ANEXO II. ESTRATEGIAS DE CRONICIDAD EN EL ÁMBITO NACIONAL

Sonia López Villar, Sara Fernández García

Alumnas del Máster de Salud Internacional y Cooperación de la Universidad Autónoma de Barcelona.
Prácticas en la Dirección General de Salud Pública, Consejería de Sanidad de Asturias.

1. INTRODUCCIÓN

Durante los últimos años varias comunidades autónomas han desarrollado iniciativas vinculadas a la gestión de pacientes crónicos desde su empoderamiento, como pacientes informados, activos y comprometidos con su enfermedad, todo ello en el marco de un sistema dirigido hacia la continuidad asistencial, la atención integral y la intersectorialidad. Dado el proceso en el que nos encontramos inmersos en Asturias, consideramos importante realizar un análisis de las estrategias elaboradas en las diversas comunidades autónomas como oportunidad de aprendizaje de su experiencia para el desarrollo de nuestra labor.

1.1. MATERIAL Y MÉTODOS

El análisis se realizó a lo largo de marzo de 2014 mediante una búsqueda exhaustiva en internet de toda la información disponible vinculada a la cronicidad y las estrategias de cada comunidad autónoma y el posterior análisis de la información recopilada en base a un checklist previamente elaborado.

De las 17 comunidades autónomas, Ceuta y Melilla, analizamos un total de 8 estrategias (5 estrategias, 2 planes y 1 programa).

CCAA	NOMBRE	AÑO (D.L.)	VINCULACIÓN ORGÁNICA
PAÍS VASCO	"Estrategia para afrontar el reto de la cronicidad en Euskadi"	2010	Osasun Eta Kontsumo Saila Eusko Jaurlaritza Departamento de Sanidad y Consumo, Gobierno Vasco. Osakidetza
ANDALUCÍA	"Plan Andaluz de Atención Integrada a Pacientes con Enfermedades Crónicas 2012-2016"	2012	Consejería de Salud. Junta de Andalucía
CATALUÑA	"Programa de Prevenció y Atenció a la Cronicitat" (y "Plan de Salud de Cataluña 2011 – 2015")	2012	Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya junto con Departament de Benestar Social i Familia.
COMUNIDAD VALENCIANA	"Plan de atención a pacientes con enfermedades crónicas de la comunidad Valenciana"	2012	Conselleria de Sanitat, Generalitat Valenciana
CASTILLA Y LEÓN	"Estrategia de Atención al Paciente Crónico en Castilla y León"	2013	Consejería de Sanidad. Junta de Castilla y León. Sacyl.
COMUNIDAD FORAL DE NAVARRA	"Estrategia Navarra de atención integrada a pacientes crónicos y pluripatológicos"	2013	Departamento de Salud del Gobierno de Navarra
MURCIA	"Estrategia para la Atención a la Cronicidad 2013-2015"	2013	Dirección General de Planificación, Ordenación Sanitaria y Farmacéutica e Investigación, Consejería de Sanidad y Política Social
COMUNIDAD DE MADRID	"Estrategia de Atención a Pacientes con Enfermedades Crónicas en la Comunidad de Madrid"	2013	Consejería de Sanidad Comunidad de Madrid. Servicio Madrileño de Salud.

Fuente: elaboración propia D.L. Depósito Legal

1.2. FUENTES

Las fuentes utilizadas para la búsqueda de la información (la propia estrategia/plan/programa, informes de evaluación, evaluación económica, publicaciones científicas,…etc.) fueron las siguientes:

- ✓ Páginas web de los servicios de salud de las comunidades autónomas y portales de las áreas de salud de Ceuta y Melilla (gestionados por el Instituto Nacional de Gestión Sanitaria)
- ✓ Página web del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.
- ✓ Página web del Observatorio de Prácticas Innovadoras en el Manejo de Enfermedades Crónicas Complejas (OPIMEC).
- ✓ Páginas web del Instituto Vasco de Innovación Sanitaria (O+Berri) y Kronikgune (Centro de Excelencia Internacional en Investigación sobre Cronicidad).
- ✓ Noticias de prensa local (presentación de estrategias, premios a aplicaciones,…)
- ✓ PubMed y Google Académico.

1.3. CHECKLIST

El checklist elaborado para el análisis de las diversas estrategias se adjunta al final del presente documento. En líneas generales, constaría de los siguientes apartados:

- ✓ Datos generales: nombre, fecha, vinculación orgánica, responsable.
- ✓ Fuentes de información: encuestas de salud, CMBD, INE, otras.
- ✓ Análisis de la documentación:
    - ✓ Análisis epidemiológico y de las desigualdades en salud.
    - ✓ Líneas estratégicas, cronograma, perspectiva de desigualdades, promoción de la salud, política de comunicación, indicadores de evaluación.
- ✓ Evaluación y resultados: informe de evaluación, valoración de la satisfacción, evaluación económica, publicaciones científicas, asignación presupuestaria.
- ✓ Proyectos derivados de la implementación: aplicaciones tecnológicas, estratificación, Observatorios,...

1.4. CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Los criterios utilizados para la inclusión de las diversas estrategias, planes o programas, son los siguientes: el documento debe ir en la línea de las propuestas de intervención de la Declaración de Sevilla en torno al paciente y la comunidad, la organización de la atención y la información clínica y la toma de decisiones (estratificación de la población, autocuidado, Atención Primaria eje coordinador, desarrollo de competencias de los profesionales, TIC,…etc.). Al cumplimiento de dichas propuestas se uniría que el documento haya surgido basándose en los cambios demográficos, la necesidad de reorganizar el sistema y primordialmente centrándose en la cronicidad. Finalmente, sería necesario que la estructura del documento fuera similar al resto de las estrategias.

Estos criterios nos han llevado a descartar determinados documentos como el Programa de Atención a Enfermos Crónicos – Dependientes de Aragón de 2006 a 2009, centrado en la atención sociosanitaria y la dependencia, de referencia en dicha comunidad.

Tras una revisión en profundidad de la Estrategia SERGAS 2014 de Galicia, finalmente decidimos descartarla. En esta Estrategia se establece la necesidad de reorientar el sistema sanitario hacia la gestión integral e integrada, para lo que se desarrollan diversas herramientas, y hacia la gestión de casos y el autocuidado (Galicia cuenta con Escuela Gallega de Salud para Ciudadanos). Debemos comentar que localizamos noticias donde se indicaba que durante el primer semestre de 2013 se elaboraría la Estrategia Gallega de Atención a la Cronicidad, enmarcada en la Estrategia anterior; No hemos localizado dicho documento.

Por otra parte, encontramos referencias pero no el documento del Plan de Abordaje Integral de la Cronicidad en Cantabria (2013-2018). Desconocemos su situación actual.

Hemos de indicar que en la mayoría de las comunidades autónomas localizamos noticias en prensa relacionadas con la cronicidad que demuestran los pasos dados hacia el cambio de sus sistemas. Algunos ejemplos serían el caso de Baleares (abril de 2013: presentación de la aplicación informática Programa Piloto de Atención a los Pacientes con Enfermedades Crónicas (PAPEC), o la noticia de la apertura en noviembre de 2013 en Extremadura de cinco Puntos de Atención a la Cronicidad, pilotaje de la Estrategia Nacional). Creemos que estas comunidades u otras como Canarias se encontrarían en proceso de elaboración de la estrategia.

2. ASPECTOS GENERALES DE LAS ESTRATEGIAS

Antes de pasar al análisis en base al checklist, nos gustaría destacar algunos aspectos de las estrategias.

2.1. FORMATO

En lo referente al formato, nos ha llamado la atención la variabilidad en cuanto a su extensión, que iría desde 51 folios a 282 (con anexos), siendo la norma general 80 -85 folios. Asimismo, los apartados en los que se dividirían serían flexibles, si bien es cierto que podrían englobarse en líneas generales en algunos bloques como el análisis de situación, modelos, plan de acción, cronograma, evaluación o anexos.

La estructura del plan de acción en sí sería sumamente variable. Seis de las estrategias tendrían visión, tres misión y tres principios rectores. Respecto a los objetivos, cinco tendrían objetivo general, tres objetivos específicos y otras dos objetivos de proyectos estratégicos. En cuanto a las políticas y proyectos estratégicos, comentar simplemente que existe un amplio abanico de denominaciones según la estrategia, lo veremos más adelante.

Navarra y Castilla y León presentarían versiones resumidas. Madrid tendría un folleto resumen divulgativo al igual que Castilla y León que los habría elaborado para profesionales y asociaciones.

Tabla de estructura de las estrategias

Estructura de la Estrategia	Andalucía	Castilla y León	Cataluña	País Vasco	Comunidad de Madrid	Murcia	Comunidad foral de Navarra	Comunidad Valenciana
Año (Depósito Legal)	2012	2013	2012	2010	2013	2013	2013	2012
Extensión	124	102	26 +58	75	73	51	282	89
Versión resumida		✔	*R.E.		✔		✔	
Misión			✔		✔	✔		
Visión		✔	✔	✔	✔	✔		✔
Misión			✔		✔	✔		
Valores			✔					
Principios		✔			✔	✔		
Líneas Estratégicas / líneas de ejecución	✔6	✔7	✔ 1 de 6 (del Plan)		✔9	✔10	✔8	✔16
Políticas				✔ 5				
Proyectos Estratégicos		✔23	✔6	✔14				
Escenarios	✔5							
Proyectos Prioritarios	✔7							
Objetivos / objetivos estratégicos	✔8				✔7			
Ejes estratégicos			✔ 1/3Plan					✔3
Iniciativas de acción/ Acciones	✔65						✔49	✔72
Objetivo general		✔ Y por Línea	✔		✔4	Por Línea	✔6	✔
Objetivos específicos		Por Línea				Por Línea	✔	
Objetivos de proyectos estratégicos		✔3	✔	Por Política				
Objetivos complementarios y de proyectos transversales			✔					

Fuente: elaboración propia

2.2. CONTENIDO

Ya en lo referente al contenido, en líneas generales podemos indicar que todas las estrategias revisadas hacen referencia al cambio demográfico que se está dando a nivel mundial y la necesidad de que las enfermedades crónicas pasen a centrar las acciones en detrimento de las enfermedades agudas, con los consiguientes cambios en el sistema sanitario mencionados más arriba.

2.2.1. Organizaciones internacionales

La mitad de las estrategias analizadas, en la parte inicial de los documentos, hacen referencia a la importancia que dan las organizaciones internacionales a resolver la situación mundial planteada en torno a las enfermedades crónicas, centrándose principalmente en informes elaborados por la Organización Mundial de la Salud como el *"Informe sobre la situación mundial de las enfermedades no transmisibles 2010"*.

