

Plan Director

de Atención a la Cronicidad en un Modelo de Integración Asistencial 2014-2017



Plan Director

de **Atención a la Cronicidad** en un
Modelo de Integración Asistencial 2014-2017



Edita: SESCAM Servicio de Salud de Castilla-La Mancha
Depósito Legal: TO 428-2015

La presente publicación ha sido posible gracias a la colaboración de la compañía farmacéutica JANSSEN-CILAG, S.A.



Presentación

Los servicios de salud han puesto tradicionalmente el acento en la atención de las necesidades asistenciales propias de los procesos agudos. La prevalencia cada vez mayor de enfermedades crónicas, en cualquier edad, junto con el envejecimiento progresivo de la población, obliga a considerar con la importancia que ya tiene, y que tendrá más en el futuro, este **nuevo patrón de necesidad que resumimos bajo el término "cronicidad"**. Durante los tres últimos ejercicios se ha hecho un gran y generoso esfuerzo para contener el gasto no necesario, para pagar las deudas heredadas y para generar el embrión de un nuevo modo de hacer y de autorregular el Sistema Sanitario sin perder sus fundamentos de gratuidad, equidad, universalidad, cartera de servicios amplísima, financiación pública y **gestión** de recursos eficaz, eficiente y efectiva, **que es necesario alinear con el nuevo patrón de necesidades**.

El desarrollo de la tecnología aplicada tanto a los nuevos métodos de diagnóstico como de tratamiento de las enfermedades (ej. Generalización de la ecografía, nuevas técnicas de imagen, análisis genómico, cirugía con procedimientos atraumáticos y ultraprecisos, endoprótesis de múltiples tipos que "viven-con y en" el paciente de por vida mejorando su bienestar, ubicuidad de "la web" como nuevo entorno donde hacer transac-

ciones saludables, etc.) así como a la generación de conocimiento sobre los datos digitalizados, permite diseñar una organización cualitativamente diferente en servicios y cuantitativamente mucho más eficiente.

Mientras reformábamos nuestra Sanidad, además de atender la demanda cotidiana, más de 400 profesionales de la Consejería de Sanidad y Asuntos Sociales de Castilla-La Mancha han participado en el desarrollo de este **"Plan Director de Atención a la Cronicidad en un Modelo de Integración Asistencial"**. Con él se pretende llevar a cabo una transformación profunda y duradera que haga sostenible el Sistema Sanitario actual a la vez que ajustado a esos fundamentos. Ha sido un **trabajo multidisciplinar e intersectorial**, que si bien ha tenido su núcleo en el SESCAM, ha incluido a profesionales que pertenecen, entre otras, al Área Social, Educativa, de Deportes o de Telecomunicaciones entre otras.

El Plan está fundamentado en:

- Desarrollar una **visión integral y longitudinal de los servicios que recibe el ciudadano** tanto en los dispositivos sanitarios como de asistencia social, urgentes como no urgentes, institucionalizados como ambulatorios, que se concreta en la definición de un Plan de Atención Personalizado para cada paciente.

- **Fomentar el autocuidado, la capacitación y corresponsabilidad de los pacientes y sus cuidadores** de forma que se hagan co-responsables del manejo de su enfermedad.
- Trasformar una atención fundamentalmente reactiva y a demanda, en un **modelo proactivo, centrado en el ciudadano**, en el que se identifica a la persona que requiere una actuación sanitaria, aun no estando enferma.
- Normalizar los **procesos de atención** al pluri-patológico con plurimedicación.
- **Generar nuevos servicios** ahora posibles, que hagan un uso extensivo, seguro y privado de lo "tele": "tele-asistencia", "tele-diagnóstico", "tele-cuidado", "tele-autonomía", "tele-monitorización".
- Generar nuevos procesos de retroalimentación que ayuden a **decidir en tiempo real** sobre la mejor evidencia disponible, tanto en cada una de las prescripciones individuales, como en el gobierno de los sistemas.

El Plan se apoya en los siguientes instrumentos:

- **Enfoque de salud poblacional.** Se parte de una estratificación de la población de Castilla-La Mancha en la que se definen, además de la población sana, "capas" de pacientes según su "patrón de cronicidad": de baja complejidad; complejos; de alta; y de muy alta complejidad. El reto se establece en permanecer la

mayor parte del tiempo en el escalón de menor complejidad.

- **Continuidad asistencial entre todos los dispositivos.** Ello implica la articulación de datos, personas, circuitos organizativos y tecnologías de la información, de forma que se permita mantener una atención coordinada del paciente en sus transiciones entre los tradicionales niveles asistenciales (Atención Primaria, Especializada, Socio-sanitaria), priorizando los tiempos de respuesta en función de sus necesidades.
- Desarrollo de unos **nuevos y más potentes sistemas de información**, que respondan a nuevos requisitos como: acceso del paciente a su información de salud desde cualquier lugar y en cualquier momento, sistemas de apoyo para la toma de decisiones, lo que incluye la posibilidad de consulta no presencial; gestión clínica basada en sistemas de información, monitorización de resultados; trasladar información de forma segura sin mover a la persona, etc.
- **Potenciación del papel de la Atención Primaria** como ámbito en el que transcurre la mayor parte del tiempo del paciente y con refuerzo de un nuevo papel para enfermería como consultor del paciente y del cuidador, y como gestor de las transiciones del paciente entre niveles asistenciales.



- Desarrollar nuevas infraestructuras, especialmente en el área de sistemas de información, para llevar a cabo esta **unificación de la historia clínica social y sanitaria de cada individuo**.

Este Plan Director integra todos estos fundamentos e instrumentos y define **12 grandes líneas estratégicas** a desarrollar en **19 proyectos** y **44 subproyectos** armonizados en un mapa estratégico que está **asociado a un conjunto de indica-**

dores clave. De esta forma se ordena una acción sinérgica y coherente a lo largo de su desarrollo.

Con su implantación se garantiza una nueva dedicación de recursos a tareas de mayor valor, una permanencia de los enfermos en el menor nivel de complejidad y con todo ello se contribuye de una forma sustancial a la sostenibilidad y autorregulación del sistema sanitario actual, sin perder en su cartera de servicios y en su universalidad ajustada a una financiación posible.

José Ignacio Echániz Salgado
Consejero de Sanidad y Asuntos Sociales de Castilla-La Mancha



Introducción

Uno de los principales retos de futuro del Servicio de Salud de Castilla-La Mancha es adaptar la organización a las necesidades de nuestros pacientes que cada vez más necesitan ser tratados y cuidados de enfermedades con las que conviven en el tiempo.

La organización sanitaria necesita igualmente dotarse de mecanismos para facilitar que nuestros profesionales compartan información y criterios. Además, el trabajo en equipo en la atención se hace plenamente necesario. Médicos, enfermeros y trabajadores sociales de Atención Primaria y Hospitalaria pueden generar mejores resultados si trabajan juntos y suman esfuerzos que si lo hacen de forma independiente.

Además, nuestros pacientes pueden y quieren asumir un papel mucho más activo en su enfermedad. En vez de ser meros receptores de decisiones asistenciales, quieren ser protagonistas de las mismas, bien asesorados por sus profesionales sanitarios. Esto supone esfuerzos en formación y un cambio en la organización sanitaria para conseguir que el paciente y sus cuidadores estén siempre en el centro del sistema.

La atención sanitaria en este entorno ha de prestarse si cabe desde un enfoque más orientado a la prevención, tratando de promocionar hábitos de

vida saludables, y trabajando con el paciente para evitar o retrasar el progreso de la enfermedad una vez esta aparece.

Las tecnologías de la información son una gran ayuda para lograr la transversalidad en la atención y la colaboración efectiva entre profesionales. Tenemos que aportar las herramientas necesarias para que pacientes y profesionales tengan acceso a la información necesaria para el correcto abordaje de los problemas de salud de los ciudadanos.

Así, las tradicionales barreras organizativas entre niveles asistenciales o entre organizaciones sociales y sanitarias, pierden sentido cuando lo que necesitamos es trabajo en equipo, complementariedad de conocimientos, y una visión transversal en la atención.

Cambios organizativos y aportaciones tecnológicas son importantes, pero lo realmente fundamental es la aportación humana a la atención tanto de profesionales como de pacientes. Es de agradecer el valiosísimo trabajo realizado por más de 400 profesionales del Servicio de Salud para hacer posible este documento, y la ilusión, el conocimiento y el buen hacer que han aportado para hacer posible este Plan. Muchas gracias a todos, y seguimos contando con vosotros para hacer posible la plena implantación de esta iniciativa.

Luis Carretero Alcántara

Gerente del Servicio de Salud de Castilla-La Mancha



Índice

1 Situación actual del modelo de atención: una oportunidad para Castilla-La Mancha.....	13
2. La identificación del paciente crónico en Castilla-La Mancha: una realidad compleja y un reto	21
2.1. Evolución del perfil del crónico en Castilla-La Mancha	21
2.2. El origen de la complejidad: el paciente crónico con comorbilidad	35
2.3. Efectos de las enfermedades crónicas en el Sistema de Salud de Castilla-La Mancha	39
3 La oportunidad de un cambio del modelo asistencial de Castilla-La Mancha	49
3.1. Necesidades de mejora del modelo actual	49
3.2. Crónicos: problemática común en los países desarrollados.....	53
3.3. Un nuevo modelo asistencial para Castilla-La Mancha.....	58
4 El impulso a un nuevo modelo asistencial en prevención y atención a la cronicidad	67
4.1. Bases del Plan Director: Balanced Scorecard y procesos normalizados	67
4.2. Misión, Visión y principios que inspiran el Plan Director	70
4.3. Proceso normalizado de valoración y atención a la cronicidad para toda Castilla-La Mancha	74
4.4. Líneas estratégicas y palancas de transformación del modelo asistencial	83
5 De la estrategia a la realidad.....	117
5.1. Evaluación: la monitorización, clave para la mejora continua	117
5.2. Hoja de ruta del despliegue	126
5.3. Comunicación y difusión: herramienta para impulsar una adecuada implantación del nuevo modelo	129
6 Anexos.....	133
6.1. Índice de figuras.....	133
6.2. Siglas y acrónimos	135
6.3. Referencias bibliográficas	136
6.4. Metodología y participantes en el desarrollo del Plan Director	141



1 Situación actual del modelo de atención: una oportunidad para Castilla-La Mancha

El modelo actual de atención sanitaria en Castilla-La Mancha, en línea con lo que ocurre tanto a nivel nacional como en los países desarrollados, se encuentra enfocado a resolver de una manera precisa los procesos agudos, lo que ha derivado en el desarrollo de sistemas sanitarios altamente fragmentados, donde los niveles asistenciales (Atención Primaria y Atención Especializada) no estaban adecuadamente integrados para atender al paciente, ni se encontraban suficientemente coordinados con los Servicios Sociales. Sin embargo, en los últimos años se ha producido un giro en las necesidades asistenciales, donde gran parte de los esfuerzos en términos de dedicación profesional y consumo de recursos asistenciales y económicos pasan a tener su origen en la atención a un **perfil emergente de paciente: las personas con enfermedades crónicas**.

Los equipos de gobierno responsables de la gestión de los sistemas sanitarios en España, a nivel autonómico y nacional, y en los países más avanzados están definiendo y poniendo en práctica **modelos específicos de atención**

para este tipo de enfermedades. En España, bajo el paraguas del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, se ha definido la Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad en el Sistema Nacional de Salud. Publicada en 2012, sienta las bases sobre las que debe pivotar una atención eficaz y de calidad a los pacientes con enfermedades crónicas. En este marco de trabajo, destacan los avances realizados por Comunidades Autónomas como Andalucía, Castilla y León, Comunidad Valenciana y el País Vasco. Todas ellas han presentado estrategias para el abordaje de la cronicidad, afianzando la tendencia hacia nuevas formas de atención sanitaria en nuestro país.

Para Castilla-La Mancha, la **definición de un nuevo modelo de atención sanitaria** supone al mismo tiempo una necesidad frente a la crisis en la que se encuentra inmerso el actual modelo y una oportunidad, puesto que permite definir las claves para construir el sistema de atención sanitaria integrada de nuestra Comunidad Autónoma, que estará vigente durante los próximos años.

Castilla-La Mancha tiene una serie de características específicas respecto a otros ámbitos geográficos que hacen necesario el dise-

En los últimos años se ha producido un giro en las necesidades asistenciales con origen en un perfil emergente de paciente: las personas con enfermedades crónicas

ño de un modelo adaptado a su realidad. En primer lugar en ella reside una población con un **sobre-envejecimiento** muy por encima de la media nacional, a lo que hay que sumar que es una de las regiones de Europa con mayor **grado de dispersión y eminentemente rural**, lo que hace que la **accesibilidad de los recursos** y su organización sea un elemento clave a la hora de diseñar el nuevo modelo de atención al crónico.

Este nuevo modelo de atención a crónicos de Castilla-La Mancha busca la evolución desde el modelo actual en el que la asistencia se presta de forma reactiva a un **modelo proactivo**. En el primero, el sistema se activa con el acceso del paciente y bajo su iniciativa, y se dimensionan los recursos necesarios en base a la demanda esperada de atención según frecuencias estándar de procesos agudos. Mientras que el objetivo del nuevo modelo es evolucionar el sistema hacia una asistencia proactiva, identificando a las personas que necesitan de una actuación sanitaria, incluso antes de que hayan desarrollado ninguna patología, captarlas e incorporarlas a un proceso formativo, en el caso de personas sanas con factores de riesgo, o a un proceso asistencial normalizado, en el caso de personas que hayan desarrollado una o más patologías crónicas. En este último

caso, el proceso contempla la capacitación del paciente y/o su cuidador en el control de la o las patologías crónicas y la ordenación de los medios asistenciales disponibles (los recursos, los profesionales, ...) en función de las necesidades clínico-asistenciales, de cuidados y sociales de los individuos.

Aunque el objetivo final a medio-largo plazo es la transformación hacia un modelo integrado asistencial y su extensión a toda la población de Castilla-La Mancha, con independencia de si se trata de pacientes crónicos o no, se ha optado por tomar como punto de partida un conjunto de patologías crónicas y comorbilidades previamente seleccionadas, por ser las de mayor prevalencia entre los ciudadanos de nuestra Comunidad Autónoma y, por tanto, las que ocasionan mayor coste y nivel de frecuentación asistencial entre los pacientes.

El alcance del Plan Director comprende, tanto la **promoción de la salud y la prevención**, con el objetivo claro de mejorar en la medida de lo posible la esperanza de vida en buena salud de la población de Castilla-La Mancha, retrasando la aparición de patologías crónicas, **como la atención integral, multidisciplinar y longitudinal** de población ya enferma, con el objetivo de retrasar la evolución natural de la enfermedad y la aparición de complicaciones que empeoren la calidad de vida de los pacientes.



Es común el encontrar diferentes conceptos del paciente crónico. En Castilla-La Mancha nos hemos decantado por focalizar el presente Plan Director en el paciente con una enfermedad de larga duración (más de 6 meses), cuyo fin o duración no puede prevverse o no ocurrirá nunca. La complejidad de la atención a este tipo de pacientes reside en que, a diferencia del paciente agudo, el crónico requiere de continuos cuidados asistenciales durante todo el período que dure la patología, además, en muchos de estos pacientes confluyen **dos o más enfermedades** al mismo tiempo, que son origen de distintas **comorbilidades**, lo que complica su atención, produciéndose situaciones cambiantes que requieren la utilización ordenada de los recursos asistenciales, combinados en muchos casos con los del ámbito socio-sanitario.

A pesar de que en la mayoría de los casos los procesos crónicos recaen en personas de avanzada edad, cada vez es más común la aparición de la enfermedad crónica en pacientes jóvenes. No se debe apartar el foco, por tanto, de este perfil de paciente crónico, en el que debido a su temprana edad, el sistema sanitario cuenta con un margen mayor de actuación y una mayor seguridad de obtener importantes resultados en cuanto su calidad de vida.

Teniendo en cuenta lo anterior, el Plan Director de Atención a la Cronicidad en un Modelo de Integración Asistencial se va a apoyar en los siguientes **pilares** que han guiado de manera fundamental su desarrollo:

- Enfoque de salud poblacional, tomando como punto de partida una estratificación de la población de Castilla-La Mancha en la que se definen, aparte de la población sana, tres grupos de pacientes crónicos en función del grado de cronicidad (pacientes crónicos baja complejidad; pacientes crónicos complejos; pacientes crónicos de alta complejidad). A partir de esta estratificación, se organizará la asistencia de una manera ajustada a las necesidades clínico-asistenciales, de cuidados y sociales de los individuos.
- Identificación de los pacientes diana a partir de una segmentación de los mismos, para su incorporación al proceso de atención.
- Sistemática de atención normalizada, en la que se estandariza la valoración y se personaliza el plan de actuación.
- Enfoque a procesos, desarrollados tanto para patologías concretas como para el abordaje de comorbilidades.
- Continuidad asistencial, que incluye la articulación de datos, personas, circuitos



organizativos y tecnologías de la información, de forma que se permita mantener una atención coordinada del paciente en sus transiciones entre los niveles asistenciales, priorizando los tiempos de respuesta en función de sus necesidades.

- Fomento del autocuidado y la capacitación de los pacientes y sus cuidadores de forma que se hagan co-responsables del manejo de su enfermedad, buscando establecer alianzas con el paciente y su cuidador, facilitando la toma de decisiones en el manejo de su patología y en la utilización adecuada de los recursos. De esta manera se evitarán desestabilizaciones o agudizaciones controlables en base al estilo de vida del paciente.
- Los sistemas de información se constituyen como una herramienta de apoyo para una prestación más eficaz y eficiente del servicio a los ciudadanos. Además, estos sistemas facilitan al paciente el acceso a la información, como apoyo a la toma de decisiones, lo que incluye la posibilidad de consulta no presencial. La tecnología servirá como soporte de un flujo de trabajo e información compartida en el proceso de atención, desde el registro de datos hasta la historia clínica electrónica.

No sólo la organización ha de ajustarse al nuevo modelo, también los profesionales

han de evolucionar para adecuar su capacitación y sus conocimientos a las nuevas formas de trabajo y de relación con los pacientes. Así es clave potenciar la **figura de las enfermeras** en Atención Primaria, para convertir las en verdaderos referentes de los pacientes crónicos, de forma que sean el enlace entre las necesidades del paciente y su familia y los recursos asistenciales puestos a su disposición, coordinando adecuadamente su tránsito entre los distintos niveles de la asistencia. Se deben constituir, por tanto, en el referente del paciente en relación con su salud y en las facilitadoras de un adecuado flujo de éste entre los recursos asistenciales. En Atención Especializada se desarrolla una figura de apoyo al primer nivel, el **Especialista Consultor**, cuya función será dar el soporte necesario a Primaria para que, manteniendo los más elevados estándares de calidad asistencial, se facilite la atención del paciente en su entorno más cercano, evitando desplazamientos y frecuentación hospitalaria innecesaria. Este rol podrá ser desempeñado por el médico internista, o el geriatra, sin descartar la opción de incorporar algún otro especialista en base a las necesidades de cada proceso asistencial.

Aunque el Plan Director alcanzará a todos los procesos crónicos, se iniciará a través de una serie de **patologías y comorbilidades pre-**

viamente seleccionadas, en función de su prevalencia entre los ciudadanos y, el impacto en el coste y la frecuentación asistencial que generan:

- Por un lado se han priorizado una serie de procesos crónicos a partir de los cuales se está construyendo el nuevo modelo:
 - atención integrada en Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC).
 - atención integrada en Diabetes.
 - atención integrada en insuficiencia cardíaca crónica.
 - atención integrada en la enfermedad renal crónica.
 - atención al trastorno mental grave.
 - intervención precoz en primeros episodios psicóticos.
- Por otro lado y dado el impacto asistencial y en la calidad de vida de las personas se han seleccionado estas comorbilidades asociadas a los procesos crónicos o al envejecimiento:
 - prevención y manejo de las caídas y lesiones asociadas.
 - prevención y manejo de las úlceras por presión y heridas crónicas.

Una vez definidas e implementadas las nuevas formas de trabajo en estas patologías, se incorporarían a este proceso otras en base a

las prioridades que se definan en su momento, así como nuevas comorbilidades asociadas a los procesos crónicos.

La construcción del Plan Director se apoya metodológicamente en un **Balanced Scorecard** (BSC). A partir de la definición de un **mapa estratégico** y del establecimiento de los resultados que se pretenden conseguir, se ha definido el cómo lograremos su implantación de manera efectiva, y qué mecanismos de **monitorización y seguimiento** nos informarán del grado de implantación real del Plan Director. La definición y desarrollo de un sistema de indicadores que permitan evaluar el grado de realización y cumplimiento de cada uno de los proyectos clave enmarcados en el Plan Director, facilitará un **proceso continuo de mejora**. Este sistema de monitorización resulta fundamental ante la escasez de mecanismos sólidos de evaluación, observada en los principales modelos internacionales de referencia en materia de cronicidad existentes hasta la fecha.

El Plan Director de Atención a la Cronicidad en un Modelo de Integración Asistencial, que se desarrollará a continuación, seguirá el siguiente orden dando respuesta a un conjunto de cuestiones clave:

Es clave potenciar la figura de las enfermeras en Atención Primaria

En Atención Especializada se desarrolla una figura de apoyo al primer nivel, el Especialista Consultor

Situación actual del modelo de atención: una oportunidad para Castilla-La Mancha

Estructura del Plan Director de Atención a la Cronicidad en un Modelo de Integración Asistencial – Cuestiones clave

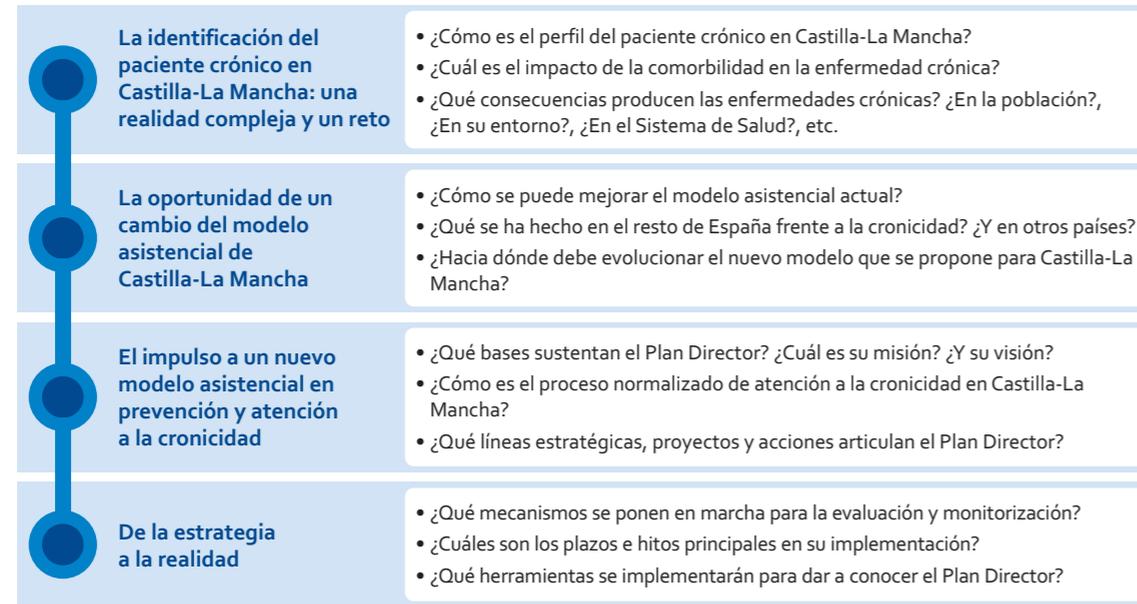


Figura 1.1. Estructura del documento – Cuestiones clave a las que responde el Plan Director

La mejora de la calidad del Sistema de Salud –fin último que nos proponemos alcanzar con el presente Plan Director– ha servido como motivación y estímulo para impulsar este trabajo. Dicho objetivo final se materializa en dos resultados de alto nivel:

- Contribuir a **mejorar la salud de los ciudadanos** de Castilla-La Mancha, evitando o re-

trasando la aparición de las enfermedades crónicas en la población sana y mejorando la calidad de vida del paciente crónico.

- **Garantizar la sostenibilidad del sistema sanitario** a medio y largo plazo, gracias a una utilización más eficiente de los recursos y más ajustada a las necesidades reales de cada paciente en cada situación.

Plan Director de Atención a la Cronicidad en un Modelo de Integración Asistencial 2014-2017

Para lograr estos resultados será imprescindible la dedicación y compromiso de todos los profesionales del Servicio de Salud de Castilla-La Mancha. De ahí que para la definición del Plan Director se haya contado con la **participación de alrededor de 400 profesionales** (incluyendo médicos, enfermeros,

fisioterapeutas, trabajadores sociales,..., y personal de Servicios Centrales de SESCAM), organizados en **16 grupos de trabajo**, cuya involucración y aportación han sido imprescindibles para poner en marcha esta iniciativa.

Objetivo final:
mejorar la salud de los ciudadanos y garantizar la sostenibilidad del sistema sanitario



2 La identificación del paciente crónico en Castilla-La Mancha: una realidad compleja y un reto

2.1. Evolución del perfil del crónico en Castilla-La Mancha

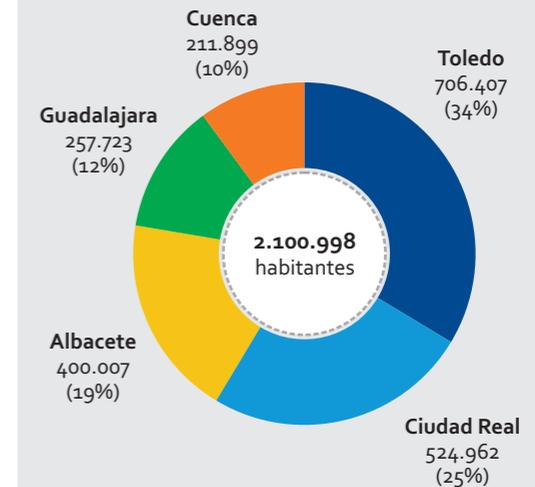
Castilla-La Mancha tiene unas características propias y diferenciales del resto de Comunidades Autónomas: elevada dispersión y ruralidad, población envejecida, alto nivel de dependientes y de comorbilidades, derivadas de su geografía y de las características de su población. Si a esto sumamos la mayor incidencia de los factores de riesgo asociados a las patologías crónicas, ha dado lugar a que la importancia y la prevalencia de estas enfermedades en nuestra Comunidad sea elevada, situándose muy por encima de la media nacional. Esto ha tenido, tiene y si no se toman medidas, tendrá, un impacto muy relevante en las necesidades de recursos asistenciales, de accesibilidad y en el grado de eficiencia de nuestro Sistema de Salud.

