Unidades y Áreas de Gestión Clínica el desarrollo de programas de atención a pacientes crónicos.

Directriz 16. POTENCIAR LA INVESTIGACIÓN Y LA EVALUACIÓN PARA LA TOMA DE DECISIONES BASADA EN LA EVIDENCIA CIENTÍFICA.

Definición:

La necesidad de promover la investigación sobre cronicidad, dado el problema sanitario que representan las enfermedades crónicas, ha sido puesta de manifiesto por la Consejería de Sanidad del Principado de Asturias en la reciente presentación de la Fundación para la Investigación Biosanitaria de Asturias (*FINBA*) que es el organismo encargado de gestionar la investigación biomédica de excelencia en Asturias. Esta organización, promovida por el Gobierno del Principado de Asturias en alianza con la Universidad de Oviedo y que cuenta con el respaldo de varias empresas que participan en ella como patronos o como entidades benefactoras, tendrá *entre sus líneas de trabajo la investigación sobre la cronicidad*.

Los objetivos de investigación de la Red española de Agencias de evaluación de Tecnologías y Prestaciones del Sistema Nacional de Salud incluyen los de:

"Promover la innovación en servicios y modelos organizativos" y "Promover la innovación en la evaluación, planificación y provisión de servicios".

Es necesario *investigar, con visión innovadora, para buscar soluciones, basadas en la evidencia científica, a los problemas que plantea la cronicidad.* Por otra parte también es necesario *evaluar, desde la evidencia científica, los programas y sistemas de atención actualmente existentes y establecer los sistemas de evaluación continua de cada programa* concreto que se diseñe e implante, en términos de efectividad y eficiencia, diseñando los *indicadores* idóneos.

Objetivos:

- Identificar necesidades.
- Diseñar formas efectivas y eficientes de atención a los pacientes crónicos y de prevención de las enfermedades crónicas.
- Evaluar los programas relacionados con la prevención y el cuidado de las enfermedades crónicas.

Recomendaciones:

- Constituir el grupo de investigación sobre cronicidad.
- Evaluar los programas de atención a pacientes crónicos existentes incluyendo la organización asistencial.
- Desarrollar los criterios de evaluación aplicables a los programas que se diseñen.
- Utilizar:
 - Para la evaluación, en el medio/largo plazo, diversas dimensiones de la calidad de vida, mediante indicadores como la EVLD (esperanza de vida libre de discapacidad) o la EVBS (la esperanza de vida en buena salud).
 - Para la evaluación en el medio/largo plazo de la calidad de la atención a los pacientes con enfermedades crónicas indicadores como la mortalidad innecesariamente prematura y evitable asociada a las enfermedades crónicas, o la mortalidad debida a causas susceptibles de intervención por políticas intersectoriales.
 - Indicadores referidos al corto/medio plazo relacionados con resultados intermedios y no tanto con resultados finales.

3.- Bibliografía seleccionada

- *Estrategia para el abordaje de la Cronicidad en el Sistema Nacional de Salud. Sanidad 2012*. Madrid: Centro de Publicaciones, Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad., 2012.

http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/ESTRATEGIA_ABORDAJE_CRONICIDAD.pdf

- Comisión para reducir las Desigualdades Sociales en Salud en España. *Avanzando hacia la equidad. Propuesta de políticas e intervenciones para reducir las desigualdades sociales en salud en España*. Dirección General de Salud Pública y Sanidad Exterior. Ministerio de Sanidad y Política Social.

http://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/desigualdadSalud/docs/Propuesta_Políticas_Reducir_Desigualdades.pdf.

- *Libro blanco de la Coordinación sociosanitaria en España*. Dirección General del IMSERSO. Dirección General de la Agencia de Calidad del sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad, Política social e Igualdad.

<http://www.imserso.es> (Inicio>Documentación>Publicaciones>Documentación de Interés).

- Grupo de Trabajo de la Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI) y la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria (SemFYC). *Documento de Consenso Atención al paciente con Enfermedades Crónicas*. Sevilla: Mergablum. Edición y Comunicación, S.L., 2011.

<http://www.semfyec.es/biblioteca/virtual/detalle/Declaracion+de+Sevilla.+Cronicos/>

- *Plan de Salud para Asturias 2004 - 2007. La salud como horizonte*. Consejería de Sanidad y Servicios Sanitarios. Gobierno del Principado de Asturias.

<http://www.astursalud.es> (Inicio>La Sanidad Asturiana>Trabajamos para su salud>Planes y Estrategias de actuación).

- *III Encuesta de salud para Asturias, año 2012. Informe*. Dirección General de Salud Pública. Consejería de Sanidad. Gobierno del Principado de Asturias.

<http://www.astursalud.es> (Inicio>Profesionales>Estadísticas y Epidemiología>Encuesta de Salud para Asturias).

- *Plan de Salud Mental del Principado de Asturias 2011-2016*. Dirección General de Salud Pública y Participación. Consejería de Sanidad. Gobierno del Principado de Asturias.

<http://www.astursalud.es> (Inicio>Profesionales>Área Sociocomunitaria>Salud Mental).

- *Estrategia para afrontar el reto de la cronicidad en Euskadi (Julio 2010)*. Departamento de Sanidad y consumo. Gobierno Vasco.

http://www.osakidetza.euskadi.net/r85-gkgnr100/es/contenidos/informacion/documentos_cronicos/es_cronic/adjuntos/EstrategiaCronicidad.pdf

- *Plan Andaluz de Atención Integrada a Pacientes con Enfermedades Crónicas*. Consejería de Salud. Junta de Andalucía.

<http://www.opimec.org/comunidades-de-practica/plan-andaluz-de-atencion-a-personas-con-enfermedades-cronicas/>

- *Plan de atención a pacientes con enfermedades crónicas de la Comunidad Valenciana. Líneas de actuación*. Conselleria de Sanitat. Generalitat Valenciana.

<http://www.iv.congresocronicos.org/documentos/plan-de-atencion-pacientes-cronicos-valencia.pdf>.

- *Estrategia de atención al paciente crónico en Castilla y León*. Gerencia Regional de Salud de Castilla y León. Consejería de Sanidad. Junta de Castilla y León.

<http://www.saludcastillayleon.es> (Institución>Planes y estrategias).

- *II Plan Estratégico del Tercer Sector de Acción Social 2013 - 2016*.

<http://www.plataformaong.org/planestrategico/>

**4.- Composición del Consejo Asesor de Sanidad del Gobierno del
Principado de Asturias.**

Presidente:

- D. Faustino Blanco González.*

Secretario:

- Dña. Laura Llamazares Fernández.*

Miembros:

- Dña. Zenaida Álvarez Barzana.
- Dña. Laura Cabiedes Miragaya.*
- Dña. María José Capellin Corrada.
- D. Sergio Manuel Gallego Riestra.*
- Dña. Laura González Álvarez.
- D. Carlos López Otín.
- D. Juan Sebastián López-Arranz y Arranz.
- D. Ramón Menéndez López.
- D. Francisco Ortega Suárez.
- D. Marcelo Palacios Alonso.
- D. Abelardo Román Rojo.*
- Dña. Margarita Salas Felgueras.
- D. Carlos Suárez Nieto.
- D. José Vera Argüelles.

* Comité Permanente del Consejo Asesor de Sanidad del Principado de Asturias