2.2.2. Documentos referentes nacionales

En lo que refiere a documentos referentes nacionales sobre cronicidad, Andalucía, Castilla y León y Cataluña mencionan la *Declaración de Sevilla* de enero de 2011, documento de consenso de atención al paciente con enfermedades crónicas de la Sociedad Española de Medicina Interna y la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria con numerosas propuestas para el cambio necesario.

Por otra parte, cuatro de las estrategias (Madrid, Navarra, Cataluña y Castilla y León) harían referencia a la *Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad en el Sistema Nacional de Salud* de 27 de junio de 2012, estrategia a nivel nacional en la que se enmarcarían las estrategias regionales.

2.2.3. Legislación española

La legislación española es mencionada en dos de las estrategias, haciendo referencia a la Ley *General de Sanidad 14/1986, de 25 de abril*, los Planes de Calidad para el Sistema Nacional de Salud de diversos años, la *Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del SNS y la* Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia, así como la *Constitución Española* en su artículo 43.

2.2.4. Modelos de referencia internacionales

Por otra parte, la mayoría de las estrategias mencionan los modelos de referencia internacionales en cronicidad. En cuanto a modelos de sistema, los principales serían el *Chronic Care Model (CCM)* desarrollado por Ed Wagner y colaboradores en el MacColl Institute for Healthcare Innovation y el *Modelo de Atención Innovadora a Condiciones Crónicas (ICCC)* de la OMS, mencionados por cinco y cuatro de las estrategias respectivamente (Andalucía, Castilla y León, Cataluña, Navarra y Madrid el CCM). Respecto a los modelos poblacionales, la principal referencia sería la *Pirámide de riesgo de Kaiser Permanente*, descrita en todas las estrategias y base para la estratificación. Madrid y Navarra mencionarían la *Pirámide de The King's Fund.* Navarra ahondaría más en dichos modelos de referencia, introduciendo el Modelo de Atención a Crónicos Extendido (ECCM) y el Modelo de Cuidado Guiado.

2.2.5. Experiencias internacionales

En cuanto a experiencias internacionales en el campo de la cronicidad, tres de las estrategias ahondarían más en profundidad en este sentido, Castilla y León, Navarra y Madrid -si bien es cierto que otras estrategias harían alguna referencia puntual-. Los países de referencia serían: *Reino Unido* (NHS and Social Care Long-Term Conditions Model, Kaiser Management Care, Kaiser Beicon Sites, Milton Keynes, informe Nuffield,…), *Canadá* con la gestión de enfermedades crónicas (Ontario: redes de médicos de familia y redes de integración - Family Head Teams), *Suecia* (Nurse Led clinics), *Francia* con redes locales de pacientes ambulatorios (Long-term Disease Procedure and Health Network Approach), *Australia, Alemania,…* Madrid incluiría el Chronic Disease Self-Management Program de Stanford, referente en autocuidado.

En estas experiencias los elementos centrales coincidirían con aquellos de las estrategias desarrolladas a nivel nacional: gestión de casos, competencias de enfermería, atención integrada, paciente experto, atención a domicilio,…etc.

2.2.6. Experiencias a nivel nacional

En cuanto a experiencias a nivel nacional, en general las estrategias mencionan aquellas que aparecieron en otras comunidades con anterioridad. Así, la estrategia pionera a nivel nacional, *Estrategia para afrontar el reto de la cronicidad en Euskadi*, es mencionada en cinco comunidades, seguida del *Plan Andaluz de Atención Integrada a Pacientes con Enfermedades Crónicas* y del *Plan de atención a pacientes con enfermedades crónicas de la Comunidad Valenciana* (principalmente el programa Valcrònic), que se mencionarían en cuatro y la *Estrategia de Atención al Paciente Crónico en Castilla y León* que aparece en dos. Tres de las Estrategias mencionarían experiencias que se vendrían desarrollando a nivel regional en torno a las líneas y proyectos de cronicidad.

Reseñar que la Comunidad Foral de Navarra es la que más ahonda en este sentido ya que en sus anexos incluye tablas de cada una de las experiencias nacionales e internacionales con el nombre, año, objetivo, población diana y actividades desarrolladas.

2.2.7. Avances anteriores

Andalucía, Castilla y León, Cataluña, Valencia y Madrid, es decir, cinco de las estrategias mencionan planes o estrategias desarrollados en la comunidad autónoma que estarían vinculados a la cronicidad y al cambio necesario en el sistema sanitario. Se mencionan el Plan de Salud de la comunidad autónoma, Planes de Calidad de sus sistemas públicos de salud, Planes de atención a personas mayores, y Planes/Estrategias regionales de salud de diversas patologías crónicas.

2.2.8. Expectativas

Finalmente, resaltar que dos de las estrategias destacan las expectativas de los profesionales respecto a la estrategia, así como de los pacientes y cuidadores/as, utilizando una metodología cualitativa para la recopilación de la información.

Tabla de contenido de las estrategias

Estructura de la Estrategia	Andalucía	Castilla y León	Cataluña	País Vasco	Comunidad de Madrid	Murcia	Comunidad foral de Navarra	Comunidad Valenciana
Avances anteriores (planes / estrategias regionales,…)	✔	✔	✔		✔			✔
Modelos teóricos de referencia a nivel internacional	✔	✔	✔	✔	✔	✔	✔	✔
Experiencias nacionales e internacionales	✔	✔	✔ Plan	✔	✔		✔	
Expectativas de pacientes, cuidadores y profesionales	✔				✔			
Priorización de patologías	✔	✔	✔		✔	✔	✔	✔
Experiencias en la región	✔	✔	✔					✔
Metodología de realización		✔			✔			

Fuente: elaboración propia *R.E: Resumen ejecutivo

3. ANÁLISIS EN BASE AL CHECKLIST

Mostramos a continuación los resultados del análisis realizado en base al checklist.

3.1. ANÁLISIS PREVIO DE SITUACIÓN

Todas las comunidades autónomas, excepto una, han desarrollado dentro de su documento un apartado en el que analizan su situación antes de poner en marcha la estrategia.

Algunas incluyen un análisis epidemiológico y demográfico, como Andalucía y Castilla y León y otras realizan el análisis de forma más extensa como en el caso de Madrid y Navarra.

La Comunidad de Madrid divide el análisis de situación en los siguientes seis puntos: análisis cualitativo, información epidemiológica; análisis cualitativo, Clinical Risk Groups (CRG); análisis cualitativo con profesionales, entrevistas con informadores clave; análisis cualitativo con profesionales, cuestionarios a directores de continuidad asistencial; análisis cualitativo con profesionales, evaluación con el IEMAC; y, por último, análisis cualitativo con pacientes y cuidadores, grupos de discusión.

En el caso de Navarra, su análisis previo de situación incluye cinco puntos: análisis de la población de Navarra; principales indicadores de salud; población crónica de Navarra; análisis DAFO, siendo esta la única comunidad que lo incluye; y, por último, al igual que en la estrategia de Madrid, se incluye una autoevaluación IEMAC.

Por otra parte, Andalucía incluye en su análisis de situación un análisis de recursos que no tuvimos en cuenta en el análisis de este apartado.

3.1.1. Fuentes de información utilizadas en el análisis

FUENTES DE INFORMACIÓN – Análisis	Nº DE ESTRATEGIAS
Encuestas de salud	**4**
Sistemas de información sanitaria (CMBD…)	**5**
Sistemas de información estadísticos (INE, Eurostat…)	**6**
Otras	**6**

Fuente: elaboración propia

De ocho estrategias analizadas, cuatro de ellas utilizan como fuentes de información las encuestas de salud de la propia comunidad o la Encuesta Nacional de Salud y cinco utilizan sistemas de información sanitaria como el CMBD de la comunidad, el Instituto de Información Sanitaria, el registro de Osabide en el caso de País Vasco y la Historia Clínica Electrónica en la estrategia de Valencia o datos del Servicio Navarro de Salud (SNS-O), entre otros.

Los sistemas de información estadísticos son los más utilizados como fuentes de información en el análisis, seis de las ocho comunidades los incorporan. Dentro de ellos, el más utilizado es el Instituto Nacional de Estadística (INE). De él, la mayoría de estrategias extraen datos del padrón municipal de habitantes y proyecciones de población de la comunidad autónoma, de la Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Estado de salud (EDDES) o de la Encuesta de Discapacidad, Autonomía Personal y Situaciones de Dependencia (EDAD).

Por otro lado, Navarra y Cataluña utilizan datos de los institutos de estadística de su comunidad (Instituto de Estadística de Navarra y EIdescat respectivamente). Por último, Castilla y León también utiliza el sistema de información estadístico Eurostat como fuente de información.

La mayoría de las comunidades, seis de las ocho estrategias analizadas, utilizan además de las anteriores otras fuentes de información en el análisis previo de situación. Entre ellas se encuentran los planes de patologías concretas de la comunidad (por ejemplo, el Plan Integral de Oncología de Andalucía o el Plan de Cardiopatías de la misma comunidad). Como otras fuentes de información también se utilizan estudios de las propias comunidades (por ejemplo, el estudio DRECA 1 y 2 de Andalucía o el estudio de Riesgo cardiovascular de Castilla y León entre otros).

3.1.2. Análisis epidemiológico de las principales enfermedades crónicas

Seis comunidades autónomas de las ocho estrategias estudiadas realizan un análisis epidemiológico de las principales enfermedades crónicas, dando una imagen global de la situación previa de la comunidad en relación a la cronicidad antes de la puesta en marcha de la estrategia en la misma.

3.1.3. Perspectiva de desigualdades en salud en el análisis

PERSPECTIVA DE DESIGUALDADES EN SALUD – Análisis	Nº DE ESTRATEGIAS
Género (sexo)	**0 (7)**
Edad	**7**
Territorio	**6**
Etnia	**0**
Clase social	**0**
Nivel educativo	**0**

Fuente: elaboración propia

La mayoría de las estrategias en su análisis previo de situación incorporan dos de los seis ejes de desigualdades en salud.

Todas las comunidades, excepto una, estudian la variable edad durante el análisis, sobre todo categorizada en grupos de edad. Por ejemplo, en el análisis de la mayoría de estrategias se estudia la prevalencia de las principales patologías crónicas según grupos de edad o el envejecimiento de la población entre otros muchos datos con esta variable.