Impacto de las variables demográficas

La población de Castilla-La Mancha es de 2.100.998 habitantes (INE 2013), distribuida en un 49,7% de mujeres y un 50,3% de hombres. En el período 2003-2013, nuestra Comunidad Autónoma ha visto **incrementada su pobla-**

ción a un ritmo anual del 1,4%, muy por encima del crecimiento experimentado por el conjunto de España, un 1,0% en el mismo período. Sin embargo, en línea con la tendencia nacional las proyecciones para los próximos 10 años, hasta el 2023, prevén una disminución de la población en Castilla-La Mancha.

Población de Castilla-La Mancha por provincias (nº habitantes; 2013)



Fuente: INE, Padrón Municipal

Figura 2.1. Población de Castilla-La Mancha por provincias, 2013

Se observa, además, que **la esperanza de vida se ha incrementado** muy notablemente en los países occidentales y, de manera más acentuada en la población española y en Castilla-La

La identificación del paciente crónico en Castilla-La Mancha: una realidad compleja y un reto

Mancha, esto ha sido motivado fundamentalmente por los grandes avances científicos y técnicos en materia de salud de los últimos años, a los bajos niveles de mortalidad en recién nacidos y a la mejora del estado de bienestar en las economías avanzadas, que han provocado que cada vez vivamos más tiempo.

Mientras en los países desarrollados (según las cifras publicadas por la OCDE, en su informe bienal "Health at a glance") la esperanza de vida ha crecido en 10,1 años en los últimos 40 años, en España ha crecido 10,4 años.

La importancia y la prevalencia de las enfermedades crónicas en nuestra Comunidad se ha elevado por encima de la media nacional

Este efecto es aún superior entre la población de Castilla-La Mancha que presenta una esperanza de vida al nacimiento de 82,7 años en 2012, frente a los 82,3 años de la media nacional. La esperanza de vida en Castilla-La Mancha es históricamente superior a la española y ha crecido un 2,6% entre 1992 y 2002, y otro 2,9% hasta 2012; es decir, un 5,5% durante los últimos 20 años.

Asociado fundamentalmente al incremento de la esperanza de vida y al descenso de la natalidad, la población de Castilla-La Mancha sigue una pirámide poblacional que refleja un **alto envejecimiento y, sobre todo, un sobre-envejecimiento** claramente por encima de la media de la población española, 16,4% en Castilla-La Mancha frente a un 14,3% en la media

de España. Esto tendrá un impacto directo en la prevalencia de enfermedades crónicas en su población por disponer de una importante proporción de personas con una edad muy avanzada. Las proyecciones a futuro sobre la evolución del envejecimiento en Castilla-La Mancha indican que la relación de mayores de 65 años sobre el total de población continuará creciendo casi 3 puntos porcentuales durante los próximos 10 años, por lo que este efecto se verá aún más agravado.

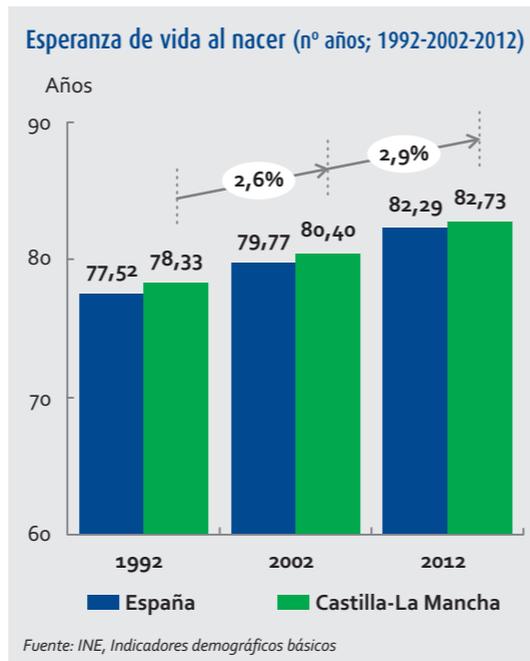


Figura 2.2. Esperanza de vida al nacer de España y Castilla-La Mancha, 1992-2002-2012



Pirámide de población de España y Castilla-La Mancha (%; 2013)

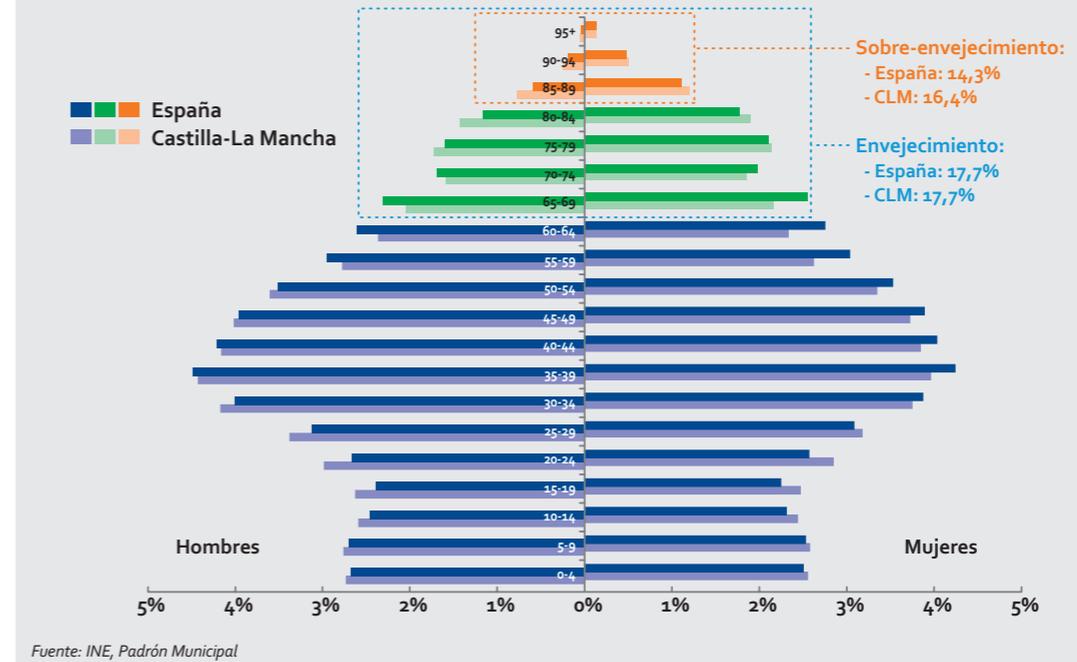


Figura 2.3. Pirámide de población de España y Castilla-La Mancha, 2013

Un factor que diferencia claramente a Castilla-La Mancha con el resto de España es, como ya ha quedado reflejado en la pirámide poblacional anterior, el elevadísimo sobre-envejecimiento de su población, que constituye una tendencia continuada durante los últimos 10 años, con un incremento de 5,6 puntos porcentuales en Castilla-La Mancha frente a los

3,8 puntos porcentuales de la media nacional. Las proyecciones de población para los próximos años indican que esta brecha se hará incluso mayor, ya que en 2023 habrá una tasa de sobre-envejecimiento del 20,2% en Castilla-La Mancha frente a un 17,5% en el conjunto de España.

Castilla-La Mancha sigue una pirámide poblacional que refleja un alto envejecimiento

La identificación del paciente crónico en Castilla-La Mancha: una realidad compleja y un reto

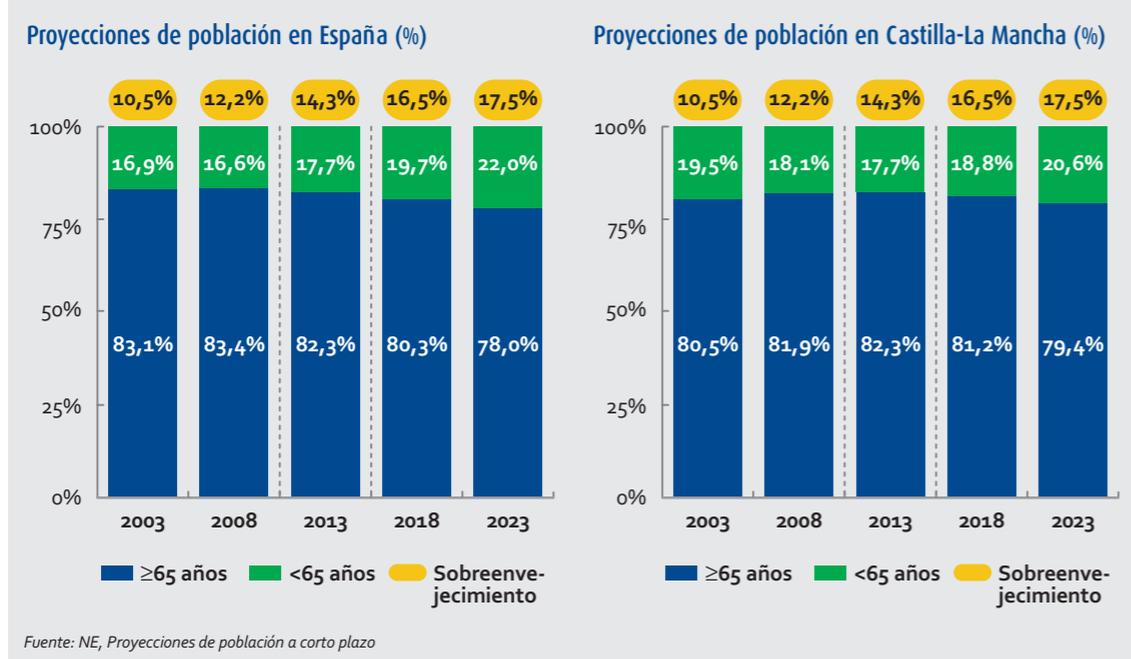


Figura 2.4. Evolución de la población en España y Castilla-La Mancha, 2003-2023

En el caso de Castilla-La Mancha también se aprecia un **fenómeno migratorio negativo** con gran repercusión entre la población más joven y con apenas impacto entre los más mayores. En concreto durante 2012 el saldo migratorio de la Comunidad Autónoma fue un -0,7%, de los cuales el 85,7% fueron menores de 65 años.

Este efecto de la emigración desnivela el saldo vegetativo, haciéndolo también

negativo a partir del año 2013 y provocando un efecto de envejecimiento y sobre-envejecimiento aún más acentuado a futuro.

Otro aspecto determinante que refleja la importancia de la necesidad de un enfoque específico en cronicidad para Castilla-La Mancha, es la **elevada dispersión y ruralidad** de la población que impacta directamente en la prestación de servicios públicos, no sólo sanitarios. Con 26,7 habitantes por km², Castilla-La Man-

Se aprecia un fenómeno migratorio negativo con gran repercusión en la población más joven

Plan Director de Atención a la Cronicidad en un Modelo de Integración Asistencial 2014-2017



cha es la segunda Comunidad Autónoma con mayor dispersión geográfica de la población, a mucha distancia de la media nacional, 93,4 hab/km². En concreto, Cuenca es la tercera provincia de España con menor densidad de población, con 12,7 hab/km², sólo superada por Soria, con 9,2 hab/km², y Teruel, con 9,7 hab/km².

Del mismo modo, se puede concluir que la población de Castilla-La Mancha tiene un fuerte

componente rural, por encima del conjunto de España: un 8,0% de la población de la Comunidad Autónoma vive en municipios menores de 1.000 habitantes, mientras que la media nacional se sitúa en un 3,2%, es decir, menos de la mitad de población rural. Además, en nuestra Comunidad más de dos tercios de los 919 municipios tienen menos de 1.000 habitantes.

Elevada dispersión y ruralidad de la población que impacta en la prestación de servicios públicos

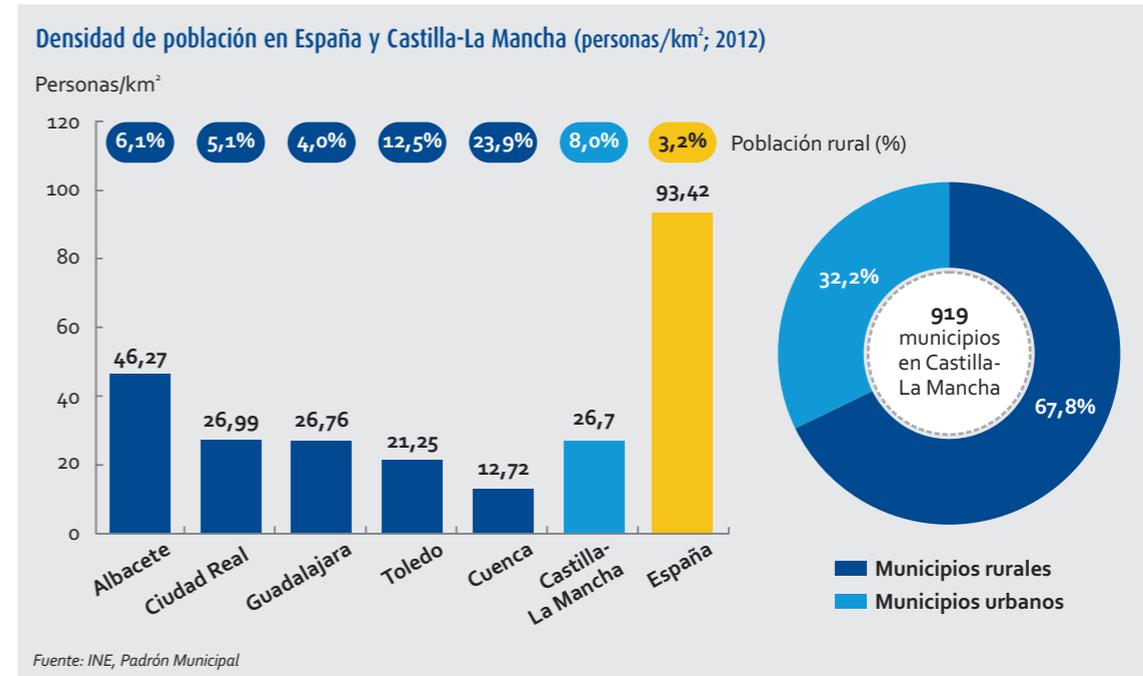


Figura 2.5. Densidad de población en España y Castilla-La Mancha, 2012

La identificación del paciente crónico en Castilla-La Mancha: una realidad compleja y un reto

El hecho de que más de 600 municipios de la Comunidad tengan una población inferior a 1.000 habitantes e incluso haya 220 municipios con menos de 100 habitantes, genera dificultades a la hora de realizar una planificación sanitaria que potencie la cercanía de los recursos asistenciales a nuestra población, de ahí que a la hora de planificar las acciones de este Plan Director, el componente de **la accesibilidad** es clave para poder facilitar a todos los ciudadanos, independientemente de su situación geográfica, el soporte asistencial y/o formativo que necesiten.

Proceso de transformación organizativa y estructural en Gerencias de Atención Integrada

Esta particular característica de Castilla-La Mancha hace que el SESCAM organice su asistencia en 14 Gerencias de Atención, para atender poblaciones entre 80.000 y 470.000 habitantes, y 204 zonas básicas de atención primaria que cubren los casi 79.000 km² de esta Comunidad Autónoma.

Durante los últimos años el proceso de transformación organizativa y estructural que ha experimentado el SESCAM ha dado como resultado la existencia de **13 gerencias integradas**, de las 14 existentes (en Toledo se dispone todavía de una Gerencia de Atención Primaria y una Gerencia de Atención Especializada diferenciadas). Además en Castilla La Mancha existen 2 Gerencias con funciones específicas como son la Gerencia de Urgencias y Emer-

gencias y la Gerencia del Hospital Nacional de Parapléjicos. Dicha integración se constituye como uno de los elementos clave sobre los que va a pivotar la transformación del Sistema de Salud de Castilla-La Mancha.

De cara a hacer frente a esta elevadísima dispersión, y según los datos publicados por SESCAM, Castilla-La Mancha dispone de 22 hospitales públicos con más de 5.300 camas, 14 Centros de Especialidades, 200 Centros de Salud, 188 Puntos de Atención Continuada y 1.164 Consultorios locales. En todos ellos trabajan más de 6.300 profesionales.

En base a esta situación, Castilla-La Mancha dispone, para garantizar la accesibilidad y prestar un servicio de calidad y cercanía, de un **número de recursos por habitante superior a la media nacional**: un 9,7% más camas, un 48,8% más centros de salud y más del doble de consultorios locales, según datos publicados por el INE y el MSSSI.

Sin embargo, es capaz de prestar esta asistencia de manera más eficiente, gestionando unos mayores recursos físicos con un número de médicos y enfermeras similar a la media nacional. El número de médicos de Atención Primaria en Castilla-La Mancha coincide con la media española (0,8 médicos/1.000 TSI), mientras que el número de enfermeras de nuestra Comunidad Autónoma se sitúa ligeramente por encima del conjunto de España. En Atención Especia-

Plan Director de Atención a la Cronicidad en un Modelo de Integración Asistencial 2014-2017

lizada, tanto el número de médicos como el de enfermeras de Castilla-La Mancha superan am-

pliamente el valor mostrado de media a nivel nacional.



Figura 2.6. Mapa sanitario-Gerencias de Atención Integrada de Castilla-La Mancha 2013



La identificación del paciente crónico en Castilla-La Mancha: una realidad compleja y un reto

Recursos sanitarios (físicos y humanos) en España y Castilla-La Mancha (nº/100.000 hab; nº/10.000 hab; nº/1.000 hab; 2012)

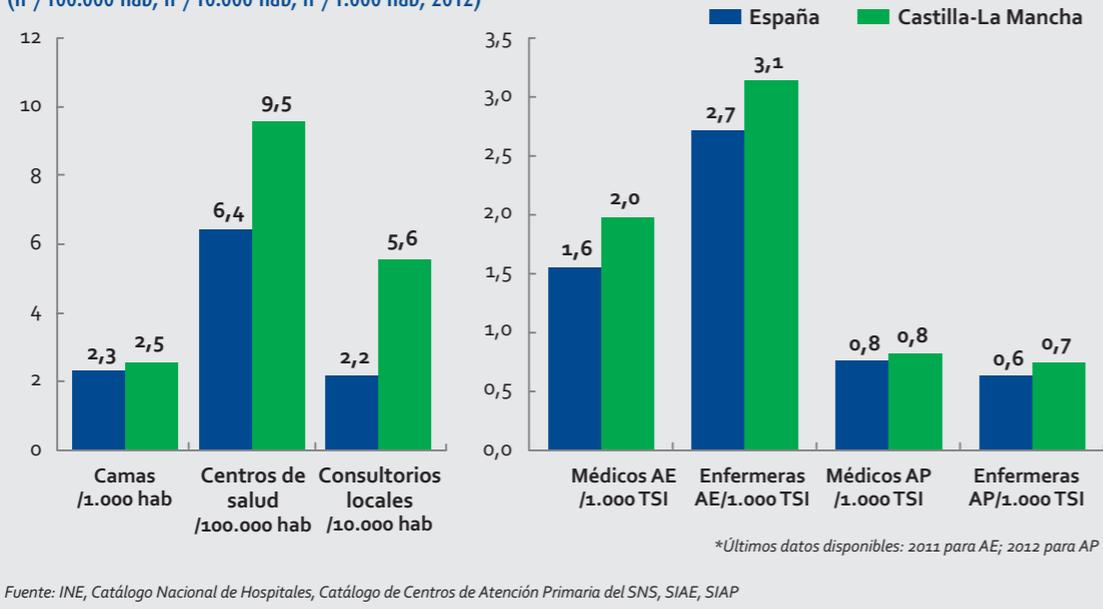


Figura 2.7. Recursos sanitarios en España y Castilla-La Mancha, 2012

Impacto de las variables epidemiológicas

Castilla-La Mancha soporta un impacto muy importante de factores de riesgo que propician la aparición de enfermedades crónicas

Castilla-La Mancha soporta un impacto muy importante de factores de riesgo que propician la aparición de enfermedades crónicas, entre los que se encuentran el consumo de tabaco y alcohol y, los estilos de vida sedentarios, en los que la ausencia de realización de actividad física deriva en problemas de sobrepeso, entre otros.

La Encuesta Nacional de Salud, elaborada por el INE y el MSSSI, establece en su última edición realizada entre los años 2011 y 2012, que el consumo de tabaco entre la población mayor de 15 años ha alcanzado el 44,4% en Castilla-La Mancha. Aunque se trata de un dato elevado, es inferior al observado en España, donde la población mayor de 15 años que fuma o ha fumado a lo largo de su vida constituye el 46,5% del total, aún así, se denota una mayor resistencia a abandonar esta práctica en Castilla la Mancha ya que



Plan Director de Atención a la Cronicidad en un Modelo de Integración Asistencial 2014-2017

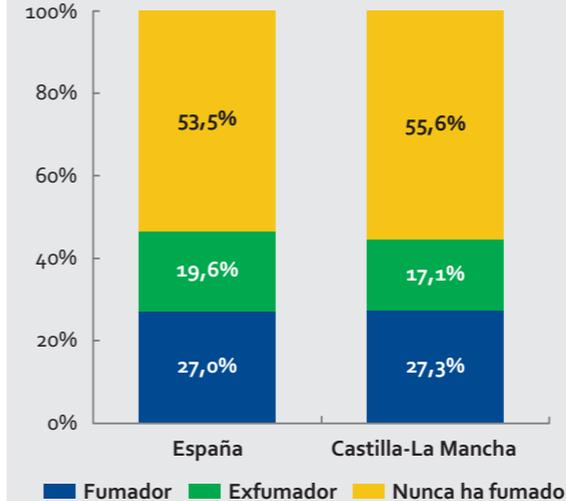
en los actuales fumadores mayores de 15 años el porcentaje es 0,3% superior a la media nacional.

No sucede lo mismo con los hábitos relacionados con el consumo de alcohol. Este factor de riesgo se encuentra más desarrollado en Castilla-La Mancha que en el conjunto del país,

salvo en el caso de las mujeres. Entre la población total de nuestra Comunidad Autónoma, pero sobre todo en el caso de los hombres, se observan niveles medios de consumo de alcohol entre la población mayor de 15 años superiores a la media nacional en más de 3 puntos.

Estilos de vida sedentarios por encima de la media nacional

Consumo de tabaco entre la población mayor de 15 años (%; 2011-2012)



Fuente: INE, MSSSI, Encuesta Nacional de Salud

Consumo medio diario de alcohol en la población mayor de 15 años (gr. de alcohol puro según equivalencia definida; 2011-2012)

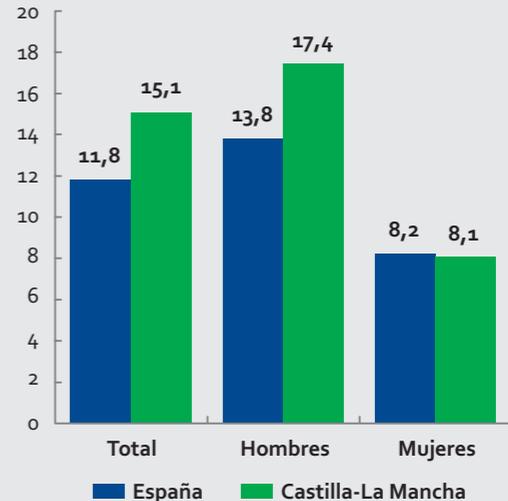


Figura 2.8. Consumo de tabaco y alcohol en España y Castilla-La Mancha, 2011-2012

Al analizar los estilos de vida sedentarios, caracterizados por la ausencia de realización de ejercicio físico, en Castilla-La Mancha se observa que la población con este tipo de hábitos

asciende a un 44,9%. De nuevo este dato sitúa a nuestra comunidad por encima de la media nacional, donde el 41,3% de la población no practica actividad física.

La identificación del paciente crónico en Castilla-La Mancha: una realidad compleja y un reto

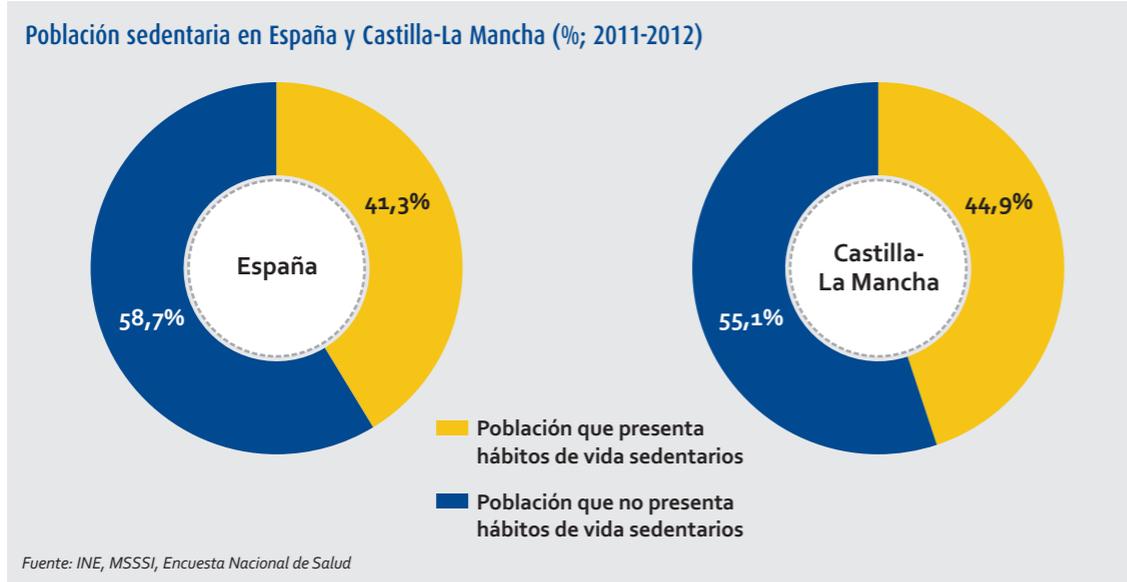


Figura 2.9. Población sedentaria en España y Castilla-La Mancha, 2011-2012

Muy ligado al estilo de vida sedentario aparece otro factor de riesgo importante relacionado con la aparición de enfermedades crónicas: el **sobrepeso y la obesidad**. La Encuesta Nacional de Salud de 2011-2012 revela que este problema se reproduce con mayor agudeza en Castilla-La Mancha que en España. En nuestra Comunidad Autónoma, el 56,3% de la población se sitúa por encima de su peso normal (índice de masa corporal superior a 25 Kg/m²). Esta cifra es un **2,6 puntos porcentuales superior a la media de España**, donde el porcentaje de

personas que rebasan el peso normal asciende al 53,7% de la población.

Los factores de riesgo analizados anteriormente están directamente relacionados con la aparición y la prevalencia de las enfermedades de carácter crónico en la población. Según los últimos datos de la Encuesta Nacional de Salud 2011-2012, casi 4 de cada 10 ciudadanos de Castilla-La Mancha padecían alguna enfermedad o problema crónico. Al realizar un estudio desagregado por sexo, se observa que las mujeres de nuestra Comunidad Autónoma que



Plan Director de Atención a la Cronicidad en un Modelo de Integración Asistencial 2014-2017

padecen alguna enfermedad crónica superan a los hombres en 17,8 puntos porcentuales y **se sitúan ligeramente por encima de la media nacional**. Se trata de una diferencia que prácti-

camente duplica a la que se produce en la media nacional, donde las mujeres que padecen algún problema crónico superan a los hombres en 9,1 puntos.

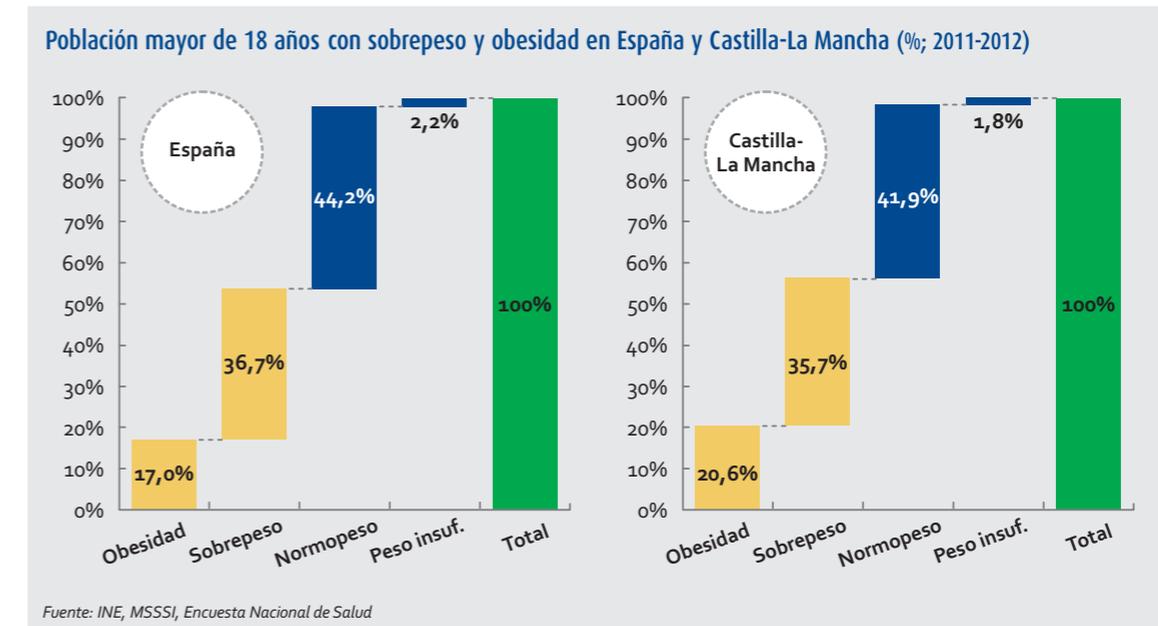


Figura 2.10. Población con sobrepeso y obesidad en España y Castilla-La Mancha, 2011-2012

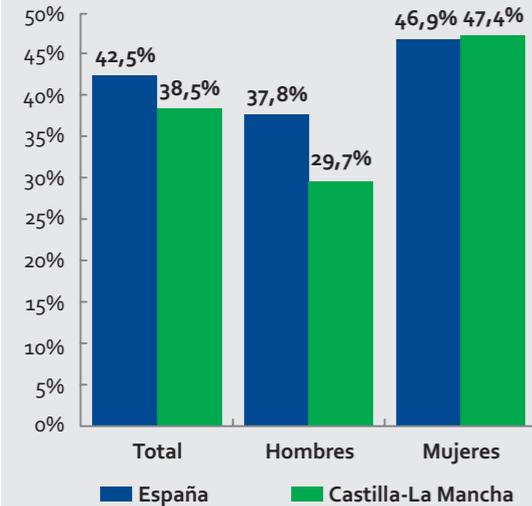
Según la Encuesta Nacional de Salud, 2011-2012, al menos una de cada seis personas mayores de 15 años padece alguno de los problemas crónicos más frecuentes: dolor de espalda-lumbar (18,6%), hipertensión arterial

(18,5%), colesterol elevado (16,4%) y dolor cervical crónico (15,9%). La mayoría de las patologías observadas es más frecuente en mujeres en Castilla La Mancha.

Encuesta Nacional de Salud 2011-2012: 4 de cada 10 ciudadanos de CLM presentan alguna enfermedad o problema crónico

La identificación del paciente crónico en Castilla-La Mancha: una realidad compleja y un reto

Población mayor de 15 años con alguna enfermedad crónica (%; 2011-2012)



Fuente: INE, MSSSI, Encuesta Nacional de Salud

Enfermedades crónicas en la población mayor de 15 años de Castilla-La Mancha en los últimos 12 meses (miles de casos; 2011-2012)

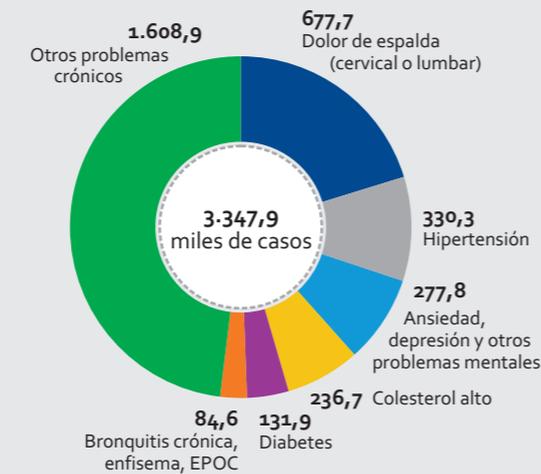


Figura 2.11. Población con alguna enfermedad crónica en España y Castilla-La Mancha, 2011-2012. Enfermedades crónicas en Castilla-La Mancha en los últimos 12 meses

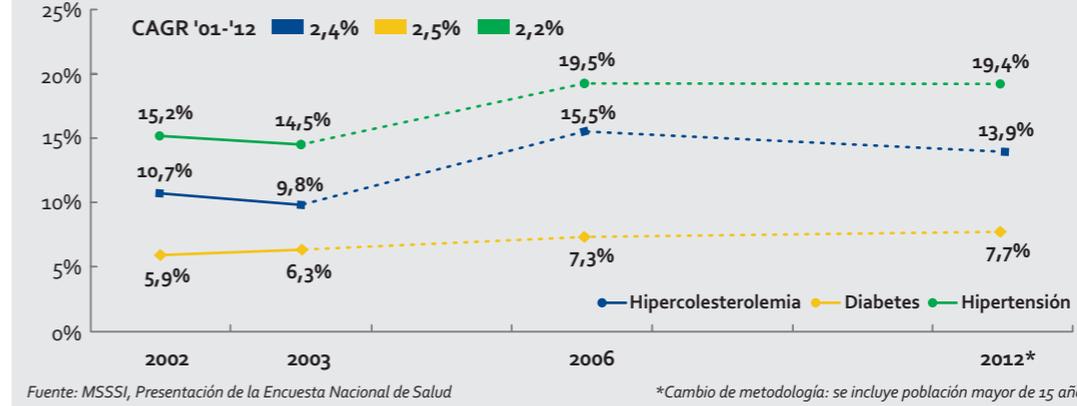
Otro dato de relevancia es la evolución de la población de Castilla-La Mancha que padece enfermedades crónicas, la cual se ha visto incrementada de una manera muy importante en la última década, con crecimientos anuales sostenidos del 2,4% entre 2001 y 2012 en el caso de la hipercolesterolemia; 2,5% en el caso de la diabetes; y 2,2% en el caso de la hipertensión.

Al profundizar en los datos del número de personas que padecen alguna enfermedad crónica y el número de problemas crónicos que se producen en la población, se obtiene una noción acerca del número medio de patologías que confluyen en una persona. Esta cifra describe una de las mayores complejidades a la hora de gestionar las necesidades y cuidados de las personas con enfermedades crónicas, la presencia de más de una patología en el mismo paciente.

Plan Director de Atención a la Cronicidad en un Modelo de Integración Asistencial 2014-2017



Porcentaje de población mayor de 16 años en Castilla-La Mancha que padece hipercolesterolemia, diabetes, hipertensión (%; 2001-2012)

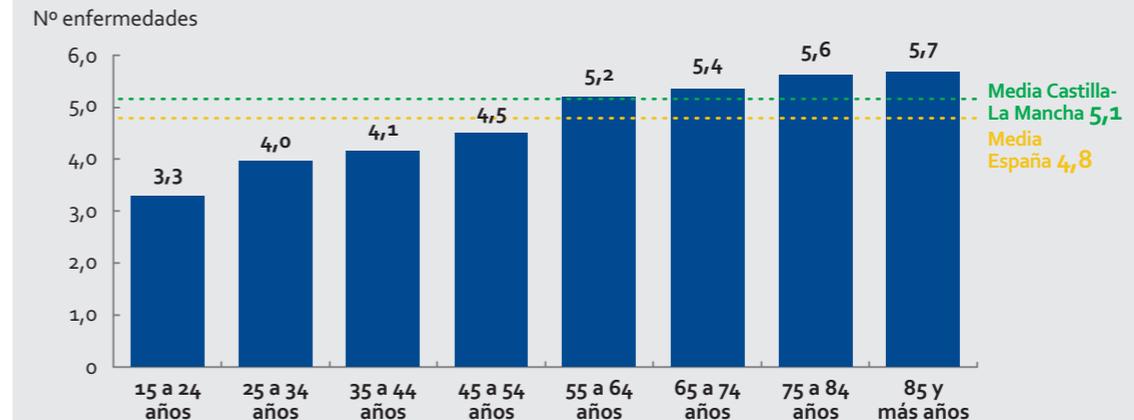


Fuente: MSSSI, Presentación de la Encuesta Nacional de Salud

*Cambio de metodología: se incluye población mayor de 15 años

Figura 2.12. Evolución de la población española ante determinadas enfermedades crónicas, 2001-2012

Número medio de problemas crónicos por persona y grupo de edad en España (nº de enfermedades; 2011-2012)



Fuente: Elaboración propia a partir de explotación de la información de INE, MSSSI, Encuesta Nacional de Salud

Figura 2.13. Número medio de problemas crónicos por persona y grupo de edad en España, 2011-2012

La franja de mayor edad es más vulnerable a padecer un mayor número de procesos crónicos simultáneamente

En Castilla-La Mancha, el número medio de patologías crónicas por persona es de 5,1, por encima de las 4,8 que se producen de media en España. Por grupos de edad, en España el número medio de enfermedades crónicas se incrementa notablemente a partir de los 55 años, ascendiendo hasta 5,7 problemas crónicos de media por persona en la franja superior a los 85 años. Los pacientes crónicos jóvenes también se enfrentan a la pluripatología: los españoles entre 25 y 34 años padecen de media entre 4 y 4,5 problemas crónicos de manera simultánea.

La confluencia de más de una patología además es un factor que aumenta exponencialmente otras problemáticas como las comorbilidades y hace más difícil el manejo del paciente y de sus patologías. Esta situación, potenciada por el incremento de la edad, provocó que en el año 2012 el 79% de las altas de pacientes con dos o más patologías crónicas en Castilla-La Mancha, se produjeran para la franja de edad de personas mayores de 65 años. Al analizar la distribución del número de altas en función del número de enfermedades crónicas, se observa que la franja de mayor edad (los 70 años en adelante) es más vulnerable a padecer un

Altas de pacientes con dos o más patologías crónicas, por número de patologías crónicas y por rango de edad (número de altas; 2012)

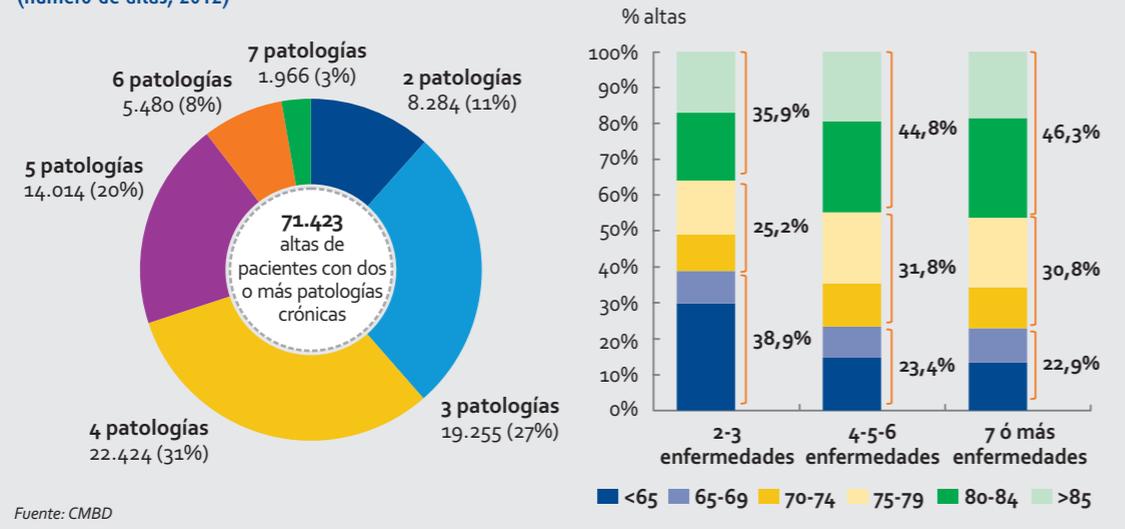


Figura 2.14. Altas de pacientes con dos o más patologías crónicas, por rango de edad, 2012



mayor número de procesos crónicos simultáneamente (4 o más enfermedades crónicas).

2.2. El origen de la complejidad: el paciente crónico con comorbilidad

Tras realizar el análisis para identificar el segmento sobre el que se focalizará una parte muy importante del Plan Director, ciudadanos de Castilla-La Mancha con enfermedades crónicas en muchos casos con múltiples patologías, hemos valorado los factores que añaden complejidad a la gestión de las necesidades del paciente. Un factor que determina de una manera fundamental la complejidad en el manejo de las personas con procesos crónicos es la evolución en el tiempo del paciente hacia la confluencia de varios procesos patológicos agravados con comorbilidades.

Carencia de una única visión del paciente crónico

Uno de los principales retos de los sistemas de salud es focalizar sus estrategias adecuadamente, en el caso de los crónicos, además de múltiples abordajes de los mismos con respuestas muy dispares a las problemáticas que generan en las organizaciones sanitarias, nos encontramos con múltiples definiciones del paciente crónico según la geografía, el país e incluso los propios profesionales que tratan a este tipo de pacientes.

Desde el punto de vista de Castilla-La Mancha el concepto de crónico debe de tener en cuenta tanto al paciente que padece una sola patología, más sencillo en su manejo, como al que presenta pluripatología. Según la Sociedad Española de Medicina Interna se ha definido al paciente pluripatológico como aquél sobre el que confluyen dos o más enfermedades crónicas.

La pluripatología no es el único factor que añade complejidad a la gestión de las personas con enfermedades crónicas. Como parte del tratamiento al que se somete al paciente pluripatológico, es habitual que se incluyan diversos medicamentos, lo que llamamos comúnmente paciente polimedcado. En Castilla-La Mancha se ha definido a este paciente como aquél que toma cinco o más medicamentos, por cualquier vía de administración (oral, tópica, rectal, inhalada, parenteral, etc.) que hayan sido prescritos por su médico por un período de tratamiento igual o superior a seis meses de duración.

A medida que la persona con procesos crónicos envejece, se tiende a un perfil especial de paciente crónico, el anciano frágil, caracterizado como el paciente anciano que presenta ingresos frecuentes. La fragilidad es un fenómeno que puede definirse como un síndrome biológico asociado a la edad, que confiere al individuo una especial situación de riesgo frente

Uno de los principales retos de los sistemas de salud es focalizar sus estrategias adecuadamente

Grupo	Patología
Categoría A	Insuficiencia cardíaca que en situación de estabilidad clínica haya estado en grado II de la NYHA 1
	Cardiopatía isquémica
Categoría B	Vasculitis y enfermedades autoinmunes sistémicas
	Enfermedad renal crónica definida por elevación de creatinina (>1,4 mg/dl en hombres o >1,3 mg/dl en mujeres) o proteinuria, mantenidas durante 3 meses
Categoría C	Enfermedad respiratoria crónica que en situación de estabilidad clínica haya estado con disnea grado 2 de la MRC3, o FEV1<65%, o SaO2 ≤90%
Categoría D	Enfermedad inflamatoria intestinal
	Hepatopatía crónica con datos de insuficiencia hepatocelular4 o hipertensión portal
Categoría E	Ataque cerebrovascular
	Enfermedad neurológica con déficit motor permanente que provoque una limitación para las actividades básicas de la vida diaria (Índice de Barthel inferior a 60)
	Enfermedad neurológica con deterioro cognitivo permanente, al menos moderado (Pfeiffer con 5 ó más errores)
Categoría F	Arteriopatía periférica sintomática
	Diabetes mellitus con retinopatía proliferativa o neuropatía sintomática
Categoría G	Anemia crónica por pérdidas digestivas o hemopatía adquirida no subsidiaria de tratamiento curativo que presente Hb <10 mg/dl en dos determinaciones separadas más de tres meses
	Neoplasia sólida o hematológica activa no subsidiaria de tratamiento con intención curativa
Categoría H	Enfermedad osteoarticular crónica que provoque por sí misma una limitación para las actividades básicas de la vida diaria (Índice de Barthel inferior a 60)

Figura 2.15. Tabla para identificar pacientes pluripatológicos, según la Sociedad Española de Medicina Interna

a pequeñas agresiones y es predictor de malos resultados, como discapacidad, muerte u hospitalización (Walston J, Fried LP. Frailty and the older man. Medical Clinics of North America 1999; 83; 1173-1193). El anciano frágil manifiesta los siguientes marcadores de fragilidad:

- Pérdida de peso no intencionada.
- Sarcopenia (pérdida degenerativa de masa muscular).

- Baja actividad.
- Baja resistencia, reflejada en agotamiento o lentitud.

Todos estos factores añaden complejidad a la atención de las personas con procesos crónicos y han sido contemplados en el alcance del presente Plan Director.



Evolución hacia un único concepto de crónico

Castilla-La Mancha ha optado por establecer un único concepto de paciente crónico que englobe de una manera general a todos los perfiles anteriormente descritos, definiendo el paciente **crónico como aquella persona que padece una enfermedad de larga duración (más de 6 meses) cuyo fin o duración no puede preverse o no ocurrirá nunca.**

Los pacientes crónicos comparten una serie de características comunes, independientemente del proceso patológico que padezcan:

- La enfermedad suele tener una aparición gradual en el paciente, emergen a lo largo de la vida, pero son más prevalentes en edades avanzadas.
- Conllevan un deterioro de la calidad de vida del paciente y le restan autonomía e independencia, al causar en la persona limitaciones funcionales y discapacidad.
- Ocasionan una elevada frecuentación hospitalaria de: hospitalización, urgencias y consultas externas.
- Su atención y manejo supone un consumo elevado de recursos asistenciales, sanitarios y sociales.
- El tratamiento farmacológico suele estar asociado a una polimedicación, durante períodos prolongados de tiempo.

- Se constituyen como la causa más común de muerte prematura.
- Para muchas de ellas es posible la prevención o, al menos, el retraso de la aparición de la enfermedad, mediante estilos de vida saludables que eviten factores de riesgo (como el tabaquismo, el alcoholismo y la obesidad).

Castilla-La Mancha ha optado por un único concepto de paciente crónico

La comorbilidad: elemento clave que añade complejidad al manejo del crónico

Uno de los principales factores que añaden complejidad al manejo de los pacientes crónicos pluripatológicos, en los que se producen situaciones cambiantes ante las que resulta necesaria la utilización ordenada de los recursos asistenciales combinados con los del ámbito socio-sanitario, es la **comorbilidad**. Ésta es entendida como la asociación concurrente de cualquier patología a otra entidad nosológica principal, tanto aguda como crónica, que modula el diagnóstico y tratamiento.

Hemos destacado dos comorbilidades que, por su alto impacto en la población de Castilla-La Mancha, merecen ser estudiadas en detalle: las **caídas en mayores** y las heridas crónicas, como por ejemplo las úlceras por presión. En nuestra Comunidad Autónoma al menos 6.089 pacientes sufrieron caídas durante el año 2012. Casi la mitad de aquéllas para las que se registraron datos sobre la ubicación de la caída, se produjeron en el hogar del paciente (44%).

La identificación del paciente crónico en Castilla-La Mancha: una realidad compleja y un reto

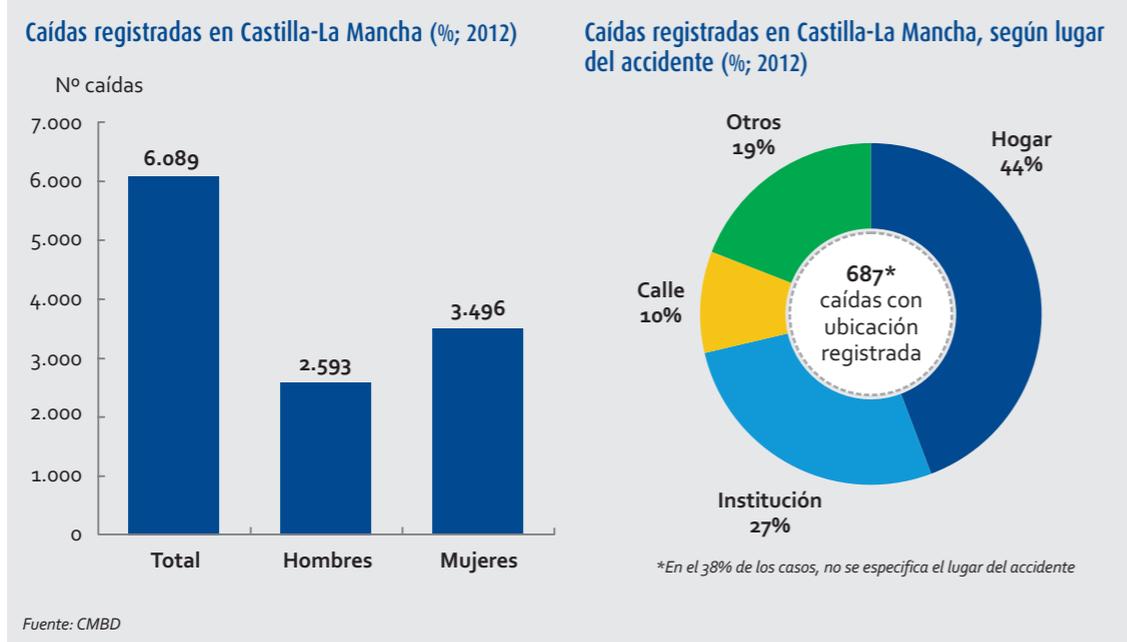


Figura 2.16. Caídas registradas en Castilla-La Mancha y lugar del accidente, 2012

Las caídas en mayores y las heridas crónicas son dos comorbilidades con alto impacto en la población de CLM

Las úlceras por presión constituyen una comorbilidad estrechamente vinculada a las personas con enfermedades crónicas. En Castilla-La Mancha se registraron 2.830 úlceras por presión en 2012, el 47,1% de las cuales se produjeron en la parte inferior de la espalda.

Un adecuado manejo de este tipo de pacientes, combinado con medidas de prevención, de formación y de concienciación tanto del paciente como de su entorno familiar, tendrá un alto impacto en la **mejora de la calidad de vida del crónico y en una disminución de la utilización de los recursos asistenciales** de nuestra comunidad.