En relación al eje de desigualdad en salud de territorio, seis de las ocho estrategias lo tienen en cuenta. Consideramos que incluyen esta perspectiva si comparan datos de la comunidad con la media nacional (por ejemplo, esperanza de vida al nacer de la comunidad comparada con la media de España), con otras comunidades autónomas (por ejemplo, percepción del estado de salud en comparación con otras CCAA), si comparan datos de las distintas provincias dentro de la comunidad autónoma (por ejemplo, tasa de mortalidad por cáncer según provincias) o si comparan datos de países a nivel mundial (por ejemplo, Euskadi analiza un mapa en el que compara la previsión de la evolución de la diabetes a nivel mundial). Por otro lado, en una estrategia se comentan los desplazamientos de la zona rural y urbana.

En cambio, consideramos que ninguna de las ocho comunidades estudiadas incorpora los ejes de etnia/raza, clase social y nivel educativo en su análisis previo de situación.

Respecto a la perspectiva de género consideramos que ninguna de las estrategias la incluiría en el análisis ciñéndonos a su definición. Existirían numerosas definiciones de género, como por ejemplo la de la OMS "los roles socialmente construidos, comportamientos, actividades y atributos que una determinada sociedad considera apropiados para hombres y mujeres". Rohlf, Valls-Llobet y Pérez en 2005 por su parte definirían el género como "la manera como las mujeres y los hombres aprenden a construir su subjetividad bajo los parámetros de la feminidad y masculinidad hegemónicos en un determinado momento histórico y según las "normas" culturales del lugar y sociedad donde viven. Todo eso con evidentes inequidades en todas las esferas de la vida". Así pues, se analiza la variable sexo en siete de las ocho comunidades, pero no con dicho enfoque aun cuando se utiliza el término género.

La mayor parte de estrategias, en el análisis demográfico analizan la pirámide poblacional donde se distribuye a la población según sexo y grupo de edad, y en el análisis epidemiológico analizan la prevalencia de distintas enfermedades crónicas según sexo. Otros datos que tienen en cuenta esta variable son la esperanza de vida o las tasas de mortalidad según sexo por ejemplo.

3.1.4. Otros aspectos destacables en el análisis

Otras variables que se tienen en cuenta en cinco de las estrategias son la discapacidad y la dependencia. En una de las estrategias se estudia la discapacidad, en dos la dependencia y otras dos estrategias tienen en cuenta ambas variables en su análisis. Por ejemplo, en Andalucía se analiza la situación de dependencia por provincias o las personas con discapacidad según grupos de edad y sexo. Junto a Madrid y Navarra esta comunidad también habla de envejecimiento y dependencia y estudia la esperanza de vida libre de discapacidad. Además, Navarra hace un análisis cuantitativo de los Índices de dependencia, de dependencia juvenil y senil, y de la Tasa de dependencia y de discapacidad.

3.2. PLAN DE ACCIÓN

3.2.1. Líneas estratégicas y acciones

Todas las estrategias incluirían líneas estratégicas y acciones a desarrollar, si bien es cierto que como indicamos más arriba existiría variabilidad respecto a la denominación de las mismas. Así pues, los términos políticas, líneas estratégicas y líneas de ejecución podrían asimilarse como sinónimos, al igual que los términos proyectos prioritarios, proyectos estratégicos e iniciativas de acción según el caso. Al final de documento adjuntamos líneas y proyectos por comunidades.

En líneas generales podríamos indicar que las políticas serían similares a las planteadas por la Estrategia del Sistema Nacional de Salud. Algunas de las líneas que aparecerían en la mayoría de estrategias serían:

- ✓ Enfoque de salud poblacional estratificado
- ✓ Promoción de la salud y prevención de enfermedades crónicas
- ✓ Responsabilidad y autonomía del paciente
- ✓ Continuidad asistencial, atención integrada
- ✓ Desarrollo de tecnologías y sistemas compartidos de información y comunicación
- ✓ Coordinación sociosanitaria
- ✓ Formación e investigación

3.2.2. Plan de acción con cronograma

Respecto al plan de acción con cronograma, 6 de las estrategias lo incluirían. En líneas generales se indicaría el proyecto estratégico o línea y las fechas planteadas por trimestres en los siguientes tres - cuatro años, si bien es cierto que el formato sería más o menos exhaustivo según la estrategia.

Así pues, País Vasco lo indicaría por cada proyecto estratégico en el calendario – hitos principales, Andalucía lo elaboraría en base a los proyectos prioritarios e indicadores, Castilla y León por proyectos estrellas, Navarra lo estructuraría en tres grandes líneas: perfiles de pacientes, extensión poblacional y por elementos estructurales, Madrid por líneas de ejecución y Cataluña por proyectos y fechas de forma exhaustiva.

3.2.3. Perspectiva de desigualdades en salud

Analizamos la perspectiva de desigualdades en salud en base a los ejes de desigualdad que aparecen en marco conceptual de los determinantes de las desigualdades sociales en salud, de Soler e Irwin y Navarro del documento *"Avanzando hacia la equidad"* de la Comisión para Reducir las Desigualdades Sociales en Salud en España. Comentar en este sentido que la mitad de las estrategias mencionarían los determinantes de salud y los determinantes sociales. Las variables edad y territorio se tendrían en cuenta en todas las estrategias, la clase social en la mitad de ellas y las variables etnia en dos de las estrategias.

Respecto a la perspectiva de género, en el plan de acción de varias de las estrategias se utilizaría el término género como sinónimo de sexo, considerándolos términos equivalentes sin tener en cuenta su sentido más amplio -si bien es cierto que no siempre es posible diferenciar ambos términos por su interrelación- Dos de las estrategias parecen utilizar el concepto teniendo en cuenta las normas socioculturales y las desigualdades estructurales, es decir, con una perspectiva más adecuada a su definición.

Por mencionar algún ejemplo que contemplaría la mayoría de variables incluidas dentro de los ejes, la Estrategia de País Vasco indicaría "*…la prevención y atención de las enfermedades crónicas ha de responder a las necesidades de personas de todos los orígenes, tanto culturales como lingüísticos; de todas las edades, desde niños hasta ancianos; de todas las clases socioeconómicas; de todos los entornos, tanto rurales como urbanos, y sin disparidad de género".*

Por su parte, una de las acciones del Plan Andaluz sería: *"adaptación de las ratios de pacientes de los equipos médico-enfermeros en función de la morbilidad y riesgos, para adaptarlos a las necesidades de intervención sobre los determinantes sociales y ambientales de las enfermedades crónicas, priorizando las Zonas con Necesidades de Transformación Social".*

Indicar finalmente que todas las estrategias harían mención en algún momento a la equidad, sin incluir en cambio una línea estratégica como tal de "Equidad en salud e igualdad de trato" como en la Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad del SNS.

3.2.4. Promoción de la salud

Respecto a la promoción de la salud, cuatro de las comunidades la incluirían como una línea estratégica (País Vasco, Andalucía, Castilla y León y Murcia). En lo que confiere a las áreas de acción propuestas por la carta de Ottawa, según la misma la incluirían de cinco a siete estrategias, siendo el fortalecimiento de la acción comunitaria y el desarrollo de las habilidades personales las áreas de mayor peso.

Simplemente indicar que en la Comunidad foral de Navarra la promoción de la salud tendría un papel destacado, por lo que se desarrolla un programa específico como se contempla en la Estrategia: *"…se ha considerado más apropiado que dichas actuaciones sean objeto de un programa especifico con un enfoque menos medicalizador denominado "Programa de promoción de la salud y estrategia de intervención en factores y hábitos de riesgo"."*

3.2.5. Salud en todas las políticas

Nos gustaría indicar simplemente que el enfoque de Salud en todas las políticas es mencionado en cinco de las estrategias sin profundizar en mayor medida. En este sentido recomendaríamos un artículo de Elena Aldasoro junto a otros autores de principios de 2012 donde realiza un análisis de las políticas públicas del Gobierno Vasco previo al cribado sistemático para avanzar en la perspectiva de incorporación de la salud en todas las políticas.

3.2.6. Patologías priorizadas

Si bien es cierto que se busca un enfoque poblacional, todas las estrategias realizan una priorización de patologías para el abordaje inicial, variando las mismas entre cuatro y diez. En líneas generales serían aquellas patologías más prevalentes y que supondrían un mayor gasto.

Por poner un ejemplo de la metodología empleada, Madrid elaboró una matriz inicial de priorización de las 20 primeras patologías crónicas en base a siete criterios (mortalidad, prevalencia estimada, morbilidad percibida, consumo de recursos, programas específicos y experiencias activas). Posteriormente los profesionales llevaron a cabo una priorización basada en la metodología de Hanlon (magnitud, factibilidad, gravedad y efectividad). Las diez primeras fueron seleccionadas para ser abordadas en primer lugar.

Como puede verse en la tabla, la diabetes mellitus, la insufiencia cardiaca y el EPOC aparecerían en la práctica totalidad de las estrategias, seguidas por otras patologías cardiovasculares (cardiopatía isquémica) o respiratorias como el asma, cáncer, demencia, enfermedades osteomusculares,…etc.

Tabla de patologías priorizadas

Andalucía	Castilla y León	Cataluña	Euskadi	Madrid	Murcia	Navarra	Valencia
	Cáncer y VIH estrategias específicas	*Guías de práctica clínica. Prioriza las 4 primeras para 2012*	*Abarca la cronicidad a nivel global. En la estrati-ficación:*			*Pacientes pluripato-lógicos*	*Valcrònic*
Enfermedades cardio vasculares: IC y ECV	Enf. cardiológicas: IC, c. isquémica y arritmias	IC	*HTA*	Diabetes Mellitus	Enf. cardio y cerebro-vascular	IC	IC
Enf. respiratorias	Ictus	DM	*EPOC*	Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	Enf. respirato-rias crónicas	Cardiopatía isquémica	EPOC
DM	Enf. respiratorias: EPOC y asma	MPOC – asma	*DM*	Enfermedad cerebrovas cular	Demencias	ACV	HTA
Cáncer	Enf. neurodegene-rativas y demencia	Depresión		HTA	Diabetes Mellitus	EPOC	DM II
	Diabetes	Nefropatía		Cardiopatía isquémica	Dolor crónico por enf. musculoes queléticas	Asma	
	Enf. diges-tivas: enf. inflamatorias crónicas y hepatopatías crónicas	Demencias		Insuficiencia cardiaca	Salud mental	Demencia	
	Enf. renal crónica	Trastornos mentales graves y muy graves		Asma	Enfermeda des infecciosas	Parkinson	
	Enf. osteomuscula res: artrosis, osteoporosis y artritis	Cáncer		Obesidad	Enfermeda des raras	Diabetes	
	Enf. mentales: trastornos psicóticos, depresión mayor crónica	Enfermedades del sistema musculoesque-lético		Hipercoles terolemia	Cáncer	Insuficiencia hepática	
		Dolor crónico		Enfermedad renal crónica		Insuficiencia renal	
						Esquizofrenia	
						Trastornos depresivos recurrentes	

Fuente: elaboración propia

3.2.7. Política de comunicación y difusión explícita

La práctica totalidad de las estrategias menciona la necesidad de esta política sin llegar a desarrollarla, bien mediante Congresos o Jornadas, bien de forma más explícita con la elaboración de un plan de comunicación interno y externo o la elaboración de folletos divulgativos para profesionales y/o asociaciones como sería el caso de Castilla y León o Madrid.

La difusión de las experiencias es uno de los objetivos de la Agencia Valenciana de Salud, Andalucía pretende impulsar un Plan de comunicación en todos los ámbitos para sensibilizar y movilizar frente a la cronicidad, Navarra indica en un área la necesidad de un Plan de comunicación interno y externo, Murcia habla de establecer un modelo de difusión para mejorar la atención a la cronicidad, Castilla y León indica la necesidad de poner en marcha un plan de acción para familiares, profesionales y cuidadores/as y Cataluña habla de la participación en jornadas y congresos y de publicaciones. País Vasco, en uno de sus documentos de evolución de los proyectos, indica las actividades de difusión en las que ha estado presente.

3.2.8. Indicadores de evaluación

Se incluyen de forma explícita en seis de las estrategias. El abanico de indicadores y su enfoque es muy variable, yendo desde una simple mención de los mismos a una división en indicadores de seguimiento y de resultados en dos estrategias, la Navarra y la de Castilla y León. Esta última estrategia sería la que los desarrollaría de forma más amplia, describiendo de cada proyecto indicador, fuente, criterio y periodo. Valencia incluiría 10 indicadores principales y 4 secundarios, Andalucía tablas con criterios de evaluación para la definición de estándares e indicadores, Madrid los incorporaría a los cuadros de cada línea de ejecución en el despliegue estratégico y País Vasco en los cuadros de los proyectos incluiría un apartado de impacto esperado que se podría equiparar.

Tabla Plan de acción

PLAN DE ACCIÓN	Nº DE ESTRATEGIAS
PATOLOGÍAS PRIORIZADAS	**8**
PLAN DE ACCIÓN CON CRONOGRAMA	**6**
PERSPECTIVA DE DESIGUALDADES DE SALUD	
Género (sexo)	**2 (6)**
Edad	**8**
Territorio	**8**
Etnia	**2**
Clase social	**4**
ACCIONES RELACIONADAS CON LA PROMOCIÓN DE LA SALUD	
Línea o política estratégica	**4**
Elaboración de políticas públicas favorable a la salud	**5**
Fortalecimiento de la acción comunitaria	**7**
Desarrollo de las habilidades personales	**7**
Creación de entornos propicios a la salud	**5**
Reorientación de los servicios sanitarios	**7**
"SALUD EN TODAS LAS POLÍTICAS"	**5**
POLÍTICAS DE COMUNICACIÓN Y DIFUSIÓN	**7**
INDICADORES DE EVALUACIÓN	**6**

Fuente: elaboración propia

4. EVALUACIÓN DEL PROGRAMA Y RESULTADOS

Respecto a la evaluación del programa y los resultados, hemos de indicar que encontramos dificultades a la hora de localizar informes de evaluación de las estrategias, informes económicos y evaluaciones de satisfacción del programa, por lo que no profundizaremos en gran medida en el análisis. Si bien es cierto que podría ser un problema de accesibilidad a los documentos, consideramos como posible razón que sería pronto para poder realizar un análisis exhaustivo en este sentido dado que las estrategias son recientes y se encontrarían en fase de implementación.

4.1. INFORMES DE EVALUACIÓN E INFORMES ECONÓMICOS

Nos centraremos en este apartado en la *Estrategia para afrontar el reto de la cronicidad en Euskadi*, primera en publicarse y por tanto con un recorrido más amplio, ya que tendría varios informes de evaluación disponibles en la red. El "Informe sobre la evolución de los proyectos de la estrategia de cronicidad 2009 – 2011" y "Compartiendo el Avance de la Estrategia de Cronicidad Evolución de los proyectos 2010 – 2012" serían documentos donde se realiza un análisis exhaustivo de los proyectos en marcha, indicando el punto en que se hallan y los objetivos a alcanzar y cuantificando los logros.

En lo que confiere a la evaluación económica, en el documento "País Vasco: transformando el Sistema de Salud 2009 – 2012" se haría mención al ahorro que supusieron diversos proyectos en el año 2011 (en total 27,6 millones de €) y la previsión de ahorro en los años sucesivos, al alza.

En líneas generales, los resultados de varios proyectos han sido divulgados tanto en el marco de los Congresos Nacionales de Crónicos como en ponencias realizadas en otros ámbitos. Algunos ejemplos serían la presentación en el VI Congreso Nacional de Crónicos de los resultados obtenidos por el Programa Valcrònic valenciano (los ingresos hospitalarios por descompensaciones se redujeron un 39% y la satisfacción tanto de usuarios/as como de profesionales sería muy elevada), o la ponencia realizada por Manuel Ollero Baturone en Oviedo en noviembre de 2013, donde expondría entre otros aspectos los logros alcanzados en los diversos proyectos del Plan Andaluz.

Hemos localizado noticias e informes de algunos proyectos más concretos de otras comunidades como el Paciente Experto de Cataluña, con evaluaciones positivas en lo que a resultados y satisfacción se refiere. En esta comunidad se ha publicado un informe de evaluación del Plan de salud a medio plazo en el que se haría referencia al punto en el que se encontrarían los indicadores de evaluación de los proyectos y los objetivos a alcanzar. Este informe incluiría también resultados del Plan de Encuestas de Satisfacción de los Asegurados del CatSalut (PLAENSA).

Comentar simplemente que la Estrategia Navarra incluiría un apartado con la reducción de costes teórica que podría suponer la estrategia en tres posibles escenarios. También indica que no se espera una reducción del gasto sanitario pero se tiene en mente que ayude a absorber la demanda que supondrá el envejecimiento de la población, recordando que la Estrategia persigue también objetivos de salud y calidad asistencial de importancia.

4.2. PUBLICACIONES CIENTÍFICAS

Finalmente, respecto a las publicaciones científicas, no profundizaremos en su análisis, mencionaremos únicamente algunos artículos o documentos reseñables:

- ✓ Apartado "La evidencia científica de las intervenciones en pacientes crónicos" de la Estrategia de la Comunidad de Madrid donde se recoge la evidencia existente sobre modelos de gestión e intervenciones y proyectos orientados a la cronicidad.
- ✓ Artículos de O+Berri. Se publicó un artículo sobre iniciativas de autocuidado en España. Asimismo, destacar otra publicación a nivel internacional sobre las experiencias de integración asistencial en nuestro Sistema Nacional de Salud.
- ✓ Centrándonos en la Estrategia de Euskadi, Juan F. Orueta publicó en Atención Primaria en 2013 un artículo sobre los resultados en el primer año de implantación de la estratificación de la población en País Vasco.
- ✓ Servicio Sanitario Andaluz. Mencionar un estudio de 2008 para comprobar la efectividad de la gestión de casos con enfermería a domicilio frente a la habitual. Asimismo, habríamos localizado diversos artículos a nivel nacional e internacional de Ollero Baturone junto a otros autores en torno a los pacientes pluripatológicos.
- ✓ Cataluña. Estudio de Rajmil y López Aguilá sobre un modelo predictivo de reingreso hospitalario, y estudio sobre el Programa Paciente Experto catalán, ambos citados en la Estrategia madrileña.

5. PROYECTOS DERIVADOS DE LA IMPLEMENTACIÓN DE LA ESTRATEGIA

5.1. APLICACIONES Y HERRAMIENTAS

En todas las estrategias se reflejan aplicaciones tecnológicas, herramientas o recursos que surgen o sirven para el tratamiento con enfermos crónicos. Algunas como las descritas a continuación aparecen nombradas o desarrolladas en muchas de las estrategias de las comunidades autónomas estudiadas.

APLICACIONES Y HERRAMIENTAS	Nº DE ESTRATEGIAS
Competencias avanzadas de enfermería	**8**
Unidades de Pacientes Pluripatológicos	**2**
Unidades de hospitalización de agudos	**3**
Unidades de hospitalización de subagudos o media estancia	**5**
Unidades de hospitalización a domicilio	**5**
Escuela de Pacientes o Paciente Activo/ Experto	**7**
Portal de Salud o Carpeta Personal de Salud	**4**
Centro de Servicios de Salud Multicanal	**6**
Receta electrónica	**7**
Historia Clínica Electrónica	**7**

Fuente: elaboración propia

5.1.1. Competencias avanzadas de enfermería

En todas las estrategias estudiadas están presentes dos figuras de enfermería con competencias avanzadas. Por un lado, está la enfermera gestora de casos que constituye un eslabón entre la Atención Primaria y la Especializada. Normalmente es una enfermera de Atención Primaria que trabaja en la identificación y seguimiento de los pacientes con alta complejidad facilitado la coordinación entre los profesionales de los distintos niveles y sectores para conseguir una atención integral más eficaz de las necesidades de salud de estos pacientes. Y, por otro lado, está la enfermera de enlace, normalmente de Atención Hospitalaria, que se encarga de la identificación de los pacientes crónicos de mayor complejidad, coordinando la continuidad de los cuidados con los recursos extrahospitalarios. En Madrid, se añade a las dos anteriores otra figura de enfermería que es la enfermera educadora/entrenadora en autocuidados.

5.1.2. Unidades de Pacientes Pluripatológicos

Algunas de las comunidades autónomas estudiadas disponen de estas unidades. Castilla y León es una de ellas y las describe como *"una organización de profesionales sanitarios que ofrecen una atención multidisciplinaria mediante un amplio espectro de modalidades de asistencia a pacientes frágiles con pluripatología, y que cumplen unos requisitos funcionales, estructurales y organizativos, que garantizan las condiciones adecuadas de calidad, seguridad y eficiencia para desarrollar esta actividad".*

En Navarra también existen Unidades Multidisciplinares de Pluripatológicos que contarán con los recursos necesarios para ofrecer un amplio abanico de modalidades asistenciales para garantizar la atención a los pacientes pluripatológicos en el momento y lugar más adecuados.