Plan Director de Atención a la Cronicidad en un Modelo de Integración Asistencial 2014-2017

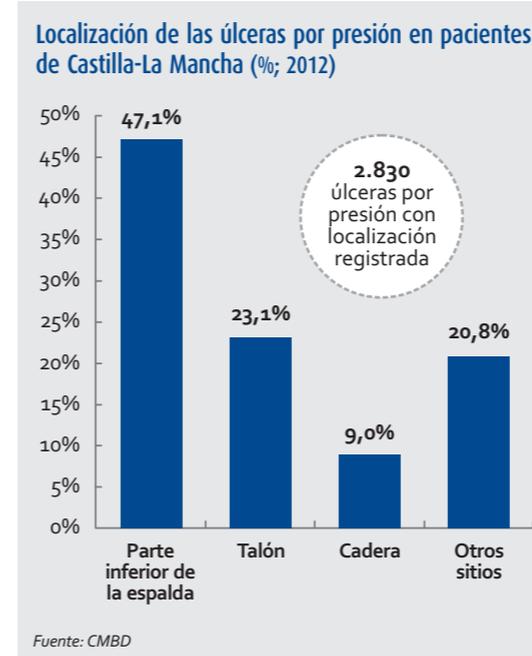


Figura 2.17. Localización de las úlceras por presión en pacientes de Castilla-La Mancha, 2012

2.3. Efectos de las enfermedades crónicas en el Sistema de Salud de Castilla-La Mancha

Entre los aspectos que comparten las enfermedades crónicas a nivel mundial, se encuentran los importantes efectos que provocan sobre el Sistema de Salud y sobre la sociedad en general. Son numerosos los pacientes crónicos cuya enfermedad deriva en situaciones de dependencia y discapacidad en distinto grado, lo que

genera una mayor frecuentación asistencial del paciente, que requiere de un mayor soporte y atención sanitaria y social a lo largo de toda su vida. Este mayor nivel de frecuentación unido al efecto de dependencia y discapacidad lleva aparejado un mayor consumo de recursos (asistenciales, farmacológicos, dedicación profesional por parte de los facultativos, etc.) que, en último término, repercute en un incremento relevante del gasto sanitario, ocasionado directamente por las enfermedades crónicas.

Mayor nivel de situaciones de dependencia y discapacidad

De acuerdo con las cifras disponibles, en 2012 se contabilizaron en nuestra Comunidad Autónoma 73.572 personas en situación de **dependencia**, lo que representa **el 3,4% de la población** de Castilla-La Mancha. Los grados de dependencia II y III, que son los que limitan en mayor medida la vida diaria de la persona, suponen el 32,5% y 33,5% respectivamente del total de personas dependientes.

Atendiendo al lugar de residencia, el **90%** de las personas en situación de dependencia en Castilla-La Mancha residen **en su propio domicilio**, mientras que el resto lo hacen en instituciones. De ahí la importancia que adquiere **la figura del cuidador** como elemento clave en el desarrollo de las actividades básicas de la vida diaria, asistiendo a las personas dependientes que residen en su domicilio.

En nuestra Comunidad Autónoma el 3,4 de la población presenta una situación de dependencia

La identificación del paciente crónico en Castilla-La Mancha: una realidad compleja y un reto

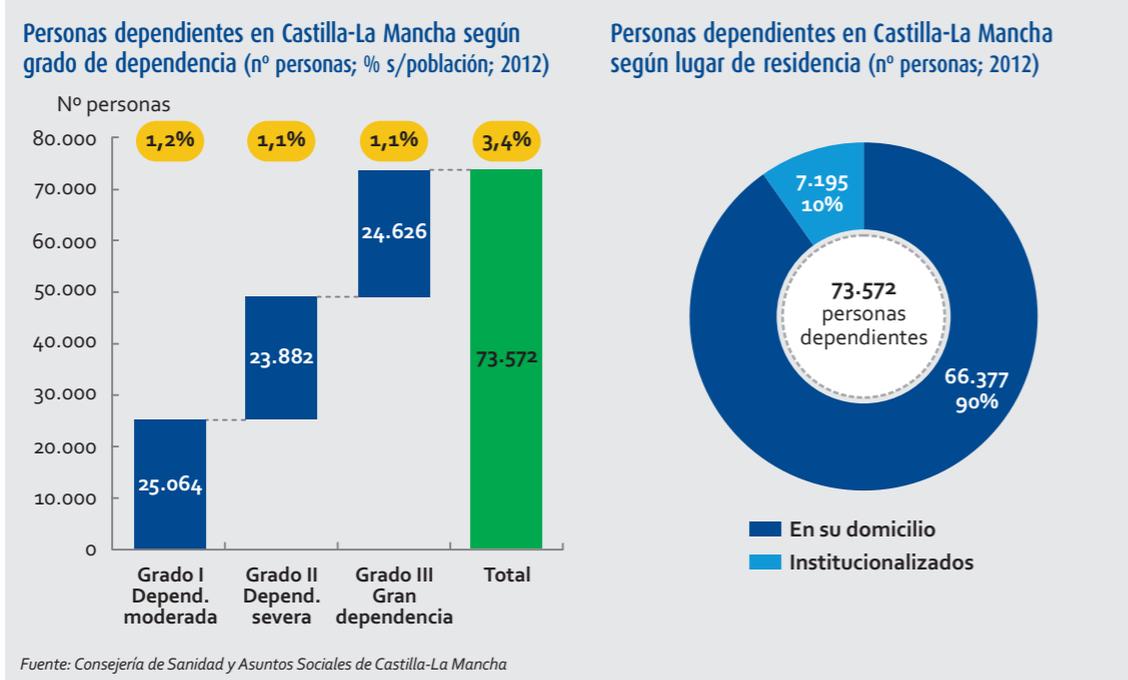


Figura 2.18. Población dependiente en Castilla-La Mancha según grado de dependencia y lugar de residencia, 2012

La población con discapacidad en Castilla-La Mancha se sitúa en una tasa 9,2 puntos superior a la media de España

En cambio, la **población con discapacidad** en Castilla-La Mancha se sitúa en 182.900 personas, **9,2 puntos superior que la media de España**, atendiendo a la tasa por cada 1.000 habitantes. Estas diferencias se acentúan en el caso de las mujeres, donde la tasa de discapacidad en nuestra Comunidad Autónoma se sitúa por encima de la media nacional en casi 15 puntos.

Muchas de las personas discapacitadas en Castilla-La Mancha sufren al mismo tiempo una o varias patologías crónicas. Según los datos del SESCOAM, en el año 2012 más del 40% de las altas que se produjeron sobre GRDs generadores de discapacidad fueron en personas que padecían insuficiencia cardíaca, ictus con infarto o EPOC.

Plan Director de Atención a la Cronicidad en un Modelo de Integración Asistencial 2014-2017

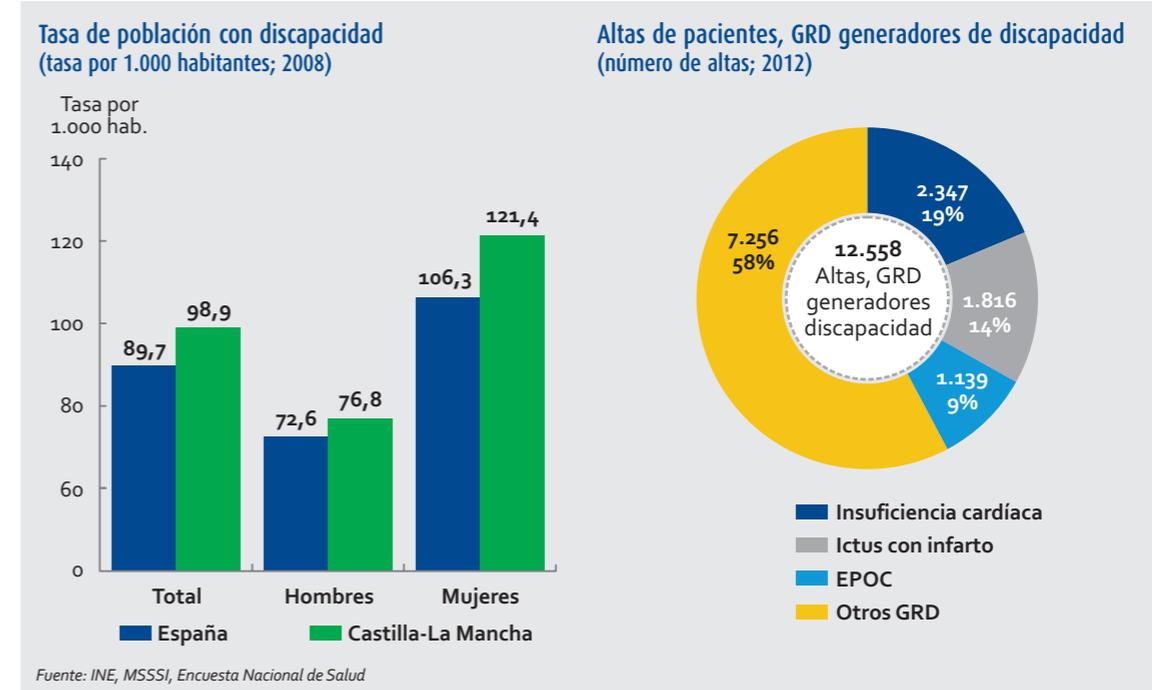


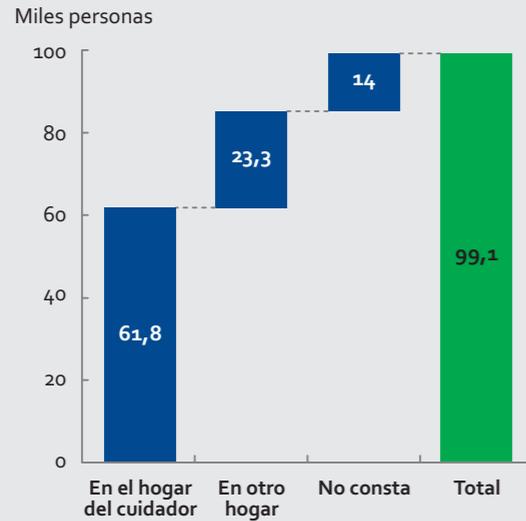
Figura 2.19. Tasa de población con discapacidad, 2008. Altas de pacientes, GRD generadores de discapacidad, 2012

De las más de 182.000 personas con discapacidad en Castilla-La Mancha, más del 54% reciben cuidados personales por parte de un cuidador. Otro de los elementos al que debe dar respuesta el Sistema es a satisfacer las demandas y necesidades de las personas en situación de discapacidad, maximizando la eficacia de las ayudas técnicas que reciben.

Las iniciativas como el presente Plan Director para la Integración Asistencial en la cronicidad deben contribuir a mejorar la calidad de vida y solventar las carencias de nuestro sistema de soporte mejorando la satisfacción de las personas en esta situación. En 2008, el 15,59% de las personas que recibieron ayudas en Castilla-La Mancha declaraban no encontrarse satisfechas con las mismas.

La identificación del paciente crónico en Castilla-La Mancha: una realidad compleja y un reto

Población con discapacidad en Castilla-La Mancha que recibe cuidados personales, hogar del cuidador (miles de personas; 2008)



Fuente: INE, Encuesta de Discapacidad, Autonomía Personal y Dependencia

Satisfacción de las personas con discapacidad en Castilla-La Mancha frente a las ayudas que reciben (%; 2008)

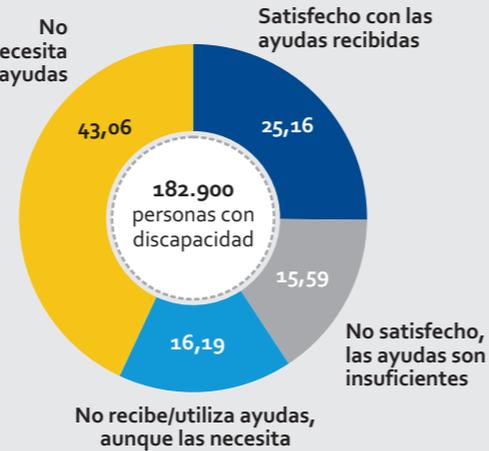


Figura 2.20. Satisfacción de las personas con discapacidad frente a las ayudas que reciben y población con discapacidad que recibe cuidados personales, 2008

Mayor nivel de frecuentación asistencial y consumo de recursos del paciente crónico

Debido a la larga duración de las enfermedades que padecen, que pueden mantenerse años o incluso toda la vida, los pacientes crónicos necesitan acudir frecuentemente al hospital. Esto conlleva a su vez un **mayor consumo de recursos**, provocando directamente este tipo de enfermedades el 80% de las

consultas de Atención Primaria y el 60% de los ingresos hospitalarios en el conjunto de España, según el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

Los datos disponibles indican que, del total de altas registradas en Castilla-La Mancha en el año 2012, el 43,6% se produjeron en personas con dos o más procesos crónicos. Estas estancias en el hospital derivan en muchos casos de complicaciones derivadas de las patologías crónicas

Las patologías crónicas consumen el 80% de consultas de AP y el 60% de ingresos hospitalarios en España

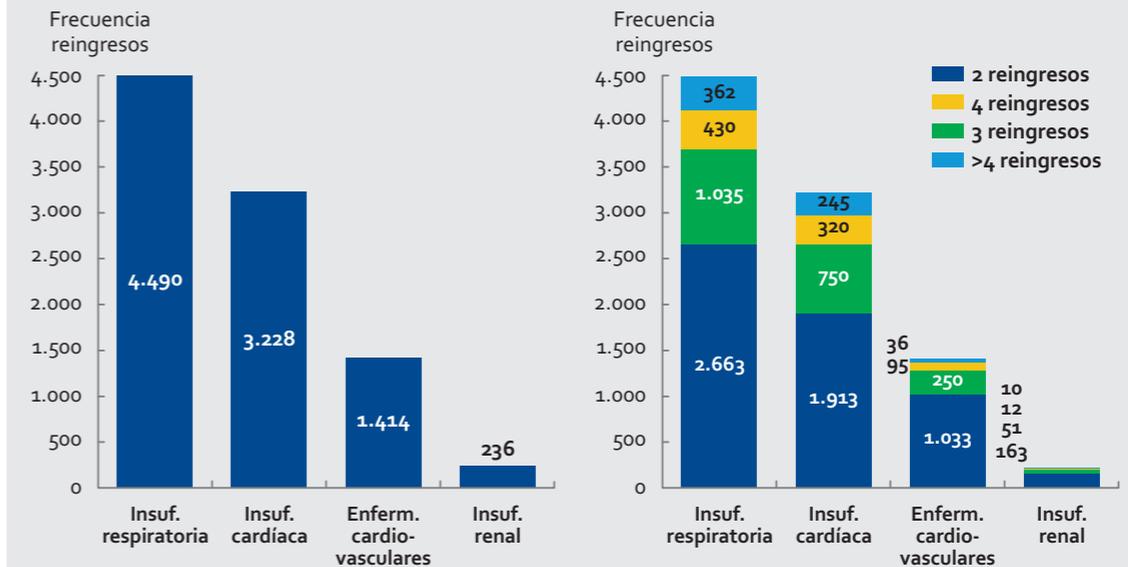
Plan Director de Atención a la Cronicidad en un Modelo de Integración Asistencial 2014-2017



nicas que hacen que sea necesario efectuar **reingresos para un mismo paciente en distintos periodos de su vida**. Un ejemplo concreto en Castilla-La Mancha es la insuficiencia respiratoria que se constituye como el proceso que más

reingresos genera entre la población (4.490 en el año 2011), superando casi en un 40% los reingresos que se producen por insuficiencia cardíaca, y prácticamente triplicando los que ocasionan las enfermedades cardiovasculares.

Frecuencia de ocurrencia de reingresos en patologías que ocasionan una elevada frecuentación asistencial, según nº reingresos (nº; 2011)



Fuente: INE, MSSSI, Encuesta Nacional de Salud

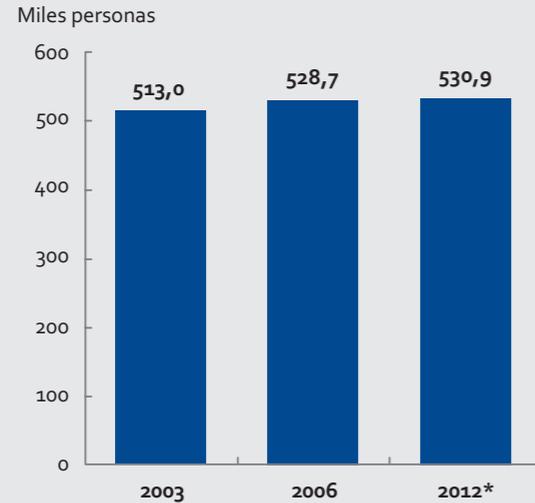
Figura 2.21. Reingresos ocasionados por las enfermedades crónicas, 2011

Otro dato que nos indica la mayor frecuentación de este tipo de pacientes es el número de personas que han utilizado los servicios de Urgencias de Castilla-La Mancha, según la Encuesta Nacional de Salud, que no ha dejado de crecer

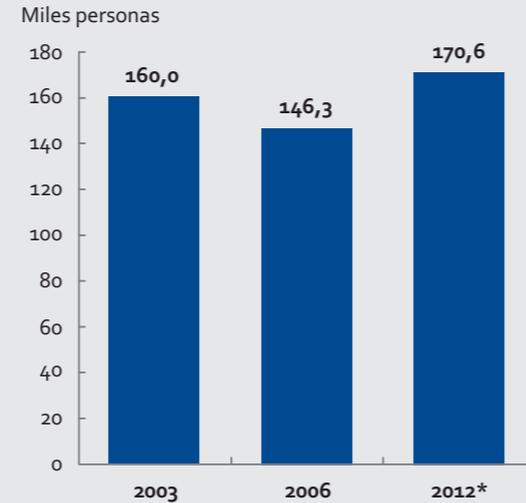
desde 2003. Una situación parecida se produce con el número de hospitalizaciones: entre 2006 y 2012, esta cifra se ha visto incrementada en 24.300 hospitalizaciones.

La identificación del paciente crónico en Castilla-La Mancha: una realidad compleja y un reto

Utilización del servicio de Urgencias en Castilla-La Mancha en los últimos 12 meses (miles de personas; 2003-2012)



Hospitalizaciones en Castilla-La Mancha en los últimos 12 meses (miles de personas; 2003-2012)



Fuente: INE, MSSSI, Encuesta Nacional de Salud. *En 2009 no se realizó la encuesta

Figura 2.22. Hospitalizaciones y utilización de los servicios de Urgencias en Castilla-La Mancha en los últimos 12 meses, 2003-2012

El consumo de medicamentos se incrementa a medida que una persona presenta más patologías crónicas

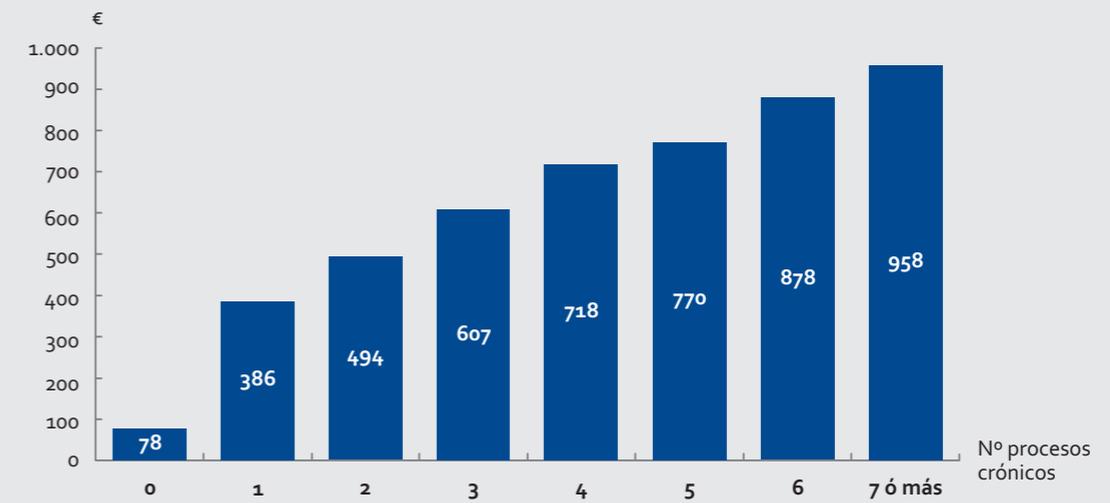
El consumo de medicamentos en pacientes que ya han tenido al menos un episodio de hospitalización se incrementa a medida que crece el número de patologías crónicas que presenta. Así, en los pacientes dados de alta tras

un ingreso, el gasto medio al presentar una sola patología crónica es de 386 €, incrementándose con el número de patologías crónicas hasta alcanzar los 958 € para los pacientes con 7 o más procesos crónicos.

Plan Director de Atención a la Cronicidad en un Modelo de Integración Asistencial 2014-2017



Coste farmacológico para pacientes que ya han tenido al menos un episodio de hospitalización, según número de patologías crónicas (euros; primer cuatrimestre 2014)



Fuente: Datos disponibles SESCOAM

Figura 2.23. Coste farmacológico para pacientes que ya han tenido al menos un episodio de hospitalización, según número de patologías crónicas, primer cuatrimestre de 2014

Un adecuado manejo de la patología crónica, reenfocando la asistencia de forma preventiva y dotando al paciente y al cuidador de una mayor capacidad de gestión de su o sus enfermedades, facilitará que se produzca un menor número de agudizaciones del paciente y una mayor facilidad a la hora de poder dar altas precoces, lo que redundará en una mejora de la calidad de vida del paciente y en un uso más eficiente de los recursos asistenciales.

Importante incremento del gasto sanitario

El efecto agregado de todos los factores explicados anteriormente deriva en último término en un notable **incremento del gasto sanitario** de las personas con enfermedades crónicas.

De manera global, el gasto sanitario público en España ha crecido desde 2002 a

En 2011 CLM tuvo un gasto sanitario 2,4 puntos por encima de la media de las Comunidades Autónomas

La identificación del paciente crónico en Castilla-La Mancha: una realidad compleja y un reto

2009 a un ritmo anual medio del 9%, llegando casi a duplicar el gasto en el período. En la comparación por Comunidades Autónomas, en el año 2011 Castilla-La Mancha tuvo un gasto sanitario que, en términos porcentuales

sobre su PIB, se situó 2,4 puntos por encima de la media de las Comunidades Autónomas. El gasto por habitante (1.450 €/hab.) también superó la media nacional, en un 9,7%.

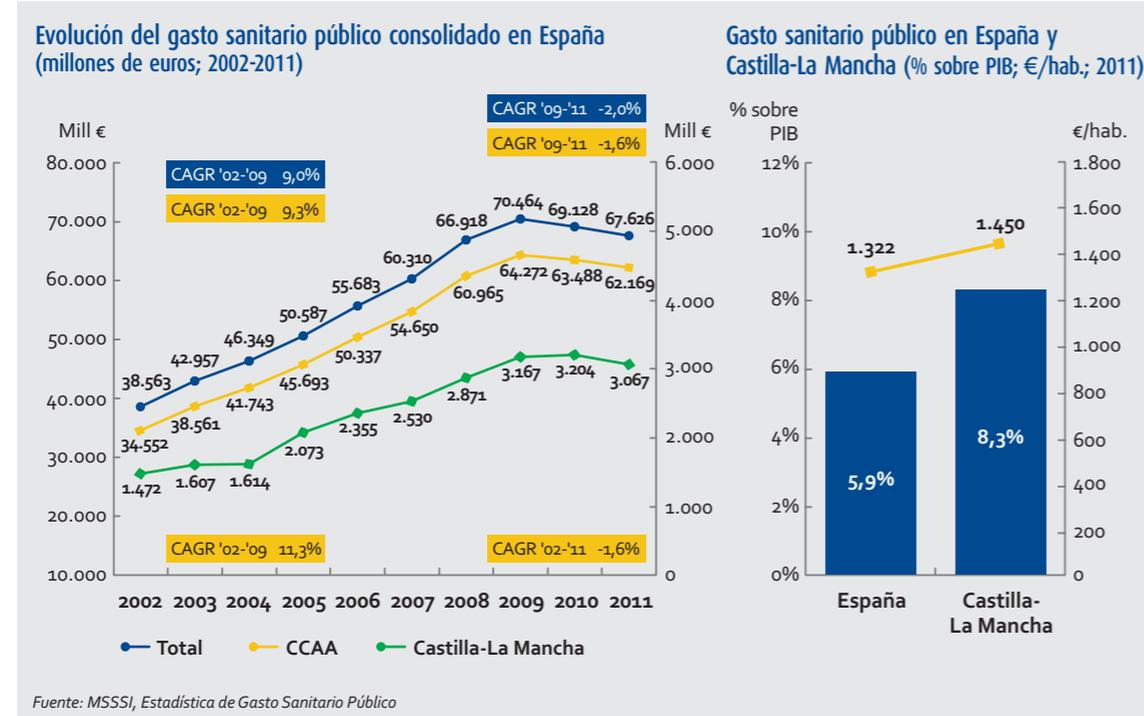


Figura 2.24. Evolución del gasto sanitario público en España, 2007-2011. Gasto sanitario público en las CCAA, 2011

En España se estima que el 70% del gasto sanitario del sistema de salud se destina a la atención asistencial de pacientes crónicos, según

el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Además, de acuerdo con las conclusiones extraídas en 2011 por el Grupo de Traba-



jo de la Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI) y la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria (semFYC), los costes en los pacientes con más de una enfermedad crónica llegan a multiplicarse por 6 con respecto a los que no tienen ninguna o sólo tienen una.

Para **lograr una adecuada sostenibilidad del sistema de salud** es necesario que se de una adecuada respuesta al abordaje de los crónicos ya que de continuar en la misma situación

pondrían en peligro la viabilidad de nuestro Sistema de Salud. De ahí que este Plan Director no sólo esté enfocado a transformar el modelo asistencial de Castilla-La Mancha para mejorar la calidad asistencial que presta a sus ciudadanos, sino que se orienta asimismo a organizar de una manera más racional los recursos con el fin de hacer sostenible a largo plazo el sistema de salud del que disponemos.

Los costes en los pacientes con más de una enfermedad crónica llegan a multiplicarse por 6



3 La oportunidad de un cambio del modelo asistencial de Castilla-La Mancha

Conocida, por tanto, la complejidad que implica tanto la identificación como el abordaje del paciente crónico, cabe hacerse la pregunta más importante y cuya respuesta ha dado lugar a al presente Plan Director ¿es necesario cambiar la forma de prestar asistencia?, y si esto es así, ¿hacia dónde hay que reorientar nuestro Servicio de Salud? En el presente apartado se detallan cuáles han sido las bases conceptuales del análisis de mejora de nuestro Sistema de salud y las guías que nos han servido de ayuda para definir las claves del nuevo modelo asistencial para la atención a personas con enfermedades crónicas en Castilla-La Mancha.