5.1.3. Unidades de hospitalización de agudos

Tres de las estrategias analizadas mencionan la puesta en marcha de hospitales de agudos que tienen como objetivo la estabilización de aquellos pacientes crónicos que sufren un proceso agudo a través de la atención en urgencias y el ingreso hospitalario.

5.1.4. Unidades de hospitalización de subagudos, media estancia o convalecencia

Más de la mitad de las estrategias muestran la importancia de estas unidades ya que la realidad de la cronicidad hace cada vez más necesario consolidar un intermedio de atención con una intensidad tecnológica y de cuidados menor que en un hospital de agudos, pero a la vez con una capacidad asistencial mayor que la de Atención Primaria. Este nuevo modelo de hospital de subagudos que se está desarrollando e implantando en muchas comunidades autónomas se encargaría de las reagudizaciones y la rehabilitación de enfermos crónicos de manera más adecuada para el paciente y eficiente para el Sistema. Además, podría actuar como centro coordinador de la hospitalización a domicilio, la coordinación de casos y la integración de la atención.

5.1.5. Unidades de hospitalización a domicilio

Cinco de las ocho comunidades estudiadas creen que es de vital importancia reforzar el papel de las Unidades de hospitalización a domicilio de forma gradual y vinculadas a atención especializada. 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 pacientes atendidos en estas unidades son considerados como ingresados en el hospital a efectos administrativos y asistenciales incluidas las prestaciones farmacéuticas, recibiendo los tratamientos y cuidados en igual medida que los dispensados en el hospital con la diferencia de estar en el propio domicilio, considerado este el mejor lugar terapéutico.

5.1.6. Escuela de Paciente o Paciente activo/experto

Todas las estrategias, excepto una, siguen una de las recomendaciones de la Estrategia Nacional de Atención a la Cronicidad que consiste en *"Potenciar la creación y el impulso de iniciativas y experiencias de escuelas de pacientes, programas de paciente activo y programas de paciente experto, escuelas de cuidadores, redes de cuidadores profesionales y no profesionales y otras fórmulas de apoyo al autocuidado"*.

Es interesante destacar la Escuela de Pacientes de Andalucía por su gran actividad en la red mediante Facebook, Twitter, blogs de patologías concretas o el canal de Youtube. En País Vasco, existe una Red de Pacientes Activados y Conectados a través de la adopción de nuevas tecnologías web 2.0 por las Asociaciones de Pacientes Crónicos. Además se crea una Red de Escuela de Pacientes a nivel nacional, algunas de ellas basadas en el modelo de la Universidad de Stanford, para nutrirse unas de otras.

5.1.7. Portal de Salud / Carpeta Personal de Salud

La mitad de las comunidades autónomas estudiadas reflejan en su estrategia la existencia o propuesta de un Portal de Salud o Carpeta Personal de Salud para los pacientes crónicos. Una de ellas es Navarra donde se conoce con el nombre de "Mi Portal de Salud" y en él se pueden diferenciar ocho apartados: historia de salud resumida, mis informes clínicos, mi agenda de salud, mi contacto con el personal sanitario, mi plan de autocuidados (mis autocontroles), mi medicación, el conocimiento de mi enfermedad y, por último, mis controles. Castilla y León, por ejemplo, también tiene esta herramienta la cual se subdivide en tres subportales: el subportal "Ciudadano", con contenidos a disposición de los pacientes; el subportal "Aula de Pacientes", con información sanitaria dirigida a la comprensión y el autocuidado en determinadas patologías; y, por último, el subportal "Profesionales", donde se aloja información que puede servir de ayuda en el ámbito asistencial.

5.1.8. Centro de Servicios de Salud Multicanal

En la mayor parte de las estrategias analizadas, excepto una, se hace referencia a la existencia o puesta en marcha de una Plataforma Multicanal. En Andalucía, por ejemplo, esta herramienta incluye: cita previa de Atención Primaria y Especializada, Salud 24h, campaña de prevención de los efectos de las altas temperaturas y seguimiento de altas hospitalarias.

En el País Vasco, por ejemplo, este proyecto se denomina "OSAREAN" y tiene como objetivo utilizar todos los canales de interacción disponibles (web, teléfono, SMS, TDT,…) entre el ciudadano y el sistema sanitario para facilitar los procesos asistenciales, dotándolos de mayor agilidad y capacidad resolutiva, de forma que las interacciones del ciudadano con el sistema sanitario repercutan en menor medida en su vida personal y laboral.

5.1.9. Receta electrónica

Todas las comunidades excepto una ponen de manifiesto en sus estrategias la importancia de incorporar la receta electrónica al sistema. Algunas ya disponían de esta herramienta antes de la estrategia, como en el caso de País Vasco, y otras están en proceso de implementación, pero todas ellas consideran que la receta electrónica en el paciente crónico tiene especial relevancia, puesto que evita la necesidad de desplazamientos presenciales periódicos al 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. Esta herramienta supone la integración de los procesos de la prestación farmacéutica basándose en las tecnologías de la información y la telemática.

5.1.10. Historia Clínica Electrónica Unificada

Siete de las ocho estrategias analizadas reflejan la importancia de la Historia Clínica Electrónica Unificada para que todos los profesionales implicados en la labor asistencial compartan toda la información existente sobre el paciente facilitada por mecanismos de comunicación en tiempo real. Por otro lado, Navarra también incluye en la estrategia el desarrollo de la Historia Clínica Domiciliaria que deberá constar en el domicilio del paciente y ser accesible mediante la dotación progresiva de dispositivos móviles.

A lo largo de las diferentes estrategias se mencionan algunas herramientas, aplicaciones o recursos más siendo algunas de ellas particulares de la comunidad como por ejemplo las siguientes:

HERRAMIENTA O APLICACIÓN	ESTRATEGIA
Oficina para la Innovación en la Gestión de los Pacientes con Enfermedades Crónicas de la Agencia Valenciana de Salud	**Valencia**
Observatorio de Prácticas Innovadoras en el Manejo de Enfermedades Crónicas Complejas (OPIMEC)	**Andalucía**
Centro de Investigación para la Cronicidad Kronikgune	**País Vasco**
Oficina Virtual del PPAC	**Cataluña**

Fuente: elaboración propia

Finalmente, es necesario mencionar el IEMAC 1.0, herramienta utilizada para la autoevaluación de la implantación de modelos de gestión de la cronicidad por organizaciones sanitarias tanto a nivel macro (formulación de políticas y estrategias y asignación de recursos), como meso (gestión de organizaciones, centros y programas asistenciales) y micro (actividad clínica entre profesionales y pacientes). El cuestionario se estructura en las seis dimensiones del Chronic Care Model: organización del sistema de salud, salud comunitaria, modelo asistencial, autocuidado, apoyo en la toma de decisiones clínicas y sistemas de información.

5.2. ESTRATIFICACIÓN POBLACIONAL

En todas las estrategias se habla de la importancia de la estratificación poblacional pero unas lo hacen de forma más desarrollada y otras solo lo mencionan. La mayoría de ellas siguen de forma adaptada el modelo Kaiser Permanente con tres niveles de riesgo (alto, medio y bajo) y cada uno de ellos requerirá una oferta de servicios diferente, ajustadas a las características y necesidades de cada estrato.

En la Estrategia de **Andalucía** no se define cómo hacen la segmentación poblacional (sería gestión de casos) y, en **Murcia** y **Galicia**, solo mencionan que realizan la estratificación de los pacientes en función de la comorbilidad y complejidad dando lugar a tres niveles.

5.2.1. Comunidad de Madrid

La Comunidad de Madrid clasifica a la población en tres niveles de riesgo, siguiendo el modelo Kaiser Permanente:

- ✓ *Pacientes de riesgo bajo*: presentan patologías crónicas con condiciones en estadio bajo. El objetivo es ralentizar el progreso de la enfermedad y evitar que llegue a niveles superiores de riesgo. Para ello se apoya en la autogestión de la enfermedad y la educación de carácter preventivo y de hábitos saludables.
- ✓ *Pacientes de riesgo medio:* presentan una complejidad moderada. El objetivo es reducir la progresión mediante la planificación y gestión de la enfermedad que combine autogestión y cuidados profesionales.
- ✓ *Pacientes de riesgo alto*: presentan gran complejidad y frecuentemente comorbilidad. El objetivo es reducir las reagudizaciones y los ingresos hospitalarios por medio de la gestión integral del caso.

Para definir el modelo de atención a pacientes con enfermedades crónicas se recogieron numerosos elementos clave tomando como referencia modelos conceptuales internacionales y elementos desplegados de otras estrategias reuniéndose de esta forma 66 elementos. Estos elementos se presentaron a los profesionales participantes en la definición del modelo y se les pidió que definieran cuáles aplicar a nivel de riesgo bajo y/o medio y/o alto de paciente.

Además, el cuadernillo permitía añadir elementos si el profesional consideraba que debían formar parte del itinerario del paciente. Al final, se incorporaron por los profesionales 109 elementos, siendo finalmente un total de 175 elementos.

5.2.2. Castilla y León

Castilla y León segmenta a la población también según niveles de riesgo poniendo el foco de atención en los pacientes crónicos pluripatológicos. En cambio, en esta comunidad, para elaborar el modelo de clasificación de pacientes se han contemplado cuatro niveles, cuya categorización se realizará utilizando un sistema de análisis de la morbilidad mediante agrupadores CRG (*Clinical Risk Groups*), tomando como base la gravedad de la patología, la comorbilidad, el uso de los servicios sanitarios y la complejidad que pondera el consumo de recursos:

- ✓ G3: pacientes pluripatológicos severos
- ✓ G2: pacientes pluripatológicos estables o con una patología en estado avanzado
- ✓ G1: pacientes con una patología en estadio estable o inicial
- ✓ G0: personas sanas o con procesos agudos

5.2.3. Comunidad Foral de Navarra

La Estrategia de Navarra expone cómo ha llevado a cabo la primera segmentación. Para ella se creó una base de datos en la cual se integró la información más relevante existente en toda la red sanitaria correspondiente a cada uno de los ciudadanos con Tarjeta Sanitaria en Navarra o que hayan sido atendidos en Navarra a lo largo de un año. En dicha base de datos se ha logrado recopilar toda la información sobre el uso de los servicios sanitarios realizados tanto de Atención Primaria como de Especializada. En esta primera segmentación se han incluido también los principales diagnósticos vinculados a las patologías crónicas prioritarias, tanto los diagnósticos que constan en la Historia Clínica de Atención Primaria como los realizados en los distintos ingresos hospitalarios.

Se estableció una serie de criterios de validación tanto técnicos (propios de la lógica estadística) como de la organización (válidos para el ámbito al que se está aplicando). Una vez definidos y seleccionados lo criterios se comenzó con la extracción, auditoria y transformación de los datos seleccionados.

Posteriormente, a través de los datos existentes, se generaron nuevas variables de control necesarias para el estudio detallado de los segmentos. Una vez identificado el volumen de pacientes crónicos existente, se realizó un análisis de los mismos en función de su grado de descontrol y de su consumo de recursos.

5.2.4. País Vasco

La estratificación en el País Vasco permitirá, según indica en su estrategia, comenzar el cambio de mentalidad de un enfoque “paciente” a uno “poblacional” que considera al ciudadano más allá de episodios agudos incluyendo la prevención, la rehabilitación y los cuidados a medio plazo.

En esta comunidad se realizó un estudio de investigación, cuyo objetivo era establecer la validez de diferentes modelos para predecir el consumo de recursos sanitarios y categorizar a los ciudadanos en niveles según sus requerimientos de cuidados sanitarios en el futuro. Los modelos prospectivos que se analizaron incorporan variables demográficas, socioeconómicas, clínicas y relativas al uso previo de los servicios de salud. Para su desarrollo se realizó una utilización secundaria de información procedente de otras bases de datos, como son el CMBD de hospitales, la clasificación anual de pacientes de primaria en case-mix, agendas informatizadas de atención especializada, prescripciones del Departamento de Sanidad y datos del censo.

5.2.5. Cataluña

Basada en la información obtenida del documento operativo del Programa de Prevención y Atención a la Cronicidad de Cataluña se elaboraría una lista de pacientes con perfil de paciente crónico complejo basándose en los siguientes criterios: multimorbilidad, hospitalizaciones urgentes durante los últimos 12 meses, polimedicación y presencia de determinadas enfermedades crónicas. También se llevaría a cabo una prueba en diferentes territorios para la obtención del agrupador CGR con información de alta calidad. Se elaboraría una propuesta piloto de estratificación basándose en un modelo predictivo.

5.2.6 Comunidad Valenciana

En el Programa Valcrònic de Valencia se hace una estratificación en base al modelo CARS desarrollado por la Universidad Politécnica de Valencia. 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 cardíaca, diabetes, infarto de miocardio, ictus, EPOC y cáncer.
- ✓ Prescripción de 5 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.

Este modelo de estratificación poblacional ofrece solo dos niveles de riesgo: bajo y ato/medio. Por este motivo, es necesario que los médicos de Atención Primaria realicen una revisión del segmento de alto/medio riesgo para llevar a cabo una segunda clasificación que diferencia entre pacientes de alto y medio riesgo.

6. CONCLUSIONES / RECOMENDACIONES

Consideramos necesario realizar un breve comentario inicial acerca del notable esfuerzo que supone dar con todas las estrategias partiendo de cero en la búsqueda de las mismas, en ocasiones aun estando disponible en la página web del Sistema Sanitario de la comunidad correspondiente. El desconocimiento del nombre completo de la estrategia o bien de si se trata de un plan, programa o estrategia como tal supone un obstáculo a la hora de su localización.

Debemos reseñar la dificultad que ha supuesto la gran variabilidad en cuanto al formato de las estrategias e incluso el contenido a la hora de realizar el presente análisis.

Recomendaríamos una mayor disponibilidad de los documentos, incluyendo informes de evaluación, informes económicos, encuestas de satisfacción,…etc.

Algunas estrategias no indican los responsables de las mismas ni de los proyectos, bien sean departamentos, grupos o personas físicas, siendo en ocasiones un hallazgo casual el conocerlos. Recomendaríamos agregar dicha información dado que consideramos facilitaría el seguimiento y evaluación de la estrategia y los proyectos así como el establecimiento de redes.

Consideramos que la mayoría de las estrategias y sus proyectos son muy recientes y aún se encuentran en proceso de implementación, por lo que actualmente resulta complicado poder evaluar los resultados de las mismas.

Nos parece necesario indicar nuestra preocupación ante la posibilidad de que el desarrollo de determinadas herramientas pudiera generar más desigualdades en salud en población vulnerable. Por mencionar un ejemplo, sería interesante plantearse si cierto tipo de población podrá acceder a los recursos virtuales por falta de material o desconocimiento del manejo y facilitarles la formación y ayuda necesaria.

Hemos de reseñar finalmente que todas las estrategias se dirigen hacia una transformación del sistema a nuestro modo de ver necesaria y positiva dados los cambios demográficos y el peso adquirido por las patologías crónicas en las últimas décadas, pasando a ser eje coordinador la Atención Primaria, empoderando al paciente, con la integración de la atención, el desarrollo de las TIC y la coordinación sociosanitaria y entre actores de los diversos ámbitos asistenciales entre otros.

CHECKLIST

Análisis de la situación actual en la implementación de las estrategias de atención a la cronicidad en España

Datos generales

Nombre de la estrategia
Comunidad autónoma
Año de publicación
Vinculación orgánica
Persona de referencia o departamento y datos de contacto

Fuentes de información que utiliza para el análisis y desarrollo de la estrategia

	SÍ	NO
Encuesta de salud	☐	☐
Sistemas de información sanitaria (CMBD,…)	☐	☐
Sistemas de información estadísticas (INE, Eurostat,…)	☐	☐
Otras	☐	☐
Define cuáles:		

Análisis de la documentación del programa

	SÍ	NO
¿Realiza un análisis epidemiológico de las principales enfermedades crónicas?	☐	☐
¿Incorpora la perspectiva de desigualdades en salud en análisis del problema? Señale qué ejes de desigualdad se tienen en cuenta en la evaluación	☐	☐
Género	☐	☐
Etnia	☐	☐
Territorio	☐	☐
Clase social	☐	☐
Nivel educativo	☐	☐
Edad	☐	☐
Otros (señalar cuál):	☐	☐
¿Se han definido diferentes líneas estratégicas con objetivos y acciones a desarrollar para cada una de ellas?	☐	☐
¿Se ha establecido un plan de acción con cronograma?	☐	☐

¿Incorpora la perspectiva de desigualdades en salud en el plan de acción? Señale qué ejes de desigualdad se tienen en cuenta en el plan de acción	☐	☐
Género	☐	☐
Etnia	☐	☐
Territorio	☐	☐
Clase social	☐	☐
Nivel educativo	☐	☐
Edad	☐	☐
Otros (señalar cuál):	☐	☐
¿El documento incorpora acciones relacionadas con la promoción de la salud? Señale que ejes de trabajo se tienen en cuenta	☐	☐
Elaboración de políticas públicas favorables a la salud.	☐	☐
Fortalecimiento de la acción comunitaria.	☐	☐
Desarrollo de las habilidades personales.	☐	☐
Creación de entornos propicios a la salud.	☐	☐
Reorientación de los servicios de salud.	☐	☐
¿Se mencionan aspectos relacionados con "Salud en Todas las Políticas"?	☐	☐
¿Realiza una priorización de patologías?	☐	☐
¿Se incluye una política de comunicación y difusión de información explícita dentro de la estrategia?	☐	☐
¿Se incluyen de manera explícita los indicadores de evaluación del programa?	☐	☐

Evaluación del programa y resultados

	SÍ	NO
¿Han desarrollado algún tipo de informe de evaluación?	☐	☐
En caso afirmativo ¿Se cuantifica de alguna manera los logros alcanzados? ¿Cuáles han sido los principales logros?	☐	☐
¿Se dispone de algún tipo de evaluación de satisfacción en el programa? En caso afirmativo ¿Cuáles han sido los principales logros?	☐	☐
¿Han realizado algún tipo de evaluación económica del programa? En caso afirmativo, ¿Cuáles han sido los principales logros?	☐	☐
¿La estrategia dispone de publicaciones científicas que den soporte al desarrollo de la estrategia? (evaluaciones, ensayos clínicos, estudios epidemiológicos,…) En caso afirmativo, cita las principales referencias	☐	☐
¿La estrategia dispone de una asignación presupuestaria específica? En caso afirmativo, señala la cantidad total de asignación y las fuentes de financiación	☐	☐

Proyectos derivados de la implementación de la estrategia

Señala cuáles de los siguientes proyectos que vienen descritos a continuación se plantean como parte de la estrategia de atención a pacientes crónicos

	SÍ	NO
Observatorio de salud (Ej.: OBSA)	☐	☐
Plataforma digital de intercambio de información y conocimiento (Ej.: Opimec)	☐	☐
Desarrollo de aplicaciones tecnológicas En caso afirmativo. Indica cuáles	☐	☐
Estratificación poblacional En caso afirmativo señala si se plantea algún tipo de intervención específica en base a los resultados de la estratificación	☐	☐

Adjuntar enlaces a documentación que pueda ser de interés

- Documentos de la estrategia
- Informes de evaluación
- Aplicaciones

LÍNEAS ESTRATÉGICAS Y PROYECTOS POR COMUNIDADES AUTÓNOMAS

ANDALUCÍA

LÍNEAS ESTRATÉGICAS:

1. Prevención y promoción de salud
2. Autonomía y corresponsabilidad del paciente
3. Modelo de atención integral e integrada
4. Gestión poblacional
5. Orientación a resultados
6. Gestión del conocimiento

ESCENARIOS:

1. La comunidad
2. El paciente
3. Los profesionales
4. Las tecnologías de la información y comunicación
5. Espacio compartido

PROYECTOS PRIORITARIOS:

1. Asegurar el liderazgo de la atención primaria en la atención de los pacientes con enfermedades crónicas reforzando el protagonismo del equipo médico-enfermero de Atención Familiar y Comunitaria.
2. Consolidar el modelo de atención compartida entre atención primaria y hospitalaria.
3. Desarrollar un modelo de integración socio-sanitaria para responder a las necesidades de cuidados de las personas con problemas crónicos de salud.
4. Desarrollar el Plan en el marco de la gestión clínica.
5. Evaluar las intervenciones y los resultados en salud.
6. Afrontar los determinantes de la enfermedad crónica.
7. Promocionar el uso adecuado del medicamento.