3.1. Necesidades de mejora del modelo actual

Actualmente en España son numerosos los equipos de gobierno autonómicos que a partir de 2010 han trabajado en la definición y puesta en marcha de estrategias específicas de atención a pacientes crónicos, reorientándose los Servicios de Salud de algunas de las Comunida-

des Autónomas del país a las nuevas necesidades que genera este perfil de pacientes.

Las estrategias autonómicas en atención a pacientes crónicos intentan solventar determinadas **carencias** que son **comunes** a los **sistemas de salud** actuales:

- Falta de adaptación de los cuidados y el seguimiento que se le proporciona al paciente crónico al nivel de evolución de la o las patologías que padece.
- Control limitado sobre los principales factores de riesgo (tabaquismo, alcoholismo, sedentarismo,...) que multiplican la probabilidad de padecer enfermedades crónicas.
- Médico-dependencia y expectativas del paciente de que sólo la medicina puede mejorar su estado o su calidad de vida.
- Falta de continuidad asistencial entre los distintos niveles sanitarios y con el ámbito sociosanitario, lo que provoca limitaciones a la hora de tener una visión integral del paciente y de facilitarle el mejor recurso que necesite en cada momento.

En estos momentos, además de la estrategia nacional, **10 de las 17 CCAA** a nivel nacional han desarrollado estrategias o planes de abordaje de este tipo de patologías:

10 de las 17 CCAA a nivel nacional han desarrollado estrategias o planes de abordaje de este tipo de patologías

La oportunidad de un cambio del modelo asistencial de Castilla-La Mancha

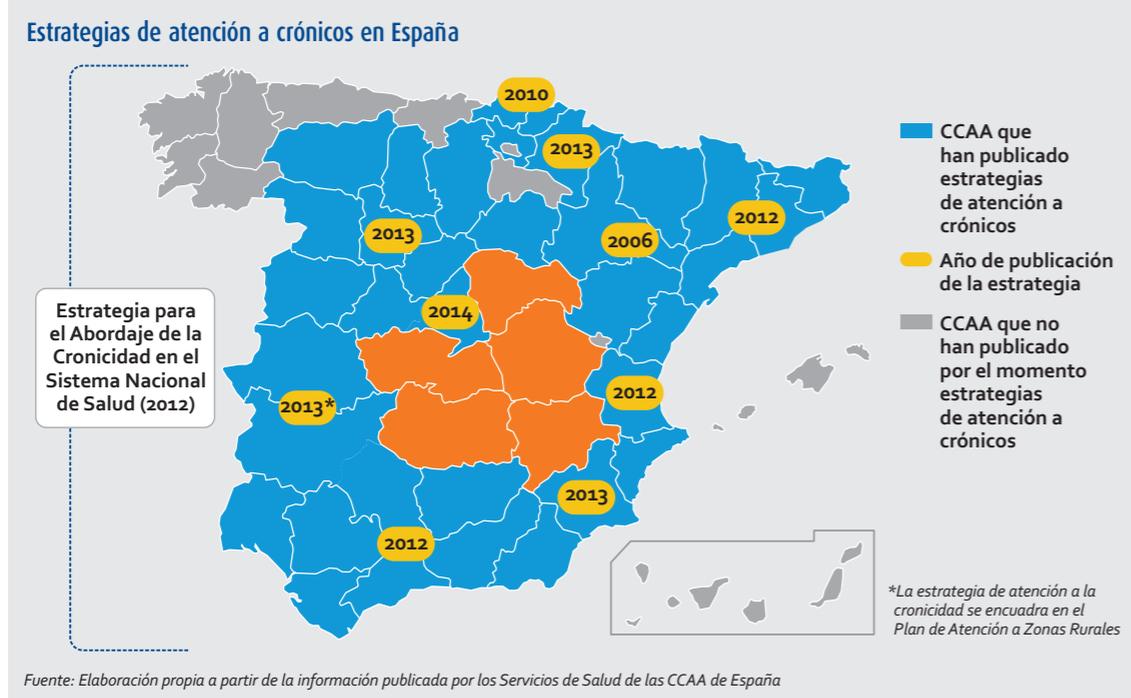


Figura 3.1 Mapa de CCAA con estrategias de atención a pacientes crónicos en España

Estas estrategias autonómicas quedan ahora enmarcadas bajo la **Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad en el Sistema Nacional de Salud**, publicada en 2012 por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, y cuyos **principios rectores** son:

- Las personas, tanto en su esfera individual como social, son el centro del Sistema Nacional de Salud. Por ello, los sistemas sanitarios deben evolucionar desde un enfoque orientado a la enfermedad hacia un enfoque

que les permita prestar una atención proactiva de las necesidades de las personas.

- El abordaje de la cronicidad ha de tener un enfoque de salud poblacional. Se debe contemplar la mejora de la salud de toda la población (personas sanas y enfermas) para lo que resulta necesario desarrollar líneas de actuación para cada colectivo.
- Consideración de la perspectiva del ciclo de vida y de los determinantes sociales de la salud. En cada etapa del desarrollo (eta-

Plan Director de Atención a la Cronicidad en un Modelo de Integración Asistencial 2014-2017



pa prenatal, infancia, niñez, adolescencia, juventud, edad adulta y ancianidad) se potenciará la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad y un acceso adecuado a los servicios sanitarios y sociales.

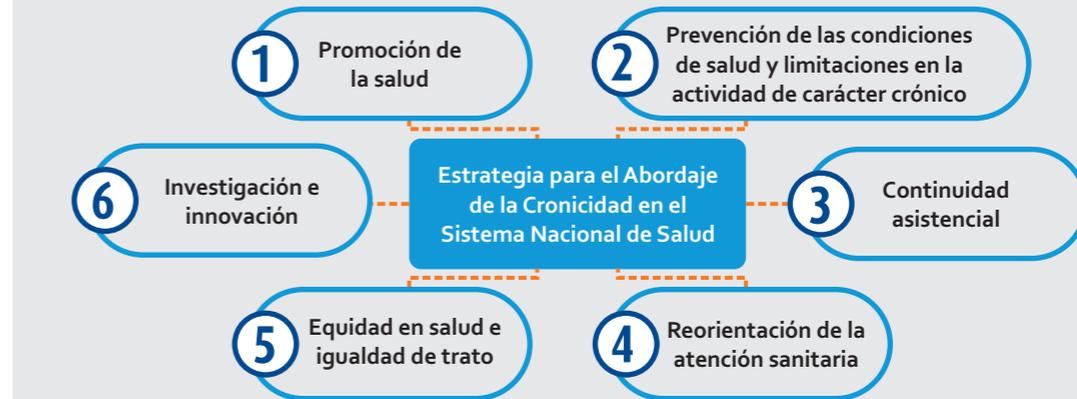
- Se deben considerar todas las condiciones de salud y limitaciones en la actividad de carácter crónico, aunque como punto de partida se pueda considerar poner el foco en aquellas enfermedades crónicas más prevalentes (enfermedades cardiovasculares, enfermedades respiratorias crónicas, el cáncer, la diabetes y los problemas de salud mental).
- La Atención Primaria es el eje de la atención al paciente con condiciones de salud y limi-

taciones en la actividad de carácter crónico, por lo que se debe dotar de mayor protagonismo a los equipos de atención primaria y medicina de familia.

- Continuidad asistencial, de forma que se mejore la coordinación entre la atención primaria, especializada y el ámbito socio-sanitario, para prestar una atención integral al paciente crónico.
- Los profesionales del Sistema Nacional de Salud han de compartir con toda la ciudadanía la responsabilidad en los cuidados de salud y en la utilización adecuada de los servicios sanitarios y sociales.

Las estrategias autonómicas se alinean con los principios rectores de la Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad en el SNS

Líneas Estratégicas de la Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad en el Sistema Nacional de Salud



Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad

Figura 3.2 Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad en el SNS: líneas estratégicas

En este entorno, Castilla-La Mancha ha considerado que no puede mantenerse alejada de esta realidad y debe dar una respuesta sólida, tangible y concreta para la atención sanitaria a los ciudadanos con enfermedades crónicas. Enmarcado en el trabajo de definición del Plan Director, se ha tomado como referencia la experiencia acumulada en la gestión que se ha realizado tradicionalmente en nuestra Comunidad Autónoma para atender a los pacientes crónicos. De este modo, el nuevo modelo de atención al crónico está alineado con las **estrategias vigentes en Castilla-La Mancha**, entre las que se encuentran:

- Las distintas Órdenes de **transformación de la organización del Sistema de Salud hacia las Gerencias de Área Integrada**, como la Orden de 18/12/2012, modificada por la Orden de 18/07/2013 y posteriormente por la Orden de 29/10/2013, todas ellas publicadas por la Consejería de Sanidad y Asuntos Sociales de Castilla-La Mancha.
- El **Plan Estratégico de Ayuda a la Familia 2013-2016**, cuyo objetivo es proteger a la familia castellanomanchega como pilar esencial de nuestra sociedad. En materia de cronicidad, el apoyo familiar representa una red imprescindible para la atención integral del paciente crónico, que en muchas ocasiones se encuentra al cuidado de un familiar. Esto es especialmente crítico en aquellas situaciones en las que el proceso

crónico ha llevado a la persona a un estado de dependencia para el desempeño de las actividades básicas de la vida diaria.

En concreto, la Línea Estratégica III del Plan de Ayuda a la Familia tiene entre sus objetivos específicos el de implicar a la familia en la creación de hábitos saludables en los menores, como medio para prevenir la aparición de enfermedades. Además, la Línea Estratégica IV se propone como objetivo principal proporcionar apoyos adecuados a las familias con alguno de sus miembros con discapacidad y/o en situación de dependencia.

- El **Plan de Acción Global Castilla-La Mancha Más Activa**, cuyo objetivo principal es el fomento de estilos de vida activos y saludables en la población de nuestra Comunidad Autónoma, para todas las edades, con especial hincapié en el colectivo escolar. El fin último del Plan es contar con una población más saludable, informada, sensibilizada con su salud y concienciada de los riesgos que supone la inactividad.
- Los **Planes, Protocolos y Guías asistenciales por patologías** (Diabetes, etc.), que establecen las pautas de actuación como soporte a los profesionales sanitarios en sus procesos de toma de decisiones al atender a pacientes con determinadas patologías crónicas.

El análisis realizado ha servido para identificar las carencias actuales y potenciales a futuro de nuestro Sistema de Salud, lo que ha sido de



Se ha realizado un análisis para identificar las oportunidades de mejora

gran utilidad para definir el nuevo modelo asistencial. Entre las principales **oportunidades de mejora del modelo actual** de atención a crónicos en **Castilla-La Mancha** se encuentran:

- Modelo de asistencia reactivo, en el que se espera la llegada a demanda del paciente, frecuentemente asociada a limitaciones en el control del mismo lo que origina, en muchos casos, agudizaciones evitables de la enfermedad.
- Heterogeneidad en la prestación asistencial de atención a crónicos, lo que da lugar a que para cada patología crónica se siga un proceso de atención determinado, en muchos casos sin disponer de una visión global de las implicaciones conjuntas de las mismas.
- Limitaciones y barreras en la coordinación entre los niveles asistenciales, de forma que no se produce una continuidad asistencial real, ni una atención integral al paciente a lo largo de su transición por el sistema de salud.
- Falta de colaboración, cooperación y coordinación entre los equipos de profesionales de los distintos niveles asistenciales.
- Carencias en la coordinación con servicios sociales y sociosanitarios, que genera que los pacientes no estén en cada momento en el recurso más adecuado para su situación.
- Falta de formación de los pacientes y los cuidadores, si es el caso, en relación a su patología, que contribuye a generar sobre-

frecuentación de los recursos asistenciales tanto de Primaria como de Especializada de la Comunidad.

3.2. Crónicos: problemática común en los países desarrollados

La atención a las necesidades del nuevo perfil de paciente (la persona con enfermedades crónicas) constituye un **desafío común a las economías avanzadas de todo el mundo**, aún así, no hay un abordaje común en estos países respecto a cómo adecuar sus Sistemas de salud al reto de la cronicidad creciente que están soportando. Sin embargo, si se han desarrollado modelos de referencia a partir de iniciativas de diversas instituciones universitarias y/o clínicas, destacamos 3 de ellas a nivel internacional ya que son las más representativas y han sido utilizadas en distinto grado a la hora de desarrollar el presente Plan Director.

El Plan Director ha utilizado modelos de referencia internacional

Modelos de referencia a nivel internacional

1. El Modelo de Atención al Crónico (The Chronic Care Model)

Este modelo de atención al crónico es el más conocido a nivel internacional en materia de enfermedades crónicas y es el que ha servido de base para la definición de las estrategias de atención a crónicos en un gran número de países.

La oportunidad de un cambio del modelo asistencial de Castilla-La Mancha

Fue desarrollado por Ed Wagner y colaboradores del MacColl Institute for Healthcare Innovation (Seattle, EEUU), y se centra en establecer vínculos entre unos pacientes activos y correctamente informados con equipos proactivos de profesionales. El modelo se apoya en que gran parte de la atención al paciente crónico se produce fuera del sistema sanitario tradicional.

Se establecen 6 elementos clave para definir cualquier iniciativa de atención a pacientes crónicos: la comunidad, sus recursos y políticas; el sistema de salud; la auto-gestión por parte del paciente; el apoyo a la toma de decisiones; el rediseño de los sistemas de prestación; los sistemas de información clínica. Los principios clave del modelo son:

1. Movilizar los recursos de la comunidad para satisfacer las necesidades de los pacientes crónicos.
2. Crear la cultura, la organización y los mecanismos necesarios para promover una atención segura y de alta calidad.
3. Capacitar y formar a las personas para que puedan gestionar su enfermedad.
4. Prestar apoyo para la auto-gestión, además de una atención eficiente y eficaz.
5. Promover una atención asistencial que esté alineada con las evidencias en investigación y con las preferencias del paciente.
6. Organizar la información de los pacientes de forma que se pueda prestar una atención eficiente y eficaz.

Modelo de Atención al Crónico (Chronic Care Model)



Fuente: Ed Wagner y colaboradores del MacColl Institute for Healthcare Innovation (Seattle, EEUU)

Figura 3.3 Modelo de Atención al Crónico (Chronic Care Model)



II. Atención Innovadora a la Cronicidad (Innovative Care for Chronic Conditions)

El modelo de Atención Innovadora a la Cronicidad se diseñó como una adaptación de la Organización Mundial de la Salud sobre el Modelo de Atención al Crónico elaborado por Ed. Wagner. Se centra en mejorar la atención sanitaria en torno a tres niveles: nivel micro (la persona y su familia); nivel meso (la comunidad y la organización sanitaria); nivel macro (políticas).

En el centro del modelo se sitúa el nivel micro,

bajo la base de que los mejores resultados en atención a pacientes crónicos se producen únicamente cuando la persona, su familia, los agentes por parte de la comunidad y los profesionales se encuentran motivados, bien informados y trabajando juntos. El nivel meso se apoya en las organizaciones sanitarias y en la comunidad, que a su vez, se ven influenciadas por las políticas y estrategias de salud –situadas en el nivel macro–, por lo que resulta imprescindible disponer de un marco institucional y normativo alineado con los objetivos que se pretenden alcanzar.

Atención Innovadora a la Cronicidad (Innovative Care for Chronic Conditions)



Figura 3.4 Atención Innovadora a la Cronicidad (Innovative Care for Chronic Conditions)

III. Pirámide de Kaiser Permanente

La Pirámide de Kaiser Permanente se basa en el Modelo de Atención al Crónico, para realizar una estratificación de la población en cuatro niveles. El modelo se centra en la integración de las organizaciones y disciplinas. Los profesionales sanitarios de atención primaria y especializada comparten un presupuesto único y trabajan con centros de múltiples especialidades en los que trabaja también personal de enfermería, farmacia, técnicos de laboratorio, etc.

Se estratifica la población en función de sus necesidades asistenciales:

- Población en general, sobre la que hay que realizar actuaciones de promoción de la salud y prevención de la aparición de la enfermedad.
- Pacientes crónicos que pueden gestionar su propia enfermedad gracias al apoyo que se les presta, de forma puntual.
- Pacientes de alto riesgo, para los que es necesario gestionar la enfermedad mediante apoyo profesional.
- Pacientes de alta complejidad, que deben ser atendidos a partir de la gestión de cada caso individual.

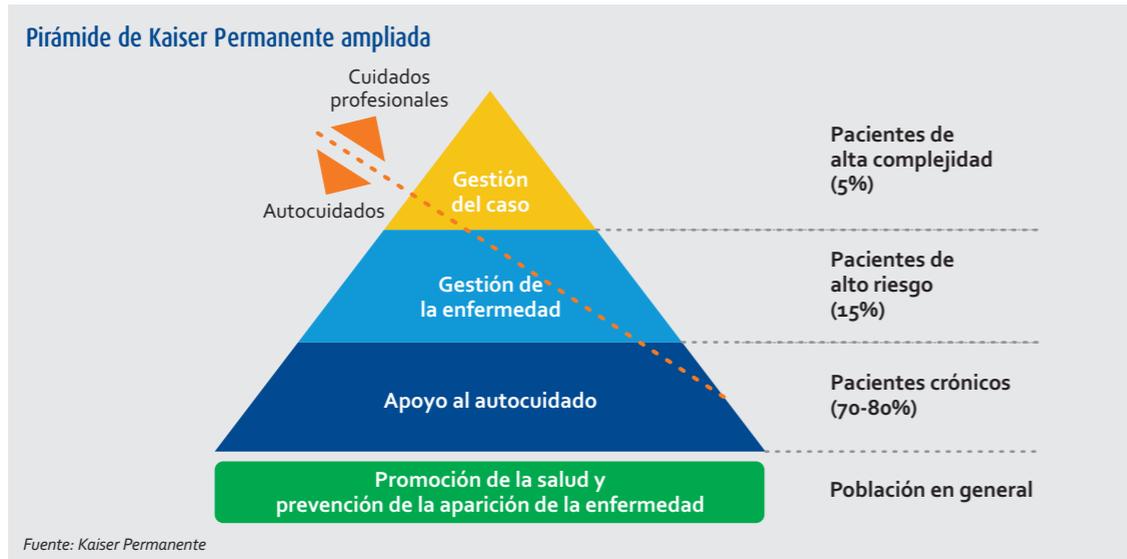


Figura 3.5 Pirámide de Kaiser Permanente ampliada



Escasez de evidencia contrastable en resultados de las acciones en crónicos

Tanto en la aplicación de los modelos presentados anteriormente como en las distintas iniciativas que a nivel internacional o nacional se están desarrollando para abordar el reto de la cronicidad, se ha detectado que **existe una gran carencia de evidencias sólidas acerca de los resultados alcanzados**, en gran medida porque en la aplicación de los modelos no se han establecido unos adecuados niveles de evaluación y seguimiento, aunque en algunos casos esta carencia viene derivada de la necesidad de realizar evaluaciones a medio y largo plazo.

En el caso del Modelo de Atención al Crónico de Ed Wagner, se han realizado pruebas sobre componentes concretos del modelo, como la formación a pacientes y la auto-gestión, pero hay pocos estudios que hayan analizado en profundidad el impacto de la aplicación del modelo en su conjunto. Si parecen existir algunas pruebas que demuestran una mejora de la calidad asistencial, los resultados clínicos y el uso de los recursos, al utilizar el modelo para determinadas patologías crónicas como por ejemplo diabetes, insuficiencia cardíaca, asma, depresión, insuficiencia renal y EPOC, pero sigue sin estar claro que la aplicación de todos los componentes del mismo sea imprescindible para mejorar la atención a las personas con enfermedades crónicas complejas.

Para el modelo de Atención Innovadora a la Cronicidad existen evidencias que prueban la

eficacia de la aplicación de determinados componentes del modelo. Sin embargo, no existen estudios que midan la efectividad del modelo en su conjunto. Otro elemento relevante de destacar, es que, para iniciativas concretas que se han desarrollado o se están desarrollando en la actualidad por muchos profesionales en sus hospitales o en sus áreas de salud, las limitaciones a nivel de tamaño de muestra y de perfil poblacional cuestionan en gran medida la aplicación y generalización de estas experiencias a entornos poblacionales mayores.

La aplicación de los diferentes modelos de atención debe acompañarse de evaluaciones a medio y largo plazo

En **Castilla-La Mancha** hemos definido un Plan Director que, si bien tiene puntos en común con los marcos de trabajo de referencia expuestos anteriormente, plantea un **enfoque integral** para abordar la atención de todas las patologías crónicas, mediante un modelo único que transforme el modelo de asistencia en Castilla-La Mancha y que con posterioridad pueda ser aplicado al resto de patologías, aún no siendo consideradas éstas como crónicas. Además, teniendo en cuenta la falta de evidencias que demuestran la efectividad de los modelos y medidas aplicadas en la actualidad, se establece como parte fundamental del Plan Director un **sistema de evaluación y medición riguroso** que permita confirmar y demostrar qué elementos del modelo funcionan y cuáles no, de forma que puedan evolucionar de manera justificada para mejorar la atención a los pacientes crónicos de Castilla-La Mancha.

El Plan Director establece un sistema de evaluación y medición

3.3. Un nuevo modelo asistencial para Castilla-La Mancha

Foco del nuevo modelo

El nuevo modelo de atención a crónicos de Castilla-La Mancha pretende transformar el modelo actual, en el que la asistencia se presta de forma reactiva, a un nuevo modelo eminentemente proactivo. Ahora el sistema se activa a partir del acceso del paciente por propia iniciativa a nuestros recursos asistenciales, y los gestores dimensionan los recursos necesarios en base la demanda esperada de atención, según frecuentaciones estándar históricas de procesos agudos.

El Plan Director impulsa una asistencia proactiva.

Con este Plan Director se va a favorecer la **evolución del sistema hacia una asistencia proactiva**, que permita identificar a las personas que necesitan una actuación sanitaria, incluso antes de que hayan desarrollado ninguna patología, captarlas e incorporarlas a un proceso formativo, en el caso de personas sanas con factores de riesgo, o a un proceso asistencial normalizado, para el caso de personas que hayan desarrollado una o más patologías crónicas. Se apoyará la capacitación y la autonomía del paciente o cuidador en el control de la o las patologías crónicas que padece y se reordenarán los medios asistenciales disponibles (los recursos, los profesionales, ...) en función de las necesidades clínico-asistenciales, de cuidados y sociales de los individuos.

Gracias a la transformación del modelo asistencial podremos alcanzar los siguientes objetivos:

- Prevención y retraso en la aparición de las enfermedades crónicas.
- Disminución de la progresión de la enfermedad y la aparición de complicaciones asociadas a las patologías crónicas.
- Mejora de la calidad de vida del paciente y su entorno.
- Disminución de frecuentaciones innecesarias de los recursos asistenciales (sobre todo en AE)
- Difusión de las mejores prácticas en el manejo de la enfermedad.

Un factor diferencial del Plan Director es que no sólo se limita al abordaje de las personas con procesos crónicos, sino que abarca **también** a las **personas sanas** al incluir el desarrollo de acciones de promoción de la salud y la prevención de la enfermedad. Tiene el objetivo claro de mejorar en la medida de lo posible la esperanza de vida en buena salud de la población de Castilla-La Mancha retrasando la aparición de patologías crónicas.

En términos de prevención, se implantarán actuaciones específicas para que, tanto la población sana, como aquella que se encuentra en fases prematuras de la enfermedad, desarrollen hábitos de vida saludables y eviten los factores de riesgo (tabaquismo, alcoholismo, obesidad) asociados a la aparición o intensificación de las enfermedades crónicas.



Respecto al paciente crónico, a partir de una reorientación de los recursos asistenciales desde un punto de vista de **atención integral, multidisciplinar y longitudinal**, el objetivo será retrasar la evolución natural de la enfermedad y la aparición de complicaciones que empeoren la calidad de vida de estos pacientes.

Se pueden encontrar diferentes acepciones del concepto de crónicos en las diversas publicaciones, modelos o estrategias que hay al respecto. En nuestro caso hemos optado por considerar como **Paciente Crónico** a aquella persona que padece una enfermedad de larga duración (más de 6 meses) cuyo fin o duración no puede preverse o no ocurrirá nunca. Aunque la mayor parte de los pacientes crónicos tienen una edad avanzada, estas enfermedades aparecen cada vez con más frecuencia en personas jóvenes, sobre las que el Plan Director debe prestar especial atención.

Aunque el Plan Director alcanzará a todo el ámbito de la cronicidad, se iniciará a través de una serie de patologías y comorbilidades previamente seleccionadas, en función de su prevalencia entre los ciudadanos y, el impacto en el coste y la frecuentación asistencial. Los procesos que se han priorizado como punto de partida del Plan Director son los siguientes:

- En primer lugar, una serie de procesos crónicos, entre los que se encuentran:
 - atención integrada en Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC).

- atención integrada en Diabetes.
- atención integrada en insuficiencia cardíaca crónica.
- atención integrada en la enfermedad renal crónica.
- atención al trastorno mental grave.
- intervención precoz en primeros episodios psicóticos.
- Además, y por su elevado impacto asistencial y en la calidad de vida de las personas, se han seleccionado las siguientes comorbilidades asociadas a los procesos crónicos o al envejecimiento:
 - prevención y manejo de las caídas y lesiones asociadas.
 - prevención y manejo de las úlceras por presión y heridas crónicas.

Se reorientan los recursos asistenciales hacia una atención integral, multidisciplinar y longitudinal

Tras el despliegue e implantación del nuevo modelo de integración asistencial para la atención a las patologías foco, se irán incorporando de manera paulatina una serie de procesos patológicos crónicos adicionales, así como otras comorbilidades asociadas, en función de los criterios que se definan. Sin ser exhaustivo podemos destacar patologías relacionadas con las siguientes áreas:

- cardiológica: cardiopatía isquémica, enfermedad cerebro vascular y arritmias.
- neurodegenerativa: epilepsia, enfermedad de Parkinson y esclerosis múltiple.
- respiratoria: asma.

La oportunidad de un cambio del modelo asistencial de Castilla-La Mancha

- digestiva: cirrosis y hepatopatías crónicas, colitis ulcerosa y enfermedad de Crohn.
- osteomuscular: artritis reumatoide, artrosis severa y osteoporosis.

Claves del nuevo modelo

El nuevo modelo se ha construido a partir de una **estratificación de la población**, en función de su nivel de riesgo frente a la enfermedad crónica. Así, se han definido, además de la población sana, tres niveles de pacientes según el nivel de criticidad de la cronicidad: pacientes crónicos de baja complejidad, crónicos complejos y crónicos de elevada complejidad.

Teniendo en cuenta el objetivo de transformación del modelo asistencial, evolucionando a un sistema proactivo de prevención y asistencia, se ha diseñado el nuevo modelo de abordaje de la atención a personas con enfermedades crónicas, sobre la base de un conjunto de elementos fundamentales, que incluyen:

- Segmentación del paciente, una vez realizada la estratificación de la población, para ajustar la respuesta del sistema a las necesidades específicas de cada persona.
- Redefinición de los procesos asistenciales desde un punto de vista integral, teniendo en cuenta que el paciente es el centro del sis-

tema y a partir del cual deben de organizarse los recursos para una mejor asistencia.

- Potenciación del papel de la Atención Primaria como elemento coordinador de los flujos de actuación sobre los pacientes.
- Impulso de la corresponsabilidad del paciente y cuidadores gracias a un incremento en la capacitación de los pacientes y cuidadores, entre otras actuaciones.
- Establecimiento de mecanismos de priorización y coordinación que faciliten una adecuada continuidad de los pacientes entre los diversos recursos asistenciales.
- Refuerzo en este modelo del papel de enfermería como consultor del paciente y del cuidador y, como gestor de las transiciones del paciente entre niveles asistenciales.
- Por último, y no menos importante la evolución de los sistemas de información actuales como herramienta que facilite el acceso a la información y la trazabilidad del paciente a lo largo de todo el proceso asistencial.

La clave de esta transformación es que ya hemos iniciado este proceso. En estos momentos están en **redefinición los procesos asistenciales integrados** anteriormente priorizados, desde un enfoque centrado en el paciente, en los profesionales y en los circuitos asistenciales, para conseguir respuestas unificadas y homogéneas a las necesidades y demandas del usuario.

Plan Director de Atención a la Cronicidad en un Modelo de Integración Asistencial 2014-2017

Un proceso, a diferencia de un protocolo, se diseña poniendo el centro de atención en el paciente en todo momento, organizando la atención en base a sus necesidades de modo que se superen las barreras que crea una estructura configurada en niveles asistenciales y se focaliza hacia los resultados en salud. Los resultados esperados deben poder medirse y se referencian a estándares (el óptimo deseable y posible sobre la base del conocimiento científico), impactando en las siguientes áreas: científico-técnica, seguridad del paciente, mejora de la calidad de vida, calidad percibida, y eficiencia.

Para la redefinición de cada proceso, se constituyó un grupo de trabajo específico y se siguió una metodología basada en IDEFO y BPMN, cuya estructura contaba con ocho fases: ficha de proceso; definición del procedimiento actual; identificación de las áreas de mejora; clasificación/priorización de las mismas; elaboración de la matriz de requisitos; rediseño; plan de implantación; y evaluación económica.

El éxito de la redefinición de los procesos se apoya en las siguientes claves:

- Una **atención orientada al paciente**, considerando que el paciente es el mejor conocedor de su situación, por lo que se le debe hacer partícipe del manejo y control de su enfermedad, así como de la toma de decisiones. El equipo de profesionales se articula por tanto alrededor de las preferencias

y necesidades del paciente, dotando de la mayor cohesión posible a la atención prestada.

- La **potenciación de la Atención Primaria** para revertir la tendencia actual que sitúa el centro del sistema en la atención hospitalaria, más enfocada a las patologías agudas.
- El aumento de la **competencia-capacitación de los pacientes y sus cuidadores** principales (unidad indisoluble) para su autocuidado. Como parte del Plan Director se ha diseñado un programa de formación-capacitación del paciente y el cuidador, cuyas características esenciales son:
 - Se encuentra integrado en la asistencia.
 - Está enfocado a la adquisición de conocimientos, habilidades y actitudes por parte del paciente-cuidador.
 - Se compone de tres niveles evaluables, por los que puede evolucionar el paciente-cuidador en función de la adquisición o pérdida de conocimientos y actitudes.
 - Cuenta con una estructura normalizada para los diferentes procesos asistenciales.
- También es importante definir el rol a desempeñar por el profesional a lo largo del proceso de capacitación del paciente-cuidador, para alcanzar una verdadera autonomía del mismo. Se debe poner el foco en **entrenar y capacitar a los profesionales**





Diseño de un sistema de continuidad asistencial para Castilla-La Mancha

sanitarios para que logren motivar a sus pacientes-cuidadores, así como dotarlos de las habilidades necesarias en términos de enseñanza y evaluación del aprendizaje.

Otro elemento imprescindible en el nuevo modelo de asistencia sanitaria de Castilla-La Mancha es el **diseño de un sistema de continuidad asistencial**, que garantice el adecuado flujo de los pacientes en su transición entre los distintos niveles, sea cual sea el recorrido que éste siga: del hospital a su domicilio habitual, de su domicilio habitual a un centro socio-sanitario, del centro socio-sanitario o su domicilio al hospital, etc.

Los condicionantes organizativos de este sistema de continuidad asistencial pasan por definir los criterios de selección y priorización de los pacientes diana. Debe basarse en un Plan que identifique e integre las necesidades del paciente tanto clínico-asistenciales, como de cuidados y necesidades sociales, y que permita la coordinación entre los profesionales de todos los niveles, en un proceso de atención sujeto a unos determinados tiempos de respuesta, en función de las necesidades detectadas y de la situación en que se encuentre el paciente. En concreto:

- En Atención Primaria será fundamental definir un protocolo de comunicación y coordinación entre el Médico de Familia y el especialista consultor (preferiblemente

Internista y/o Geriatra) así como de éstos con el resto de Especialistas del Hospital. Del mismo modo, hay que establecerlo entre los equipos de enfermería de Atención Primaria y Atención Especializada. Además, se concretarán las formas de comunicación e interrelación (teléfono, correos, informes...), se definirán los tiempos de respuesta, la organización de sesiones clínicas conjuntas de valoración de casos, rotaciones, estancias, etc.

- Para Atención Hospitalaria se concretarán circuitos diferenciados para la atención a estos pacientes en todos los contextos (Urgencias, Ingresos, Hospitales de Día, etc.). En la hospitalización, hay que concienciarse de que es necesario preparar al paciente para el alta prácticamente desde el momento de su ingreso. Una adecuada planificación del alta, cuyo impacto en la estancia hospitalaria es relativo, puede traducirse en una disminución de la tasa de reingresos por el mismo motivo.
- En el nuevo modelo adquiere especial relevancia el **Informe de Continuidad Asistencial**, al que debe ser incorporada toda la información relevante derivada de cada uno de los profesionales implicados (facultativo, enfermera, trabajador social, otros) en la atención al paciente durante su ingreso. Este informe facilita conocer y asignar a cada paciente los recursos que necesite en el momento del alta. También permite valorar

el tiempo de respuesta necesario por otros niveles de atención, que se traducirá en una cita concertada en el centro de salud, su domicilio o en otro entorno en un determinado tiempo que no se ha de superar. Toda esta información será utilizada para elaborar el **Plan de Atención Personalizado** de cada paciente, en función de sus necesidades en cada momento.

- El **refuerzo del papel de la enfermería** también será otro elemento fundamental del nuevo modelo. En línea con las directrices marcadas por la Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad en el Sistema Nacional de Salud (MSSI, 2012), el Plan Director de Castilla-La Mancha se propone reforzar el papel de los profesionales de enfermería, otorgándoles una especial relevancia en la atención a pacientes crónicos. El personal de enfermería es fundamental en el rol de educador/entrenador del paciente acerca de los auto-cuidados, como gestores de casos en personas con especial complejidad y como profesionales de enlace que mejoren la transición entre ámbitos sanitarios.

La enfermería debe constituirse como el eslabón entre las necesidades y los recursos de atención, poniendo en marcha las capacidades del sistema, en tiempo y forma. Para ello, la enfermera debe estar capacitada para:

- Identificar, valorar, gestionar y proveer una atención continuada y longitudinal.

- Ser el referente del paciente en relación con su salud.
- Coordinar los recursos asistenciales.

Por último, el nuevo modelo asistencial se ha de soportar en la disponibilidad de unas **nuevas funcionalidades de los sistemas de información**, que jueguen un papel facilitador, proporcionen una visión transversal del proceso y del paciente, y apoyen el desarrollo técnico de las actividades diarias y la toma de decisiones clínicas.

Los Sistemas de Información, en este nuevo modelo, deben de garantizar la accesibilidad a la información necesaria sobre los pacientes en todo el proceso asistencial, y ayudar a evitar duplicidades en datos, pruebas y procedimientos. Resulta imprescindible que las herramientas informáticas sean capaces de explotar los datos almacenados, transformándolos en información útil para el profesional, de forma que le ayuden en la orientación de los flujos de trabajo definidos por la organización y sean el soporte que necesita para su toma de decisiones.

Aplicación de la innovación en beneficio de la salud de la población

Dentro de las claves del nuevo modelo asistencial que se propone en este Plan Director

Plan de Atención Personalizado de cada paciente

Refuerzo del papel de la enfermería

Nuevas funcionalidades de los sistemas de información

La oportunidad de un cambio del modelo asistencial de Castilla-La Mancha

de Atención a la Cronicidad en un Modelo de Integración Asistencial se contemplan ciertos **elementos innovadores y diferenciales** que redundarán en beneficios importantes para la salud de la población de nuestra Comunidad Autónoma.

Entre los aspectos innovadores definidos que lo diferencian de otras estrategias y planes de atención a crónicos se encuentran:

- El sistema de continuidad asistencial diseñado incluye el establecimiento de **mecanismos de priorización y coordinación** que faciliten la continuidad del paciente a lo largo de los niveles asistenciales. Por ejemplo, ante un proceso de agudización de la enfermedad crónica que derive en el ingreso y posterior alta hospitalaria de un paciente, se evaluarán sus necesidades clínico-asistenciales con el fin de planificar de manera proactiva su visita a la consulta de atención primaria, priorizando en función de su necesidad de continuidad asistencial.
- **Modelo propio de formación-capacitación del paciente y cuidador**, integrado en la asistencia. Con él se pretende dotar de conocimientos y habilidades al paciente y al cuidador, para el manejo de la enfermedad y la realización eficaz de auto-cuidados. Los pacientes son clasificados en función de su nivel de capacitación (este

nivel no tiene por qué estar relacionado con el estrato de pacientes crónicos al que pertenezca) y pueden evolucionar/involucionar a medida que incrementa/disminuya su nivel de capacidad sobre el manejo de su enfermedad.

- **Prescripción de ejercicio y actividad física**, como elemento terapéutico en pacientes crónicos. Se trata de un elemento innovador desarrollado en colaboración con la Consejería de Educación, Cultura y Deportes de Castilla-La Mancha, la Red Europea de Investigación sobre la Fragilidad y otros grupos de investigación en materia de actividad y ejercicio físico, la Facultad de Ciencias del Deporte de la Universidad de Castilla-La Mancha, así como con la Dirección General de Mayores, Personas con Discapacidad y Dependientes, de la Consejería de Sanidad y Asuntos Sociales.

Como ejemplo en el grupo de pacientes mayores que han sufrido caídas, se han clasificando a las personas en función de su posibilidad de hacer ejercicio físico. A continuación se han definido 5 programas de actividad física, en los que se coordina la colaboración con monitores de gimnasios e instalaciones deportivas de las residencias de mayores. La adhesión y compromiso de todos los agentes involucrados en esta iniciativa resultará clave para alcanzar los beneficios esperados.

Plan Director de Atención a la Cronicidad en un Modelo de Integración Asistencial 2014-2017

- Los **Sistemas de Información como base de apoyo** del Plan Director. En el nuevo modelo asistencial, las Tecnologías de la Información y la Comunicación están llamadas a desempeñar un papel fundamental como soporte de los flujos y procesos de trabajo, explotando la información disponible y transformándola para que represente un verdadero valor añadido para los profesionales sanitarios en los momentos de toma de decisiones.

A diferencia de otras estrategias, el profesional continuará trabajando con los sistemas de información que ya conoce y do-

mina hasta ahora. La innovación se basa en introducir un visor que permita mostrar e integrar la información procedente de Atención Primaria y Atención Especializada, sin que el profesional tenga que introducir información ya disponible en otros sistemas de información del Servicio de Salud, de forma que sea fácil seguir la trazabilidad del paciente por los recursos asistenciales, tener un perfil completo del mismo y disponer de un flujo de trabajo claro según el proceso asistencial definido.



Innovación:

- **Mecanismos de priorización**
- **Modelo de formación y capacitación del paciente y cuidador**
- **Prescripción del ejercicio**
- **Tecnología como soporte de flujos y procesos**



4 El impulso a un nuevo modelo asistencial en prevención y atención a la cronicidad

4.1. Bases del Plan Director: **Balanced Scorecard** y procesos normalizados

A la hora de definir este Plan Director, y dado que el fin último es promover la transformación del Sistema de Salud de Castilla-La Mancha hacia un modelo de integración asistencial siendo el ámbito de la cronicidad una de las palancas más importantes para su evolución, es básico que el alcance del mismo no se limite a la enunciación de los resultados estratégicos y las tácticas para conseguirlos, sino que incluya también un importante componente de evaluación de los mismos, de forma que, a lo largo del periodo de despliegue, se puedan tomar decisiones basadas en datos fiables que permitan una mejora continua real y, una adaptación constante a las necesidades en salud de la población de Castilla-La Mancha

De ahí que el enfoque para el desarrollo del nuevo Plan Director de Atención a la Cronicidad en un Modelo de Integración Asistencial se apoye metodológicamente en un **Balanced Scorecard (BSC)** que, partiendo del establecimiento de un mapa estratégico de alto nivel

facilite la definición de los resultados esperados, las acciones y los mecanismos de monitorización del grado de consecución de ambos. Estos conceptos han permitido la construcción de un Plan Director adaptado a la realidad de Castilla-La Mancha y alineado con las necesidades de nuestros ciudadanos, tanto de la población sana, como de las personas que padecen enfermedades de carácter crónico.

El BSC es un modelo de gestión que, aplicado al ámbito sanitario, cuantifica el desempeño frente a la enfermedad y facilita la planificación estratégica sanitaria y la toma de decisiones. De manera general, traduce los resultados que se buscan en una estrategia con objetivos y acciones que van a facilitar su consecución, y que serán evaluados a través de indicadores facilitando un **proceso continuo de mejora**.

Para la construcción del BSC, se ha partido de la definición de un **mapa estratégico**, en el que se han establecido los objetivos estratégicos en salud que Castilla-La Mancha quiere alcanzar a medio y largo plazo. Además, se han determinado las líneas estratégicas y los proyectos e iniciativas que van a facilitar la consecución de dichos objetivos. En definitiva, el mapa estratégico nos permitirá responder a cuestiones clave como "¿hacia dónde nos vamos a dirigir?", "¿qué queremos conseguir?", "¿qué vamos a hacer para lograrlo?".

*El Plan Director aplica el **Balanced Score Card***



Figura 4.1 El Balanced Scorecard como modelo de gestión

Se definen un mapa y objetivos estratégicos

De manera conceptual, un mapa estratégico constituye la representación gráfica y simplificada de la estrategia de una organización, que le permite entender la coherencia entre los objetivos estratégicos y las necesidades de monitorización, visualizando de forma gráfica la estrategia y su composición. Permite asimismo operativizar la estrategia convirtiendo las grandes ideas y visiones estratégicas en una **estrategia estructurada, operativa y accionable** que señala claramente cómo cada uno de los implicados aporta valor diferencial y equilibrado a la consecución de la estrategia de la organización. Además,

sirve para comunicar de forma gráfica, sencilla y eficaz la voluntad estratégica a todos los niveles de la organización.

Entre las ventajas que aporta el mapa estratégico se encuentran:

- Ayuda a englobar y priorizar objetivos.
- Facilita la valoración de la importancia de cada objetivo estratégico porque los presenta agrupados en perspectivas.
- Muestra la forma en que una organización transformará sus iniciativas y recursos en resultados tangibles.



- Supone la interconexión de las piezas que normalmente parecen descoordinadas en las organizaciones para alinear a las personas con la estrategia de la organización.

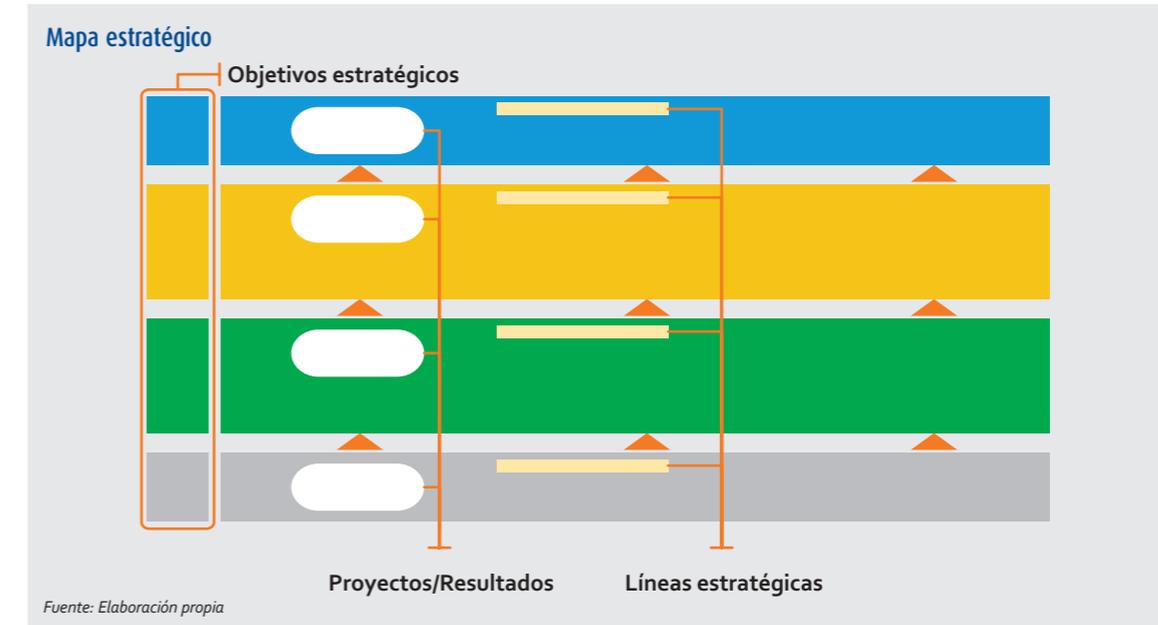


Figura 4.2 Ejemplo de mapa estratégico

Es de interés resaltar, en el desarrollo de este Plan, que una de las claves por las que los modelos internacionales de referencia en materia de atención a pacientes crónicos no han demostrado claramente hasta ahora su eficacia, ha sido la carencia de modelos sólidos de evaluación que permitan medir los resultados alcanzados a medio y largo plazo. Por tanto, para Castilla-La Mancha monitorizar la estrategia es fundamental para asegurar la consecución de los resultados que se persiguen con el presente

Plan Director, de ahí que se definirá una **batería de indicadores**, que servirán para medir el grado de desarrollo e implantación del mismo, ofreciendo información sobre el nivel de cumplimiento de los objetivos marcados y el grado de consecución de los resultados que se han definido. El sistema de indicadores del BSC nos permitirá responder a cuestiones clave como "¿estamos alcanzando los objetivos que nos hemos pro-

Como parte del Plan Director se define una batería de indicadores

El impulso a un nuevo modelo asistencial en prevención y atención a la cronicidad

puesto?”, “¿en qué medida?”, “¿cómo podemos mejorar en aquellos proyectos que no están presentando los resultados esperados?”. Sólo de esta manera se logrará confirmar en qué medida se están alcanzando los objetivos estratégicos establecidos, y cuáles son las áreas en las que será necesario poner el foco para conseguir una mejora continua a lo largo del tiempo.

Los procesos se han definido a partir de la metodología IDEF y BPMN

En nuestro modelo de evaluación se han establecido dos tipos de indicadores:

- **De realización**, para evaluar el nivel de ejecución y desarrollo de cada proyecto estratégico. De esta forma se podrá conocer en todo momento el ritmo de implantación y el grado de consecución de cada proyecto específico y del Plan Director en su conjunto.
- **De resultado**, que servirán para medir el impacto generado por los proyectos. Se trata de conocer los efectos que, a corto y medio plazo, produce cada uno de los proyectos estratégicos sobre la salud de la población, la sostenibilidad del sistema, la capacitación de los profesionales sanitarios, etc.

Otra de las bases en el desarrollo del Plan Director, es la **normalización de los procesos de segmentación y de atención** de la población susceptible de desarrollar o que ha desarrollado ya una patología crónica. Se han definido procesos globales y específicos por patologías a partir de la metodología **IDEFO y BPMN** que

darán soporte a la transformación de la organización hacia un nuevo modelo de atención a los usuarios del Sistema de Salud de Castilla-La Mancha.

IDEFO es una metodología de diseño y modelado gráfico y estructurado de acciones, actividades y decisiones de una organización o sistema, y no sólo va a servir para fomentar el análisis y la mejora continua sino que será básico para establecer una adecuada dotación de los recursos y una comunicación/formación a los profesionales de la red asistencial de Castilla-La Mancha sobre la nueva forma de abordar la asistencia en esta región (más información en www.idef.com). BPMN se ha utilizado en el desarrollo gráfico de los procesos normalizados como modelo de notación gráfica, ya que es un estándar ampliamente utilizado y validado a nivel internacional, de forma que los involucrados en el proceso tengan una visión accesible, legible y entendible de los mismos (más información en www.bpmn.org).

4.2. Misión, Visión y principios que inspiran el Plan Director

Misión y Visión

Se ha definido como **Misión** del Plan Director de Atención a la Cronicidad en un Modelo de Integración Asistencial, la transformación del Sistema de Salud de Castilla-La Mancha en un modelo proactivo de prevención y atención a

Plan Director de Atención a la Cronicidad en un Modelo de Integración Asistencial 2014-2017



la cronicidad, basado en una continuidad asistencial efectiva que proporcione una atención personalizada de las necesidades asistenciales y sociosanitarias, y potencie la autonomía del paciente-cuidador.

Esta Misión del Plan Director no se circunscribe únicamente a los pacientes crónicos, sino que va más allá y se propone fomentar la prevención de la aparición de las enfermedades crónicas en la sociedad en su conjunto, mediante la promoción de estilos de vida saludables en la población y la disminución del impacto de los factores de riesgo como son el sedentarismo, el hábito de fumar, La adopción de un estilo de vida más activo y saludable deberá servir también para ralentizar la evolución de los procesos crónicos en aquellos pacientes en los que la patología se encuentre en un estado incipiente.

También se ha definido la **Visión** del Plan Director, entendida como el escenario a largo plazo que esperamos alcanzar con su implantación, se descompone en las siguientes 4 dimensiones:

- Desde el punto de vista del paciente crónico y su entorno familiar, facilitar que el paciente esté mejor informado y sea más corresponsable de su propia enfermedad, concienciado sobre el control que puede ejercer de la misma y de sus hábitos para mejorar su calidad de vida mediante las herramientas adecuadas desde el punto de vista de formación y capacitación.

- Para la población en su conjunto, contribuir a fomentar una sociedad más concienciada sobre los problemas de carácter crónico, sobre los factores de riesgo que potencian la aparición de este tipo de enfermedades y cómo la adopción de hábitos de vida saludables pueden ser decisivos en prevenir (o al menos, retrasar) la aparición y desarrollo de estos procesos patológicos.
- En cuanto a los profesionales de la Salud, apoyar el refuerzo de las competencias del personal de enfermería, de forma que se afiance su posición como elemento clave de la coordinación de los recursos asistenciales del paciente crónico, de forma alineada con sus necesidades sociales y familiares. Además, se facilitará un entorno en el que se produzca una verdadera colaboración entre profesionales del ámbito sanitario, que redunde en una mejor atención al paciente.
- Considerando la perspectiva del Sistema de Salud, orientar el mismo hacia la atención de las necesidades clínico-asistenciales, de cuidados y sociales de un nuevo perfil de paciente, cada vez más frecuente en la sociedad: el paciente crónico. De forma que se pueda disponer de un sistema sanitario más ágil y eficiente, en el que la continuidad asistencial sea una realidad, y donde hayan desaparecido las barreras entre niveles asistenciales.

La misión y visión definen una transformación del sistema de salud de Castilla-La Mancha

El impulso a un nuevo modelo asistencial en prevención y atención a la cronicidad



Figura 4.3 Visión del Plan Director

Principios que inspiran el Plan Director

El diseño del Plan Director se ha realizado sobre los siguientes **principios rectores**:

- Las personas deben ser el centro de la actuación. Todos los proyectos definidos y desarrollados en el marco del Plan Director deben ser concebidos situando el foco de atención en la persona y sus necesidades.
- El eje de la atención al paciente con problemas de salud y con limitaciones en su actividad diaria de carácter crónico es la Atención Primaria. Se debe dotar a la Atención Primaria y a los profesionales sanitarios que en ella trabajan, de las herramientas y capacidades necesarias para posicionarse como agentes clave en la atención al paciente crónico.
- Resulta fundamental la continuidad asistencial tanto entre niveles asistenciales y sociosanitarios como entre profesionales. Es imprescindible trabajar en la eliminación de las posibles barreras entre niveles asistenciales y en una mayor coordinación con el ámbito socio-sanitario. Las líneas de actuación deben partir de una mayor colaboración entre los equipos de profesionales de cada nivel asistencial, lo que redundará en equipos mejor informados, en un flujo más ágil entre niveles asistenciales y en una atención más ajustada a las necesidades del paciente.
- Se debe facilitar por parte del sistema la gestión de la comorbilidad a lo largo de un periodo y no estar centrado en la atención



Plan Director de Atención a la Cronicidad en un Modelo de Integración Asistencial 2014-2017

de una única enfermedad en un momento puntual. Los protocolos de atención a la cronicidad deben contemplar no sólo los procesos patológicos y pluripatológicos, sino también los riesgos y problemas asociados a los problemas crónicos, que añaden una elevada complejidad en el manejo de los mismos.