CATALUÑA

LÍNEA DE ACTUACIÓN 2. Un sistema más orientado a los enfermos crónicos
(Plan de Salud de Cataluña 2011 – 2015)

PROYECTOS ESTRATÉGICOS:

2.1. Implantar procesos clínicos integrados para diez enfermedades
2.2. Potenciar los programas de protección y promoción de la salud y prevención de las enfermedades crónicas
2.3. Potenciar la autorresponsabilización de los pacientes y de los cuidadores con su salud y fomentar el autocuidado
2.4. Desarrollar alternativas asistenciales en el marco de un sistema integrado
2.5. Desplegar programas territoriales de atención a los pacientes crónicos complejos
2.6. Implantar programas de uso racional del medicamento

CASTILLA Y LEÓN
OBJETIVO ESTRATÉGICO 1: Asegurar la continuidad asistencial **Línea Estratégica 1. Integración asistencial** 1.1. Estratificación de la población/clasificación de pacientes 1.2. Diseño y desarrollo de los subprocesos clínicos integrados priorizados 1.3. Programa de prescripción y utilización adecuada de medicamentos **Línea Estratégica 2. Continuidad con la atención sociosanitaria** 2.1. Proceso de atención integrada en domicilio 2.2. Proceso de atención integrada en residencia 2.3. Programa de atención farmacéutica en el ámbito sociosanitario **Línea Estratégica 3. Adaptar la organización a las necesidades del paciente crónico** 3.1. Potenciación del papel de la atención primaria y aumento de su capacidad resolutiva 3.2. Definición de nuevas Unidades, competencias y roles: Unidades de Continuidad Asistencial (UCA),Unidades de Convalecencia Sociosanitaria (UCSS) y competencias avanzadas de enfermería
OBJETIVO ESTRATÉGICO 2: Potenciar la autonomía y la responsabilidad del paciente **Línea Estratégica 4. Autocuidado, corresponsabilidad y participación** 4.1. Programa de difusión de conocimientos de autocuidado en las enfermedades crónicas 4.2. Red de participación/colaboración con las asociaciones de pacientes y familiares 4.3. Plan de mejora de la adherencia y corresponsabilidad de los pacientes y de las personas cuidadoras en la utilización responsable de medicamentos 4.4. Programa de formación y capacitación de pacientes, familiares y cuidadores. **Línea Estratégica 5. Promoción de la salud y prevención de la enfermedad** 5.1. Programa de envejecimiento activo saludable 5.2. Programa de prevención de enfermedades crónicas 5.3. Prevención de nuevas enfermedades y complicaciones en pacientes crónicos
OBJETIVO ESTRATÉGICO 3: Innovación y gestión del conocimiento **Línea Estratégica 6. Tecnologías facilitadoras del cambio** 6.1. HCE (Historia Clínica Electrónica) integrada entre atención primaria y atención especializada 6.2. Gestión electrónica de la farmacoterapia (receta electrónica y otros) 6.3. Incorporación de información social en TSI 6.4. Telemedicina - Teleasistencia 6.5. Información social y sanitaria compartida **Línea Estratégica 7. Formación e investigación** 7.1. Desarrollo de acciones específicas de formación sobre el proceso 7.2. Impulso de la investigación e innovación en cronicidad 7.3. Plataforma compartida de formación y “mejores prácticas”

COMUNIDAD DE MADRID

LINEAS DE EJECUCIÓN:

1. Estratificación de la población y clasificación según su nivel de riesgo. Desarrollo de modelos predictivos.
2. Desarrollo de roles profesionales.
3. Desarrollo de la oferta de servicios específica, en Atención Primaria, para los distintos niveles de riesgo.
4. Desarrollo de rutas y procesos asistenciales integrados.
5. Desarrollo de herramientas informáticas de apoyo a pacientes y profesionales. Sistemas de ayuda al seguimiento de pacientes crónicos.
6. Desarrollo de elementos para mejorar la información, comunicación y educación de los pacientes y sus cuidadores, dirigido a mejorar su autocuidado.
7. Desarrollo de elementos para potenciar la coordinación sociosanitaria.
8. Formación continuada de los profesionales sanitarios en cronicidad.
9. Evaluación de la Estrategia y su impacto.

MURCIA

EJES ESTRATÉGICOS:

A) Los resultados en salud
B) La sostenibilidad del sistema/ gestión del conocimiento
C) Atención a la cronicidad
D) Procesos asistenciales

PROYECTOS ESTRATÉGICOS:

1. Modelo Europeo de Excelencia (EFQM)
2. Atención a pacientes con enfermedades crónicas /Atención Primaria
3. Contrato de gestión
4. Áreas de salud
5. Gestión clínica
6. Recursos humanos
7. Cartera de Servicios /Redes de Servicios Asistenciales
8. Continuidad de la atención
9. Monitorización de resultados
10. Variabilidad de la práctica clínica
11. Seguridad del paciente
12. Medicamentos
13. Priorización de demoras
14. Proveedores externos
15. Evaluación de las tecnologías sanitarias
16. Historia Clínica Electrónica
17. Gestión del conocimiento
18. Plan de comunicación
19. Código de buen Gobierno

COMUNIDAD FORAL DE NAVARRA
LÍNEA ESTRATÉGICA 1: Estratificar la población indicando perfiles de pacientes con necesidades homogéneas (Modelo de Segmentación) 1.1. Segmentación de la población por grupos homogéneos de necesidades. 1.2. Sistemas para la identificación inequívoca de pacientes severos. 1.3. Sistemas de predicción de riesgo de descompensación. 1.4. Establecer sistemas de ponderación de la carga epidemiológica para una mejor asignación poblacional de recursos
LÍNEA ESTRATÉGICA 2: Garantizar la continuidad e integridad de la atención a todos los crónicos y en particular a los severos (Modelo funcional de atención) 2.1. Definir los atributos de calidad y garantías generales del modelo de atención preactivo. 2.2. Establecer los requisitos específicos de atención continuada a los pacientes crónicos severos. 2.3. Establecer los requisitos específicos en materia de cuidados paliativos de pacientes crónicos. 2.4. Establecer los requisitos específicos en materia de comorbilidad mental. 2.5. Establecer los requisitos específicos en materia de mejora de la capacidad funcional a los pacientes crónicos severos
LÍNEA ESTRATÉGICA 3: Desarrollar planes operativos con patrones de atención integrada en los perfiles de pacientes priorizados (Modelo de patrones de atención) 3.1. Definir objetivos de resultados para los perfiles de pacientes priorizados. 3.2. Definir patrones de atención por cada perfil de pacientes priorizado. 3.3. Definir planes operativos para los patrones de atención definidos. 3.4. Análisis y nacionalización del patrón de medicación de cada perfil.
LINEA ESTRATÉGICA 4: Adaptar el modelo organizativo a los requerimientos de calidad de atención a crónicos (Modelo Organizativo) 4.1. Adecuar los funciones y responsabilidades 4.2. Definir e implantar los servicios, circuitos y procedimientos generales para la mejora de la continuidad e integralidad de la atención 4.3. Definir e implantar los servicios y circuitos específicos requeridos por el paciente pluripatológico 4.4. Definir e implantar los servicios y circuitos específicos requeridos por el paciente crónico con deterioro cognitivo 4.5. Definir e implantar los servicios y circuitos específicos requeridos por el resto de perfiles priorizados 4.6. Desarrollar los servicios sanitarios necesarios para la rehabilitación y mejora de la capacidad funcional de los pacientes 4.7. Desarrollar los servicios sociosanitarios relacionados con la cronicidad en coordinación con el Departamento de políticas sociales para garantizar el modelo de atención proactiva a los pacientes dependientes e institucionalizados 4.8. Establecer los circuitos y procedimientos para garantizar la seguridad de la atención y la conciliación de la medicación

LÍNEA ESTRATÉGICA 5: Promover el autocuidado y garantizar la atención al cuidador (Modelo de autocuidados) 5.1. Capacitación del paciente en autocuidados 5.2. Puesta en marcha de la acción "Paciente experto" 5.3. Estrategia de Intervención comunitaria 5.4. Promoción de estrategias de autoayuda 5.5. Capacitación, apoyo y atención a los cuidadores
LÍNEA ESTRATÉGICA 6: Desarrollar tecnologías y sistemas compartidos de información y comunicación (Modelo tecnológico) 6.1. Definición de la arquitectura tecnológica 6.2. Nuevo sistema de inteligencia sanitaria para la segmentación y evaluación 6.3. Herramienta para la gestión de patrones y planes 6.4. Adaptación provisional de episodios de crónicos compartidos 6.5. Panel de Control y Cuadros de Mando Multipaciente 6.6. Modelo definitivo de Historia Clínica única y compartida 6.7. Desarrollo pleno de la Receta Electrónica 6.8. Sistemas expertos de ayuda a la prescripción, a la codificación y clasificación de severidad, …etc. 6.9. Portal y Carpeta Personal de Salud 6.10. Plataforma colaborativa interprofesional 6.11. Servicios de teleasistencia 6.12. Aplicativo de apoyo al Consejo Telefónico 6.13. Plataforma de interoperabilidad
LÍNEA ESTRATÉGICA 7: Garantizar la formación y promover la investigación e innovación en el ámbito de la cronicidad (Modelo de formación e innovación) 7.1. Formación plurianual por competencias 7.2. Investigación en cronicidad 7.3. Plataforma colaborativa de innovación y gestión del conocimiento
LÍNEA ESTRATÉGICA 8: Desarrollar un modelo colaborativo para el Gobierno y gestión del cambio (Modelo de Gobierno) 8.1. Plan de comunicación (interno y externo) 8.2. Responsabilidades de gobierno y liderazgo clínico de la Estrategia 8.3. Órganos técnicos y de participación 8.4. Adaptación marco normativo 8.5. Selección centros de excelencia demostradores de la estrategia 8.6. Pactos de gestión Clínica de ámbito poblacional. Mecanismos de incentivación 8.7. Desarrollo de un nuevo modelo de financiación

PAÍS VASCO
POLÍTICA I: Enfoque de salud poblacional estratificado 1. Proyecto Estratégico de Estratificación
POLÍTICA II: Promoción y prevención de enfermedades crónicas 2. Proyecto Intervenciones de prevención y promoción sobre los principales factores de riesgo
POLÍTICA III: Responsabilidad y autonomía del paciente 3. Proyecto Autocuidado y educación al paciente 4. Proyecto Creación de una Red de Pacientes Activados y Conectados a través de la adopción de nuevas tecnologías Web 2.0 por las Asociaciones de Pacientes crónicos
POLÍTICA IV: Continuo asistencial para el enfermo crónico 5. Proyecto Historia Clínica Unificada: Osabide Global 6. Atención clínica integrada 7. Desarrollo de hospitales de subagudos 8. Definición e implementación de competencias avanzadas de enfermería 9. Colaboración Sociosanitaria 10. Financiación y Contratación
POLÍTICA V: Intervenciones eficientes adaptadas a las necesidades del paciente 11. OSAREAN: Centro de Servicios de Salud Multicanal 12. Desarrollo de la farmacia y la receta electrónica 13. Creación del Centro de Investigación para la Cronicidad 14. Innovación desde los profesionales clínicos (común a todas las políticas)

COMUNIDAD VALENCIANA
EJE ESTRATÉGICO 1: Transformar la organización 1.1. Planes y estrategias 1.2. Oficina para la Innovación de la Gestión de los Pacientes con Enfermedades Crónicas 1.3. Segmentación en niveles de riesgo 1.4. Sistemas de Información 1.5. Proyecto Valcrònic
EJE ESTRATÉGICO 2: Implicar a los profesionales 2.1. Integración y Continuidad Asistencial 2.2. Competencias Profesionales 2.3. Herramientas de apoyo profesional 2.4. Objetivos para los profesionales 2.5. Formación 2.6. Investigación 2.7. Difusión de las experiencias
EJE ESTRATÉGICO 3: Implicar al ciudadano 3.1. Modelo de atención centrado en el paciente 3.2. Capacitación de pacientes y cuidadores 3.3. Desarrollar el entorno social del paciente 3.4. Responsabilizarse cada paciente de su salud

BIBLIOGRAFÍA SELECCIONADA

Departamento de Sanidad y Consumo del País Vasco. Estrategia para afrontar el reto de la cronicidad en Euskadi [Internet]. Bilbao: Departamento de Sanidad y Consumo del País Vasco; 2010. Disponible en: http://www.osakidetza.euskadi.net/r85-gkgnrl00/es/contenidos/informacion/documentos_cronicos/es_cronic/adjuntos/EstrategiaCronicidad.pdf

Consejería de Salud de la Junta de Andalucía. Plan Andaluz de Atención Integrada a Pacientes con Enfermedades Crónicas 2012-2016 [Internet]. Andalucía: Consejería de Salud de la Junta de Andalucía; 2012. Disponible en: http://www.opimec.org/media/files/Plan_Andaluz_Enfermedades_Cronicas_2012-2016_V03.pdf

Departamento de Salud de la Generalitat de Catalunya. Programa de Prevenció y Atenció a la Cronicitat, Document Conceptual [Internet]. Barcelona: Departamento de Salud de la Generalitat de Catalunya; 2012. Disponible en: http://www20.gencat.cat/docs/salut/Home/Ambits%20tematics/Linies%20dactuacio/Model_assistencial/Atencio_al_malalt_cronic/documents/arxius/562conceptual.pdf

Departamento de Salud de la Generalitat de Catalunya. Programa de Prevenció y Atenció a la Cronicitat, Document Operatiu [Internet]. Barcelona: Departamento de Salud de la Generalitat de Catalunya; 2012. Disponible en: http://www20.gencat.cat/docs/salut/Home/Ambits%20tematics/Linies%20dactuacio/Model_assistencial/Atencio_al_malalt_cronic/documents/arxius/563operatiu.pdf

Departamento de Salud de la Generalitat de Catalunya. Plan de Salud de Cataluña 2011 – 2015 [Internet]. Barcelona: Departamento de Salud de la Generalitat de Catalunya; 2012. Disponible en: http://www20.gencat.cat/docs/salut/Home/El%20Departament/Pla_de_Salut_2011_2015/documents/arxius/plan%20de%20salud%20Catalunya_es.pdf

Consejería de Sanidad de la Generalitat Valenciana. Plan de atención a pacientes con enfermedades crónicas de la Comunidad Valenciana [Internet]. Valencia: Consejería de Sanidad; 2012. Disponible en: http://iv.congresocronicos.org/documentos/plan-de-atencion-pacientes-cronicos-valencia.pdf

Consejería de Sanidad de la Junta de Castilla y León. Estrategia de Atención al Paciente Crónico en Castilla y León [Internet]. Castilla y León: Consejería de Sanidad; 2013. Disponible en: http://www.saludcastillayleon.es/institucion/es/planes-estrategias/estrategia-atencion-paciente-cronico-castilla-leon

Consejería de Sanidad y Política Social. Estrategia para la Atención a la Cronicidad 2013-2015. Murcia: Consejería de Sanidad y Política Social; 2013.

Departamento de Salud del Gobierno de Navarra. Estrategia Navarra de atención integrada a pacientes crónicos y patológicos [Internet]. Comunidad Foral de Navarra: Departamento de Salud del Gobierno de Navarra; 2013. Disponible en: http://www.navarra.es/home_es/Temas/Portal+de+la+Salud/Ciudadania/Nuevo+modelo+asistencial/Estrategia+navarra+de+atencion+integrada+a+pacientes+cronicos+y+pluripatologicos/

Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid. Estrategia de Atención a Pacientes con Enfermedades Crónicas en la Comunidad de Madrid [Internet]. Madrid: Consejería de Sanidad; 2013. Disponible en: http://www.madrid.org/cs/Satellite?blobcol=urldata&blobheader=application%2Fpdf&blobheadername1=Content-disposition&blobheadername2=cadena&blobheadervalue1=filename%3D140326+PRESENTACI%C3%93N+ESTRATEGIA+CR%C3%93NICOS.pdf&blobheadervalue2=language%3Des%26site%3DPMAY&blobkey=id&blobtable=MungoBlobs&blobwhere=1352847372204&ssbinary=true

Departamento de Sanidad y Consumo del País Vasco. Compartiendo el Avance de la Estrategia de Cronicidad. Evolución de los proyectos 2010 – 2012 [Internet]. País Vasco: Departamento de Sanidad y Consumo; 2012. Disponible en: http://www.osakidetza.euskadi.net/r85-cknoti03/es/contenidos/informacion/documentos_cronicos/es_cronic/adjuntos/CRONICIDAD_MARCADORES.pdf

Departamento de Sanidad y Consumo del País Vasco. Informe sobre la evolución de los proyectos de la estrategia de cronicidad 2009 -2011 [Internet]. País Vasco: Departamento de Sanidad y Consumo; 2009. Disponible en: http://www.osakidetza.euskadi.net/r85-gkgnrl00/es/contenidos/informacion/documentos_cronicos/es_cronic/adjuntos/informe-castellano.pdf

Departamento de Sanidad y Consumo del País Vasco. País Vasco: transformando el Sistema de Salud 2009 – 2012 [Internet]. País Vasco: Departamento de Sanidad y Consumo; 2009. Disponible en: http://www.osakidetza.euskadi.net/r85-skprin01/es/contenidos/informacion/principios_programaticos/es_sanidad/adjuntos/transformando_sistema_salud.pdf

Departamento de Salud de la Generalitat de Catalunya. El sistema de salud de Catalunya en procés de canvi. Balanç del Pla de salud 2011 – 2015 a meitat de període [Internet]. Barcelona: Departamento de Salud de la Generalitat de Catalunya; 2013. Disponible en: http://www20.gencat.cat/docs/salut/Home/El%20Departament/Pla_de_Salut/3a_jornada_Pla_de_Salut/Documents/balanc_pladesalut_2013.pdf

Ollero Baturone M, Orozco Beltrán D, Domingo Rico C, Román Sánchez P, López Soto A, Melguizo Jiménez M, et al. Documento de consenso Atención al Paciente con Enfermedades Crónicas. Madrid: Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI), Barcelona: Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria (semFYC); 2011. Disponible en: http://www.opimec.org/media/files/Enfermedades_Crnicas_V02.pdf

Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la situación mundial de las enfermedades no transmisibles 2010 [Internet]. OMS; 2011. Disponible en: http://www.who.int/nmh/publications/ncd_report2010/es/

Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad del Gobierno de España. Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad en el Sistema Nacional de Salud [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2012. Disponible en: http://www.asturias.es/Astursalud/Ficheros/AS_Salud%20Publica/AS_Promocion%20de%20la%20Salud/Participaci%C3%B3n%20ciudadana/III%20Jornadas%20de%20Participaci%C3%B3n%20Ciudadana%20y%20Actividades%20Comunitarias/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 [Internet]. Madrid: Dirección General de Salud Pública y Sanidad Exterior. Ministerio de Sanidad y Política Social; 2010. Disponible en: http://www.mspsi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/desigualdadSalud/docs/Propuesta_Politicas_Reducir_Desigualdades.pdf

Aldasoro E, Sanz E, Bacigalupe A, Esnaola S, Calderón C, Cambra K et al. Avanzando en la evaluación del impacto en la salud: análisis de las políticas públicas sectoriales del Gobierno Vasco como paso previo a la fase de cribado sistemático. Gac Sanit [revista en la Internet]. 2012 Feb [citado 2014 Jun 01]; 26(1): 83-90. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112012000100016&lng=es.

Nuño R, Sauto R, Toro N. Experiencias de integración asistencial en el Sistema Nacional de Salud de España. Int J Integr Care. 2012 Apr-Jun; 12(Suppl2): e35. Disponible en: http://www.ijic.org/index.php/ijic/article/view/881/1598

Orueta JF, Mateos Del Pino M, Barrio Beraza I, Nuño Solinis R, Cuadrado Zubizarreta M, Sola Sarabia C. Estratificación de la población en el País Vasco: resultados en el primer año de implantación. Aten Primaria. 2013; 45:54-60. Disponible en: http://zl.elsevier.es/es/revista/atencion-primaria-27/estratificacion-poblacion-pais-vasco-resultados-primer-a%C3%B1o-90185336-articulo-especial-2013?bd=1

Observatorio de Prácticas Innovadoras en el Manejo de Enfermedades Crónicas Complejas (OPIMEC) [Internet]. Andalucía: Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales. Disponible en: www.opimec.org

Instituto Vasco de Información Sanitaria O + Berri [Internet]. País Vasco: Fundación Vasca de la Innovación e Investigación Sanitaria. Disponible en: http://oberri.bioef.org/

Centro de Investigación para la Cronicidad Kronikgune [Internet]. País Vasco: Departamento de Salud del País Vasco, Osakidetza, Fundación Vasca de la Innovación e Investigación Sanitaria-BIOEF. Disponible en: www.kronikgune.org

Instrumento de Evaluación de modelos de atención ante la cronicidad IEMAC 1.0 [Internet] Disponible en: http://www.iemac.org/