- Para obtener mejoras de eficiencia es necesario intervenir de forma sistemática sobre múltiples aspectos. Las evidencias internacionales demuestran que las mejoras en eficiencia no están asociadas a la actuación sobre elementos aislados del sistema sanitario, sino que se deben diseñar actuaciones que incidan tanto en la población sana (la

sociedad en su conjunto) como la enferma (paciente, cuidadores y entorno familiar), en el Sistema de Salud y los profesionales sanitarios, en las políticas y estrategias y, en definitiva, sobre todos los elementos que juegan un papel en el ecosistema de agentes del ámbito de la Salud.

- Hay que segmentar los pacientes y actuar en función de dicha segmentación. Si bien la estratificación permite planificar los proyectos a llevar a cabo en función de las necesidades de cada colectivo, la segmentación permitirá la personalización del tratamiento, ajustando la actuación clínica a la situación específica de cada paciente.

Principios rectores del Plan Director

- Las **personas** deben ser el centro de la actuación
- El eje de la atención al paciente crónico es la **Atención Primaria**
- La **continuidad asistencial** es fundamental (tanto entre niveles asistenciales como entre profesionales)
- Se debe facilitar la gestión de la **comorbilidad** a lo largo de la atención al paciente (en lugar de atender una única enfermedad en un momento puntual)
- Para obtener mejores resultados es necesario actuar sobre **todos los elementos del Sistema** (pacientes, profesionales, sociedad ...)
- Hay que **segmentar los pacientes** para **personalizar** el tratamiento a su situación específica

Fuente: Elaboración propia

Figura 4.4 Principios rectores del Plan Director

El impulso a un nuevo modelo asistencial en prevención y atención a la cronicidad

Para conseguir una adecuada aplicación de estos principios se han definido los siguientes **requisitos de diseño**¹:

- Alineamiento: compromiso por parte de la Dirección con los resultados y el modelo de atención.
- Confiabilidad: procesos normalizados y sistemáticos.
- Personalización: adecuación a las necesidades individuales de cada paciente.
- Accesibilidad: disponibilidad cuando se necesita de medios, cuidados, información y conocimiento.
- Coordinación: actuación integral e integrada de recursos y tiempos.

Bajo estos principios y requisitos lograremos que el Sistema de Salud de Castilla-La Mancha consiga mejorar aún más los estándares de calidad actuales, facilitando asimismo la sostenibilidad financiera del mismo a largo plazo.

Los principios rectores guían el diseño de proyectos del Plan Director

4.3. Proceso normalizado de valoración y atención a la cronicidad para toda Castilla-La Mancha

Una de las bases del Plan Director es la definición de un **proceso normalizado de atención**

¹ Modificado de "The Chartis Group. Ambulatory care of the future. Optimizing health, service and cost by transforming the care delivery model"

al paciente crónico. A partir de la estratificación de la población de Castilla-La Mancha (población sana, pacientes crónicos de baja complejidad, crónicos complejos y crónicos de alta complejidad) se diseñan actuaciones específicamente adaptadas a las necesidades de cada grupo poblacional.

Entre los **objetivos** que se pretenden alcanzar mediante el proceso normalizado se encuentran los siguientes: predecir y gestionar el riesgo, rediseñar el sistema asistencial, coordinar los recursos disponibles, conseguir un mayor soporte al autocuidado del paciente y, disponer de un mayor apoyo en la toma de decisiones gracias al soporte prestado por los sistemas de información clínica.

Marco global de atención al paciente crónico

Para alcanzar los objetivos anteriores, hemos definido el **marco global de atención al paciente crónico** que desarrolla el proceso de atención del paciente estratificando los niveles de cuidados y la aplicación de recursos desde la entrada del mismo hasta la finalización de su proceso patológico.

Conforme crece la complejidad del paciente (pluripatología, polimedicación, fragilidad, discapacidad, comorbilidad, ...) a mayor nivel de estratificación de la población en la pirámide (sana, baja complejidad, media complejidad y alta complejidad) se les asignan unos determinados

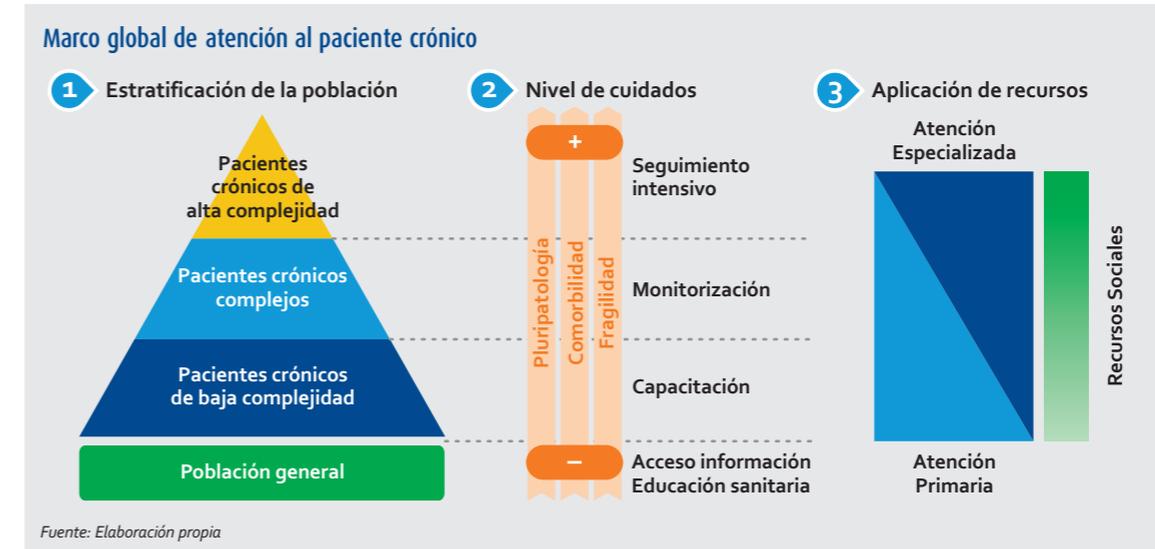


Figura 4.5 Marco global de atención al paciente crónico

recursos asistenciales y sociales en un nivel adecuado a sus necesidades, de esta forma:

- A la población sana se van a dirigir actuaciones de promoción de la salud, abandono de estilos de vida poco saludables y prevención de la aparición de la enfermedad.
- En los pacientes crónicos de baja complejidad, en los que la enfermedad se encuentra en fases incipientes, el seguimiento se realiza por parte del médico y la enfermera de atención primaria, ambos como equipo en la evaluación y planificación de la monitorización del paciente. En caso de agudización o incidencia, el médico de familia asume un

rol mayor, constituyéndose la enfermera como elemento de apoyo del paciente en la formación adecuada para el autocuidado de su enfermedad, así como para coordinar los flujos y circuitos que el paciente sigue dentro del Sistema para tratar su o sus enfermedades.

- Según se incrementan los niveles de cronicidad, en aquellos pacientes crónicos de media y/o alta complejidad donde la enfermedad se encuentra en estado más avanzado, tienen mayor peso los recursos asistenciales de Atención Especializada.

El proceso de atención al paciente crónico ajusta recursos y atención a las necesidades de cada paciente

El impulso a un nuevo modelo asistencial en prevención y atención a la cronicidad

En todo momento se considera no sólo a la persona enferma (que padece directamente la enfermedad crónica) sino también al **cuidador**, como una figura clave en el desempeño de las actividades básicas de la vida diaria del paciente y al que acompaña durante todo el período de tiempo que dura la enfermedad.

Proceso normalizado

El proceso de atención al paciente crónico se compone de un conjunto de **fases** que se suceden para prestar una asistencia estructurada, sistemática y proactiva, basada en las necesidades reales del paciente y su entorno.

Una vez realizada la **estratificación de la población** por el Servicio de Salud según el riesgo de desarrollar enfermedades de carácter crónico, será necesario llevar a cabo una **identificación** (segmentación) de los mismos y comprobar su situación en el Sistema de Salud. Esta identificación del paciente además de poder ser realizada de manera proactiva por los médicos del servicio de salud también podrá ser iniciada desde cualquier punto del Sistema (urgencias, consultas externas, consultas de primaria, ...) al que acceda el paciente si se detecta que debe ser incluido en un programa de crónicos.

A continuación, los pacientes se incorporan al proceso clínico-asistencial, siendo remitidos a los **equipos asistenciales** de Castilla-La Mancha,

en función de las Gerencias y Zonas Básicas de Salud definidas para establecerles un plan de atención personalizado.

A partir de este punto, el paciente entra en el nuevo sistema de manejo clínico de la enfermedad. Se comienza por una **valoración** previa del paciente, con una perspectiva integral, en función de los datos disponibles, de manera que se pueda establecer un esquema previo de abordaje que se aplica en una valoración personal, que puede incluir al cuidador en caso de que exista. Se contemplan aspectos clínicos (incluido el tratamiento farmacológico), funcionales, psico-afectivos y socio-familiares de la persona. En este proceso de valoración se cuenta en caso necesario con el especialista consultor y el trabajador social, integrándose sus respectivas valoraciones en el planteamiento global del paciente.

Tras comunicar al paciente su situación, se procede a **planificar** con él y con su cuidador **las actuaciones** a desarrollar. Durante todo el proceso, se realiza un **seguimiento** del paciente y su estado de salud, en el que pueden producirse situaciones no deseadas (como por ejemplo agudizaciones de la enfermedad, hospitalizaciones, etc.) que hagan necesaria la participación de algún recurso dentro del ecosistema de salud disponible en Castilla La Mancha. En esta situación se hace imprescindible una adecuada comunicación y cooperación entre los equipos profesionales de los distintos ámbitos asistenciales.



Ecosistema de medios técnicos y recursos humanos

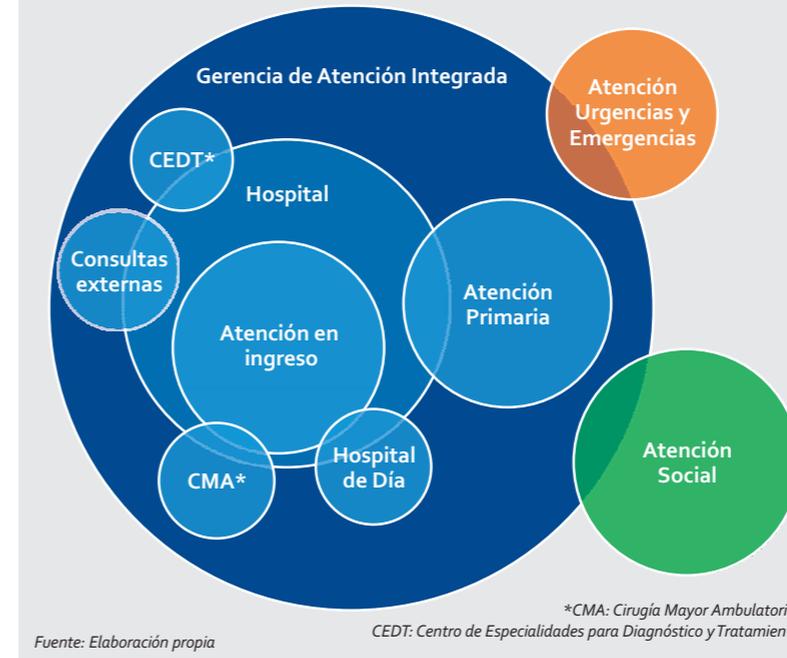


Figura 4.6 Ecosistema de medios técnicos y recursos humanos

En cada cita del paciente en Atención Primaria se **reevalúa** su situación y a partir del enfoque integrado y de la actualización de su riesgo se toma la decisión de mantener o modificar las pautas que se establecieron en su anterior visita, valorando de nuevo su situación y volviendo en caso necesario a planificar con él y su cuidador las actuaciones a desarrollar (ciclo planificación–seguimiento–reevaluación–valoración–replanificación).

El proceso contempla el papel de cada componente del ecosistema de medios y recursos

Las fases del proceso de atención facilitan una asistencia estructurada, sistemática y proactiva

Fases del proceso de atención al paciente crónico



Figura 4.7 Fases del proceso de atención al paciente crónico

El impulso a un nuevo modelo asistencial en prevención y atención a la cronicidad

Se define un modelo de empoderamiento del paciente evaluable, progresivo, integrador y personalizable

Como soporte a la asistencia se aplica un **modelo propio de formación-capacitación del paciente y cuidador**. Se trata de un modelo evaluable y progresivo, en el que se integra al paciente y al cuidador como una única

unidad y que abarca no sólo conocimientos, sino también habilidades y actitudes, que les ayudarán a gestionar de manera más eficaz la enfermedad.

	Paciente - Cuidador			Profesional
	Conocimientos	Habilidades	Actitudes	Rol
	Estructurado en tres niveles progresivos			
A medida que el paciente y cuidador progresan en competencia-capacitación, se incrementa su protagonismo en la gestión de la enfermedad, en detrimento del protagonismo del profesional				
Nivel III	<ul style="list-style-type: none"> Enfermedad Prevención Terapéutica - Ttº Signos-síntomas de alarma 	<ul style="list-style-type: none"> Maneja equipos Demuestra tareas Controla riesgos 	<ul style="list-style-type: none"> Experto Autónomo Posible formador 	<ul style="list-style-type: none"> Referente
Nivel II	<ul style="list-style-type: none"> Enfermedad Prevención Terapéutica - Ttº Signos-síntomas de alarma 	<ul style="list-style-type: none"> Maneja equipos Demuestra tareas Controla riesgos 	<ul style="list-style-type: none"> Búsqueda del aprendizaje Proactividad Resolución de problemas 	<ul style="list-style-type: none"> Tutela, seguimiento y delegación
Nivel I	<ul style="list-style-type: none"> Enfermedad Prevención Terapéutica - Ttº Signos-síntomas de alarma 	<ul style="list-style-type: none"> Maneja equipos Demuestra tareas Controla riesgos 	<ul style="list-style-type: none"> Interés por la información Colaboración 	<ul style="list-style-type: none"> Supervisión directa

Fuente: Elaboración propia

Figura 4.8 Modelo de formación-capacitación del paciente-cuidador

Entre los resultados que se espera lograr con el modelo de formación-capacitación, se encuentran:

- En cuanto a la capacitación del paciente:
 - Conducta terapéutica.
- Conocimiento sobre su proceso de la enfermedad.
- Control de síntomas.
- Motivación.
- Participación en la toma de decisiones.

Plan Director de Atención a la Cronicidad en un Modelo de Integración Asistencial 2014-2017

- En cuanto a la capacitación del cuidador:
 - Preparación del cuidador familiar domiciliario.

Además del modelo propio de formación-capacitación, los **sistemas tecnológicos de soporte** servirán como apoyo de manera transversal a

todo el proceso de atención al paciente crónico. El uso de la tecnología permitirá la agregación y visualización de toda la información disponible del paciente en su transición por todos los niveles asistenciales.

Los sistemas tecnológicos de soporte son un apoyo transversal en todo el proceso

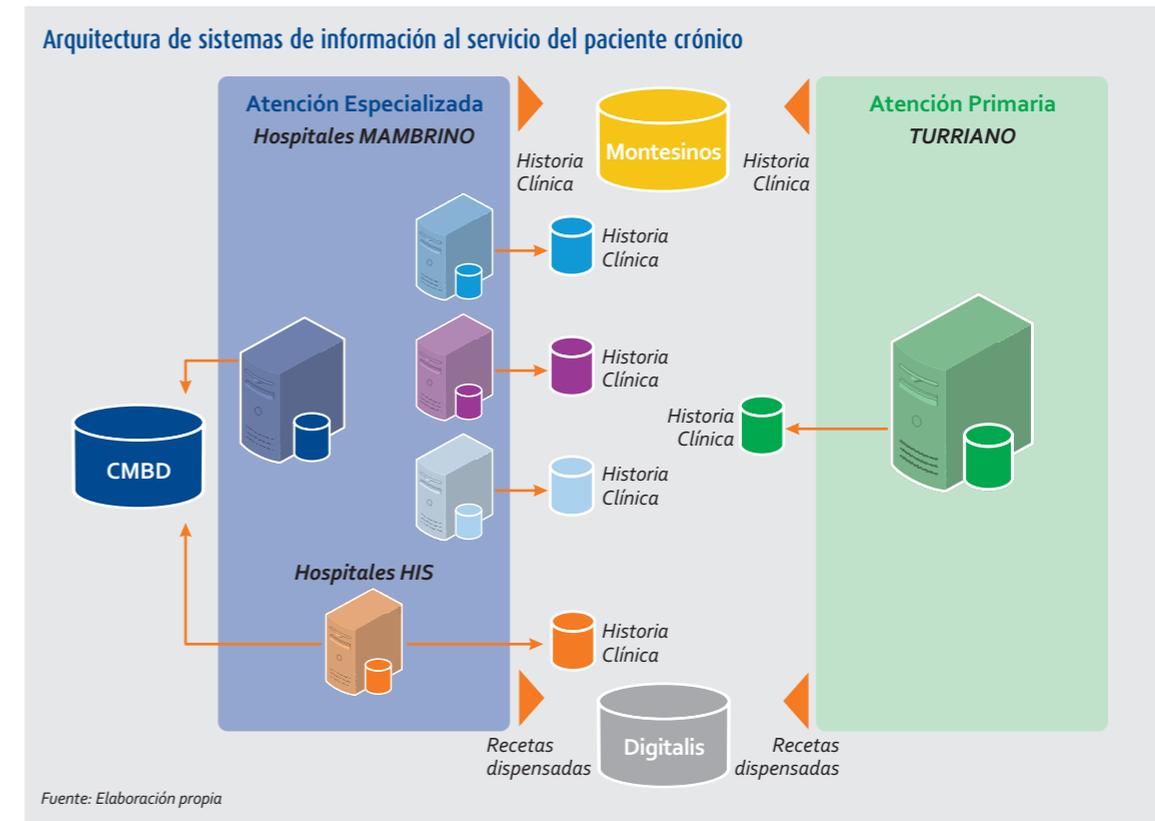


Figura 4.9 Arquitectura de sistemas de información al servicio del paciente crónico



El impulso a un nuevo modelo asistencial en prevención y atención a la cronicidad

Los sistemas de información explotarán los datos disponibles del paciente para definir e implementar **mecanismos de priorización y coordinación** que faciliten la continuidad asistencial. A partir de la priorización de las necesidades clíni-

co-asistenciales del paciente según unos criterios predefinidos se podrá planificar de manera proactiva su transición por los distintos niveles asistenciales del Sistema de Salud, en función de su necesidad de continuidad asistencial.



Figura 4.10 La tecnología de soporte, al servicio de la continuidad asistencial

Estos sistemas tecnológicos de soporte ofrecerán también al profesional sanitario un **visor** que integrará la información procedente del paciente en su interacción con Atención Primaria, Atención Especializada y el ámbito sociosanitario. La visualización de todos los datos en una ubicación común facilitará a los equipos profesionales los procesos de toma de decisiones, lo que redundará en una mejor atención al paciente crónico y un uso más eficiente de los recursos disponibles.



Figura 4.11 Esquema agrupador de información



Elementos diferenciadores del proceso normalizado de atención al crónico

Nuestro nuevo modelo asistencial cuenta con unos **elementos diferenciadores** que caracterizan el protocolo de atención a los pacientes crónicos:

- El proceso se basa en primer lugar en la **estratificación de la población** y, a partir de la misma en una **segmentación de los pacientes**, diseñando respuestas específicamente adaptadas a las necesidades de cada persona.
- En cada momento, el **perfil profesional** más adecuado será el encargado de atender al paciente en el **nivel asistencial** que mejor se adapte a sus necesidades clínico-asistenciales y sociales.
- Destacan las siguientes figuras entre los equipos de profesionales sanitarios que intervienen en la atención al paciente crónico:

- El **médico de familia** y la **enfermera de Atención Primaria**, como equipo clave en la coordinación de los recursos asistenciales y, en la atención a las necesidades del paciente y su entorno familiar.
- El **Especialista Consultor**, como enlace de un modelo alternativo de comunicación y coordinación entre Atención Primaria y Atención Especializada, que estarán orientados a fomentar un abordaje conjunto de los procesos en pacientes concretos que les facilite disponer del mejor tratamiento en el nivel asistencial adecuado al mismo.
- El **trabajador social**, como enlace de referencia en el entorno sociosanitario. Su papel será clave para potenciar la continuidad asistencial en la transición del paciente a lo largo del Sistema, tanto en el ámbito asistencial como en el sociosanitario.

El visor ofrece la información resultante de interacción con Atención Primaria, Atención Especializada y el ámbito socio-sanitario.

Especialista Consultor, soporte para Atención Primaria

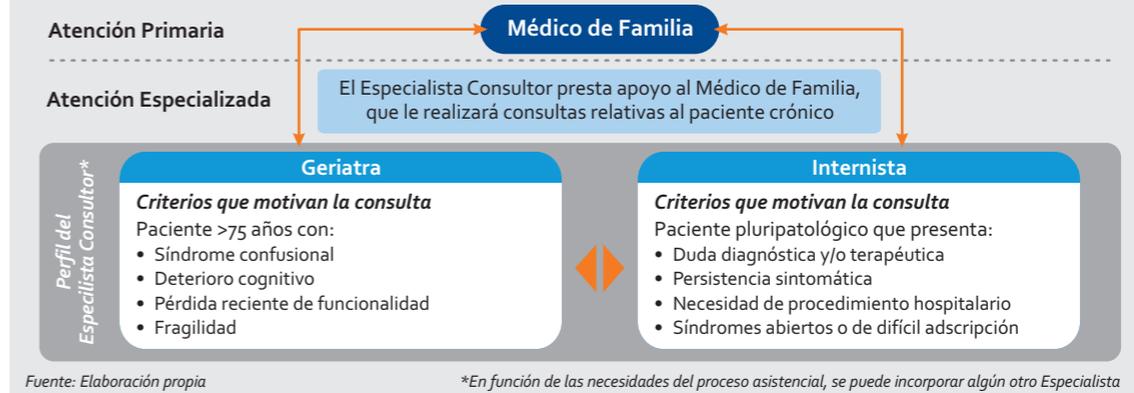


Figura 4.12 La figura del Especialista Consultor

El impulso a un nuevo modelo asistencial en prevención y atención a la cronicidad

- Se construye el protocolo de atención a pacientes crónicos desde un **enfoque integral hacia la persona**, teniendo en cuenta las perspectivas biológica, psicológica y social del paciente. Se presta una atención conti-

nuada y longitudinal, atendiendo las necesidades clínico-asistenciales, de cuidados y sociales del paciente, acompañándolo y asistiéndolo a lo largo de todo el proceso que dure su patología.

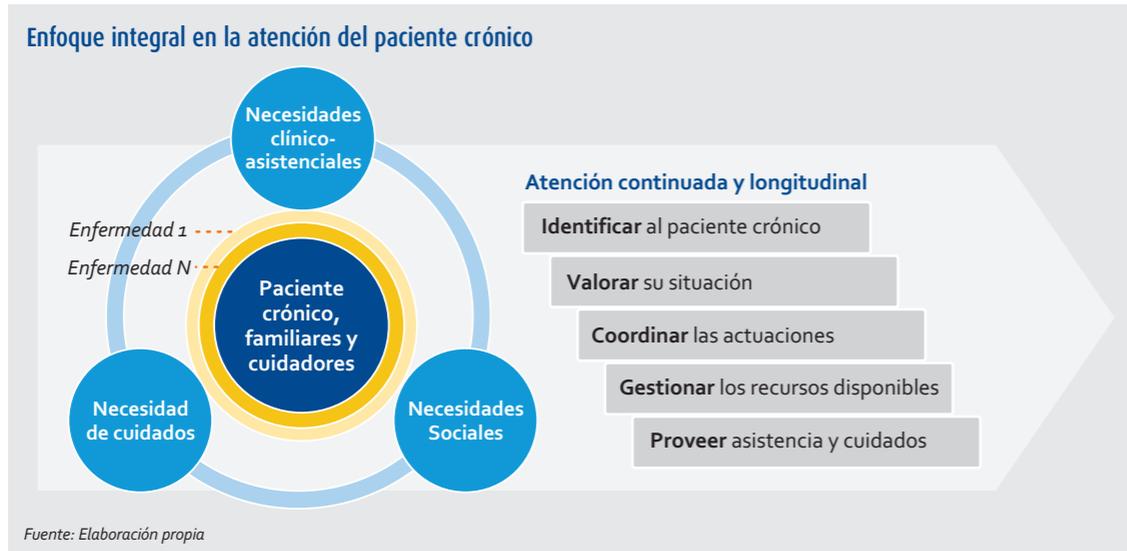


Figura 4.13 Enfoque integral en la atención del paciente crónico

La atención integrada facilita una mayor eficiencia y cuidados más coordinados y continuados

Esta atención integrada pretende conseguir una mayor eficiencia en el uso de los recursos, ofreciendo al paciente cuidados más coordinados y continuados. Una de las medidas que hace esto posible es la fusión de la función directiva, asistencial y administrativa

de ambos niveles asistenciales (Atención Primaria y Atención Especializada) constituyendo las **Gerencias de Área Integrada (GAI)**. Este cambio estructural posibilita la planificación y provisión de servicios desde la perspectiva del paciente, facilita soluciones a la fragmentación de la atención entre

Plan Director de Atención a la Cronicidad en un Modelo de Integración Asistencial 2014-2017



ambos y sus consecuencias sobre la calidad (barreras organizativas, bolsas de ineficiencia...). Este proceso de integración se inició en el año 2012, se consolidó en el año 2013 y, en 2014 concluirá con la completa cobertura a nivel de gestión de Castilla la Mancha.

dotará de los conocimientos y habilidades necesarias para gestionar de manera más eficaz su enfermedad.

4.4. Líneas estratégicas y palancas de transformación del modelo asistencial

- El **enfoque táctico** seguido en el proceso de atención a crónicos parte de la estratificación de la población y la segmentación del paciente, para identificar y priorizar el abordaje de las personas con problemas de carácter crónico. A continuación se le realiza una valoración integral acerca de su situación, se planifican de manera conjunta (con el paciente y su cuidador) las actuaciones a desarrollar y se realiza el seguimiento sobre las mismas, **reevaluando y replanificando** en caso necesario.

Este Plan Director se propone alcanzar 4 Objetivos estratégicos, desagregados en 12 Líneas estratégicas, que se materializarán por medio de 19 Proyectos que supondrá dotar al Sistema de mejores herramientas (tecnológicas, en innovación, en formación, y en comunicación) de forma que se mejoren los procesos asistenciales para que exista una atención integral y coordinada real. Estos proyectos tendrán un impacto sobre 9 Resultados que esperamos conseguir relacionados con obtener una mejora de la salud de la población, una mayor sostenibilidad del Sistema y, un cambio cultural en los stakeholders que intervienen en todo el proceso asistencial.

Para ello resulta fundamental el **Informe de Continuidad Asistencial**, al que se incorpora toda la información útil durante la atención al paciente en la salida del hospital. Dicha información será utilizada para elaborar el **Plan de Atención Personalizado** de cada paciente, en función de sus necesidades en cada momento.

- La atención al crónico se complementa con un modelo propio de **formación-capacitación** para pacientes y cuidadores, que les

El nivel de desarrollo de cada uno de los proyectos se podrá medir y monitorizar mediante **50 indicadores**, lo que ofrecerá una imagen acerca del grado de implantación y despliegue del Plan Director en su conjunto.

El Plan Director articula objetivos con líneas estratégicas, proyectos, resultados e indicadores hacia una mejora continua

El impulso a un nuevo modelo asistencial en prevención y atención a la cronicidad



Figura 4.14 Visión global de la estructura del Plan Director

Objetivos estratégicos

Los **4 Objetivos estratégicos** que nos fijamos como meta del Plan Director son:

a. Mejores resultados del Sistema de Salud.

Mediante el retraso en el desarrollo de las enfermedades crónicas y el incremento de la calidad de vida del paciente, al tiempo que se contribuye a garantizar la sostenibilidad del sistema gracias a un uso más eficiente y eficaz de los recursos asistenciales.

b. Mayor autonomía y cualificación de los agentes de interés.

Para conseguir mejorar los resultados en Salud será necesario un cambio cultural por parte de los agentes de interés. Esta evolución se articulará a través de tres factores fundamentalmente:

1. La sociedad se encontrará más informada y concienciada acerca de los peligros

de las enfermedades crónicas y tenderá a estilos de vida más saludables.

2. Una mayor autonomía del paciente crónico, que se verá más implicado en el control de su propia enfermedad y en la mejora de su calidad de vida.

3. Los profesionales sanitarios estarán más capacitados para atender las necesidades de los pacientes crónicos.

Además, para obtener mejores resultados del Sistema de Salud y contribuir a alcanzar una mayor autonomía y cualificación por parte de los agentes de interés será necesario mejorar los procesos internos de atención y disponer de mecanismos y herramientas que permitan una adecuada gestión del conocimiento:

c. Mejora de los procesos internos de atención.

Se debe promover una atención multidisciplinar, integral y longitudinal al paciente crónico, para lo cual resulta imprescindible

Plan Director de Atención a la Cronicidad en un Modelo de Integración Asistencial 2014-2017

eliminar las posibles barreras que puedan existir entre los niveles asistenciales y el ámbito sociosanitario. Por otro lado, para la población sana se deben diseñar medidas que fomenten el desarrollo de hábitos de vida saludables y el abandono de los factores de riesgo que favorecen la aparición y desarrollo de las enfermedades crónicas.

d. Mayor disponibilidad de mecanismos de gestión del conocimiento.

Se ha de disponer de 4 herramientas básicas que deriven en una adecuada generación, transmisión y generalización del conocimiento.

1. Las tecnologías de la información y las comunicaciones deben servir como

soporte para la prevención y la atención integral.

2. Se diseñarán programas de formación y capacitación tanto para pacientes y cuidadores, como para profesionales sanitarios.

3. La investigación, desarrollo e innovación en materia de atención a la cronicidad deben ser impulsadas y aplicadas de manera práctica para que redunde en beneficios tangibles para el paciente.

4. Por último, tan importante como la investigación de nuevos conocimientos es su difusión a la sociedad, así como el establecimiento de mecanismos de evaluación para la mejora continua.

La mejora en resultados requieren una adecuada gestión del conocimiento

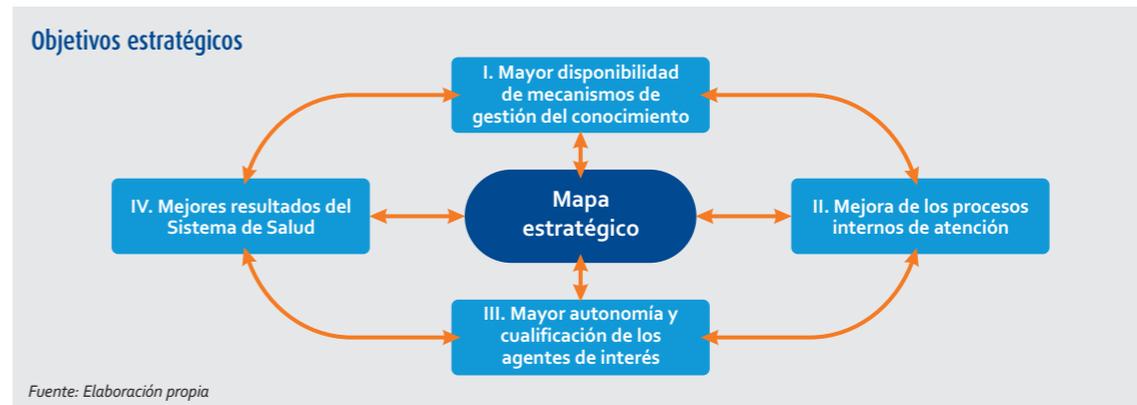


Figura 4.15 Objetivos estratégicos del Plan Director de Atención a la Cronicidad en un Modelo de Integración Asistencial

Líneas estratégicas

Estos 4 Objetivos estratégicos se desagregan en **12 Líneas estratégicas**, de acuerdo con el siguiente esquema:

- a. Mejores resultados del Sistema de Salud.
 - a.1. Impulso a la mejora de los resultados en Salud que provoque el retraso en la incidencia y en el desarrollo de la cronicidad y el incremento de la calidad de vida de los pacientes crónicos.
 - a.2. Aseguramiento de la sostenibilidad a largo plazo, gracias a un uso más eficaz y eficiente de los recursos asistenciales.
- b. Mayor autonomía y cualificación de los agentes de interés.
 - b.1. Concienciación de la población, impulsando una cultura de hábitos saludables. La sociedad de Castilla-La Mancha estará más informada acerca de los perjuicios de las patologías crónicas, lo que servirá de apoyo para fomentar en la ciudadanía hábitos de vida saludables, con un mayor nivel de abandono de los factores de riesgo (tabaquismo, alcoholismo, sedentarismo) que propician la aparición y desarrollo de este tipo de enfermedades.
 - b.2. Activación del paciente y del cuidador. Las herramientas (formati-

vas, de capacitación, técnicas y tecnológicas) puestas a disposición de pacientes y cuidadores, redundarán en una mayor autonomía de los mismos, que se sentirán más responsabilizados sobre la importancia que los autocuidados pueden ocasionar sobre la mejora de su calidad de vida.

- b.3. Continuidad entre profesionales sanitarios, entre los que destacan las figuras de la Enfermera de Atención Primaria, como rol clave en la coordinación de los recursos asistenciales y el perfil del Especialista Consultor, que prestará soporte a Atención Primaria en la toma de decisiones.

La consecución de las Líneas estratégicas enmarcadas en la mejora de los resultados del Sistema de Salud y la mayor autonomía y cualificación por parte de los agentes de interés requiere la mejora de los procesos internos de atención, así como la disposición de mecanismos eficaces para la gestión del conocimiento, como son:

- c. Mejora de los procesos internos de atención.
 - c.1. Promoción de hábitos saludables y prevención en la enfermedad crónica, mediante la participación del paciente crónico en el control y manejo de su propia patología, al tiempo que aprende también a evitar las complicaciones y



comorbilidades asociadas a las mismas. La población en general también será destinataria de acciones para fomentar estilos de vida saludables.

- c.2. Atención multidisciplinar, integral y longitudinal. Se prestará al paciente crónico una asistencia que englobe los recursos disponibles (tanto humanos como técnicos) procedentes de todos los niveles asistenciales (AP, AE y ámbito sociosanitario) y de diversas especialidades, que lo acompañará durante toda su vida mientras dure la enfermedad.
- c.3. Coordinación con el ámbito comunitario. Para garantizar una verdadera continuidad asistencial, se debe poner el foco en el establecimiento de líneas de colaboración con el ámbito socio-sanitario, apoyando a los familiares y cuidadores de los pacientes y desplegando procesos de colaboración con los profesionales sociales.
- d. Mayor disponibilidad de mecanismos de gestión del conocimiento.
 - d.1. Tecnología de soporte a la prevención y la atención integral, que sirva tanto a los profesionales para una toma de decisiones apoyada en la explotación de la información disponible, como a los pacientes para un mejor manejo de su enfermedad gracias al uso de la tele-

medicina en función de sus necesidades y capacidades.

- d.2. Planes de formación y capacitación de profesionales y de pacientes/cuidadores. Se diseñará un plan de formación específicamente adaptado a las necesidades de los profesionales sanitarios y otro destinado a los pacientes y familiares.
- d.3. Apoyo en la I+D+i con aplicaciones en cronicidad. Se debe garantizar no sólo el acceso y desarrollo de la I+D+i en materia de atención a crónicos sino también su aplicación de manera práctica en el Sistema de Salud y el modelo asistencial. Sólo así se logrará que los nuevos conocimientos se traduzcan en beneficios palpables para los ciudadanos de Castilla-La Mancha.
- d.4. Evaluación y difusión como medio de orientar la mejora continua. El establecimiento de un mecanismo sólido de evaluación de cada uno de los proyectos permitirá realizar un seguimiento de los puntos fuertes y áreas de mejora del Plan Director.

Además, la difusión de las mejores prácticas identificadas a lo largo del Plan Director resulta también imprescindible para guiar la mejora continua.

Las líneas estratégicas requieren una mejora en los procesos internos

Se pretenden 4 objetivos estratégicos que se despliegan en 12 líneas de actuación



Figura 4.16 Líneas estratégicas del Plan Director de Atención a la Cronicidad en un Modelo de Integración Asistencial

Proyectos

Cada una de las 12 Líneas estratégicas anteriores se articula mediante la definición de una serie de proyectos. Los **19 Proyectos y 44 subproyectos** que serán detallados a continuación mediante fichas descriptivas contribuirán a alcanzar los Objetivos estratégicos marcados,

gracias a la materialización de **9 Resultados** que incidirán directamente sobre la cultura de los integrantes del Sistema, sobre la mejora de la calidad asistencial y los resultados en salud de la población de Castilla-La Mancha y sobre la sostenibilidad del sistema sanitario.



Obj. Estrat.	Línea Estrat.	Proyecto	Subproyecto
I. Mayor disponibilidad de mecanismos de gestión del conocimiento	1. Tecnologías soporte de la prevención y la atención integral	1 Reorientación de las TIC para la atención y gestión integral	I. Rediseño Historia Clínica Electrónica y visor información procedente de AP y AE II. Acceso a info. compartida con el ámbito SS y Social III. Guías electrónicas de apoyo al diagnóstico y a la priorización IV. Programa de acceso al Especialista Consultor de AP por móvil V. Programa de apoyo e información en el ámbito fármaco-terapéutico VI. Canales y herramientas de apoyo al programa de formación-capacitación VII. Sistema de Business Intelligence soporte a la monitorización y evaluación
		2 Soporte telemático para acercar la atención al ciudadano, mejorar la prevención y potenciar el autocuidado	I. Programa de ayuda al crónico en domicilio: apoyo en dispositivos telemáticos II. Portal de salud: sección específica de apoyo y consulta on line para el paciente crónico
	2. Planes de formación y capacitación	3 Capacitación/motivación del paciente-cuidador integrada en la asistencia	I. Programa de capacitación del paciente-cuidador integrado en la asistencia
		4 Capacitación/motivación de los profesionales adecuada a sus necesidades	I. Plan de formación a profesionales médicos II. Plan de formación a profesionales de enfermería III. Plan de formación de trabajadores sociales IV. Plan de formación de otros perfiles
	3. Apoyo en la I+D+i con aplicaciones en cronicidad	5 Fomento del acceso a recursos y desarrollo de I+D+i en cronicidad	I. Participación en convocatorias en Castilla-La Mancha para proyectos I+D+i II. Programa de apoyo en la búsqueda y acceso a vías de financiación nacional e internacional III. Plan de desarrollo de alianzas con el sector privado
		6 Impulso a la aplicación práctica de innovaciones en cronicidad	I. Grupos de trabajo de excelencia e innovación en cronicidad II. Participación en foros/jornadas profesionales III. Extranet: CLM-CRONI-INNOVA
	4. Evaluación y difusión como medio de orientar la mejora continua	7 Generación de mecanismos de difusión de buenas prácticas	I. Foro anual de crónicos en Castilla-La Mancha II. Intranet: CLM-CRONI-APLICA
		8 Monitorización adecuada y fiable para establecer mejora continua	I. Oficina para monitorizar la implantación y los resultados del Plan director

Árbol de Proyectos - Objetivo estratégico I

El impulso a un nuevo modelo asistencial en prevención y atención a la cronicidad

Obj. Estrat.	Línea Estrat.	Proyecto	Subproyecto
II. Mejora de los procesos internos de atención	1. Promoción de hábitos saludables y prevención	9 Desarrollo de las vías de participación del paciente en la toma de decisiones sobre su enfermedad	I. Foro y comunidad virtual del paciente crónico: Escuela del Paciente II. Potenciación de las Asociaciones de pacientes como canal de información y apoyo
		10 Fomento del ejercicio y actividad física	I. Programa de realización de ejercicio y actividad física
		11 Impulso a la prevención de comorbilidades y complicaciones	I. Programa de prevención de las caídas en mayores II. Programa de prevención de heridas crónicas
		12 Promoción de hábitos y envejecimiento saludable	I. Impulso a planes para el abandono del consumo de alcohol y tabaco II. Programa para promocionar la realización de ejercicio físico III. Impulso a planes para fomentar una dieta completa y equilibrada
	2. Atención multidisciplinaria, integral y longitudinal	13 Estratificación de la población según niveles de riesgo e identificación del paciente para un abordaje precoz	I. Estratificación de la población según niveles de riesgo
		14 Normalización del proceso de atención al crónico con personalización de la asistencia	I. Definición y difusión a toda la organización del proceso normalizado II. Sistema de continuidad asistencial y modelo de priorización III. Plan de atención personalizado
		15 Desarrollo de procesos de atención específicos por patología	I. Proceso de atención a pacientes por patologías: EPOC, diabetes,... y comorbilidades
	3. Coordinación con el ámbito comunitario	16 Adecuación y conciliación del tratamiento	I. Plan de atención al Polimedcado II. Conciliación del tratamiento entre niveles asistenciales III. Utilización eficiente de otros tratamientos de soporte: oxigenoterapia, apósitos,...
		17 Estandarización del proceso y compartición de información con Servicios Sociales	I. Proceso de gestión integral del paciente con el ámbito de los S. Sociales II. Conciliación del tratamiento en el ámbito sociosanitario
		18 Integración del trabajador social en el proceso de atención	I. Definición de un proceso de trabajo fluido con los trabajadores sociales
		19 Apoyo al cuidado familiar en el ámbito domiciliario	I. Programas de atención integrada en el domicilio II. Potenciar el papel de la enfermera como referente para la coordinación del proceso integral de atención

Árbol de Proyectos - Objetivo Estratégico II



Mapa Estratégico

En la siguiente figura se presenta el mapa estratégico con su máximo nivel de desagregación, incluyendo Objetivos estratégicos, Líneas estratégicas, Proyectos y Resultados:

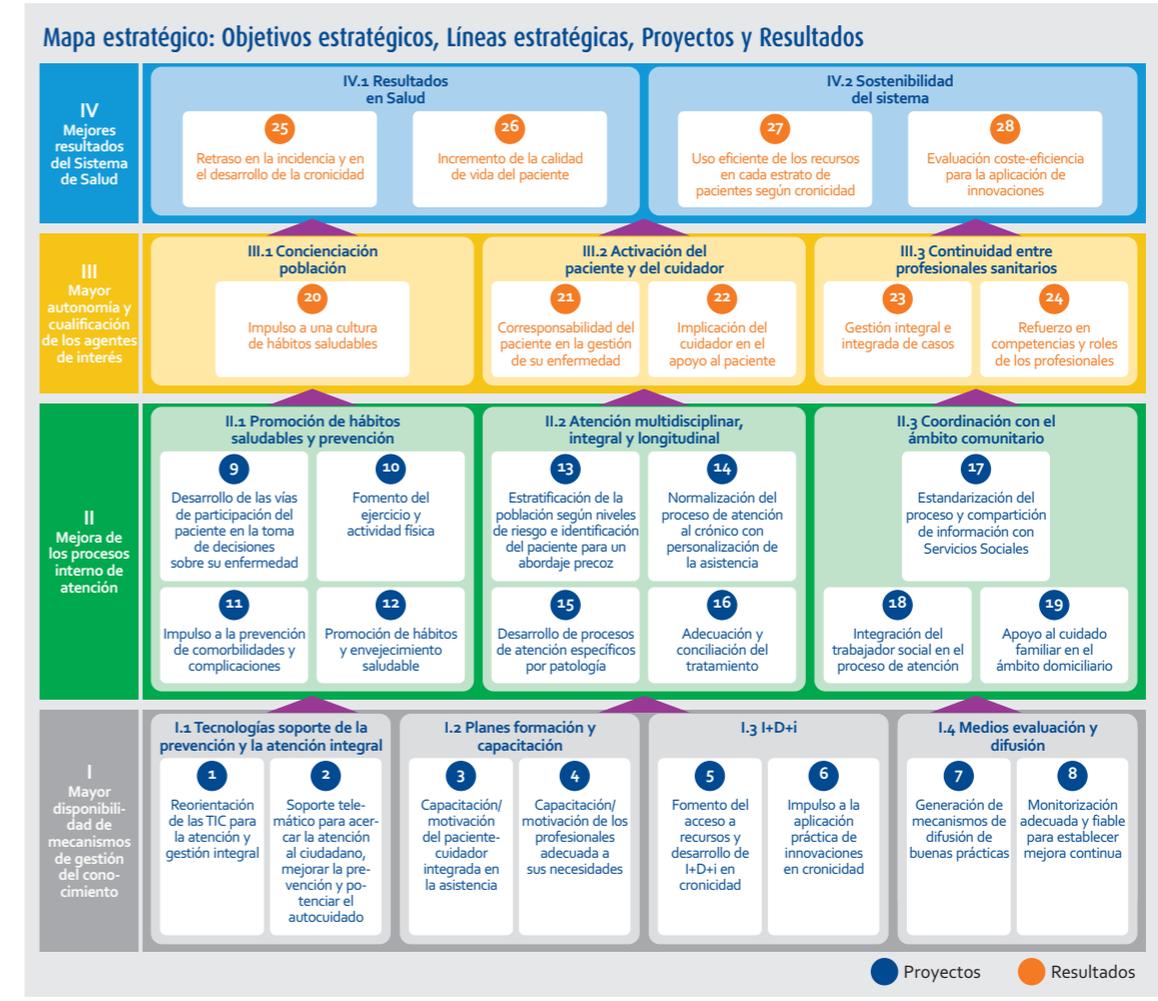


Figura 4.17 Mapa estratégico diseñado para Castilla-La Mancha

Desglose de los proyectos en detalle

Para cada uno de los 19 Proyectos contemplados en el mapa estratégico se ha elaborado una **ficha resumen** que recoge sus aspectos clave, de acuerdo con la siguiente estructura:

- Título del proyecto.

- Objetivo y Línea estratégica en los que se enmarca el proyecto.
- Objetivos del proyecto.
- Descripción de las actividades clave que se llevarán a cabo como parte del proyecto.

Modelo de ficha de proyecto

Ejemplo ilustrativo	Proyecto	
	Título del proyecto	
	Objetivo estratégico	Línea estratégica
	Objetivo estr. en el que se enmarca el proyecto	Línea estr. en la que se enmarca el proyecto
	Objetivos del proyecto	
Objetivos que se pretenden alcanzar con la ejecución del proyecto		
Descripción de actividades		
Actividades clave que serán desarrolladas como parte de la ejecución del proyecto		

Fuente: Elaboración propia

Figura 4.18 Modelo de ficha de proyecto

A continuación se muestran las fichas descriptivas de cada uno de los 19 Proyectos.



Proyecto	
1. Reorientación de las TIC para la atención y gestión integral	
Objetivo estratégico	Línea estratégica
I. Mayor disponibilidad de mecanismos de gestión del conocimiento	1. Tecnologías soporte de la prevención y la atención integral
Objetivos del proyecto	
<ul style="list-style-type: none"> • Poner a disposición de los profesionales las herramientas tecnológicas de soporte, para la explotación y gestión de la información necesaria para atender las necesidades de la población. • Facilitar a los profesionales toda la información clínica necesaria como soporte al proceso de toma de decisiones (diagnóstico, tratamiento, seguimiento del paciente, etc.), independientemente del nivel asistencial en el que dicha información haya sido generada. • Integrar la información recogida a lo largo de las sucesivas interacciones del paciente con el Sistema de Salud y presentar los datos adecuados al profesional sanitario (ya sea de Atención Primaria, de Atención Especializada o del ámbito Sociosanitario). 	
Descripción de actividades	
<p>I. Rediseño del modelo de Historia Clínica Electrónica y definición del visor que integrará la información procedente de Atención Primaria y Atención Especializada. Incluye las siguientes actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Reorientación de la Historia Clínica adaptada al proceso de atención. • Diseño funcional y técnico del visor, incluyendo información accesible por cada perfil profesional y en cada nivel asistencial. • Desarrollo de las soluciones tecnológicas necesarias, implementación y puesta en marcha. <p>II. Acceso a información compartida con el ámbito Sociosanitario y Social, tanto de carácter asistencial como relativa al tratamiento farmacológico que esté siguiendo el paciente. Las herramientas tecnológicas permitirán la compartición de esta información por parte de los profesionales sanitarios y los trabajadores sociales.</p> <p>III. Desarrollo de guías electrónicas de apoyo al diagnóstico y a la priorización, como soporte para la toma de decisiones por parte de los profesionales sanitarios. Estas guías estarán alineadas con el objetivo de lograr un uso eficiente de los recursos disponibles en el Sistema de Salud y como apoyo a los profesionales.</p> <p>IV. Programa de acceso al Especialista Consultor por AP a través del móvil, de forma que estos dispositivos móviles faciliten a los equipos de profesionales la interacción con el Especialista Consultor, la realización de consultas y el seguimiento de las mismas.</p> <p>V. Programa de apoyo e información en el ámbito fármaco-terapéutico, que facilite al especialista la prescripción de un tratamiento farmacológico eficaz, y forme al paciente y su entorno para lograr un consumo responsable y eficiente de los medios a su alcance.</p> <p>VI. Canales y herramientas (plataforma, comunicaciones, dispositivos, ...) que sirvan como apoyo al programa de formación-capacitación de profesionales, pacientes y población.</p> <p>VII. Sistema de Business Intelligence soporte a la monitorización y evaluación, que permitan medir en cada momento el grado de avance de cada uno de los proyectos enmarcados en el Plan director y faciliten a los gestores la toma de decisiones.</p>	

El impulso a un nuevo modelo asistencial en prevención y atención a la cronicidad

Proyecto	
2. Soporte telemático para acercar la atención al ciudadano, mejorar la prevención y potenciar el autocuidado	
Objetivo estratégico	Línea estratégica
I. Mayor disponibilidad de mecanismos de gestión del conocimiento	1. Tecnologías soporte de la prevención y la atención integral
Objetivos del proyecto	
<ul style="list-style-type: none"> • Aplicar las tecnologías de la información y comunicación a facilitar la participación del paciente en la gestión de su enfermedad, mejorando su calidad de vida, aumentando la accesibilidad y reduciendo la frecuentación asistencial. • Adecuar la implantación y utilización de dispositivos de telemedicina a las necesidades del proceso asistencial y del paciente, aportando valor añadido y eficiencia. • Impulsar una interacción entre profesional y paciente más proactiva por parte del Sistema de Salud, más racional, más rápida y, adaptada y programada según las necesidades del paciente. 	
Descripción de actividades	
<p>I. Programa de ayuda al crónico en domicilio, mediante el apoyo en dispositivos telemáticos adaptados a sus necesidades y capacidades que permitan al paciente realizar una gestión más sencilla de la enfermedad y con un menor impacto en su vida diaria.</p> <ul style="list-style-type: none"> • A partir de la segmentación del paciente se conocerá en profundidad su situación y necesidad de cuidados, dependiendo del proceso patológico crónico que esté padeciendo el paciente en particular. De este modo se podrá identificar de manera precisa qué pacientes serán incluidos en el programa. • La asignación de dispositivos de telemedicina debe realizarse de forma coordinada con el programa de formación-capacitación de pacientes y cuidadores: a medida que los pacientes-cuidadores vayan evolucionando y avanzando por los distintos niveles establecidos en el programa de formación, se pueden emplear dispositivos de telemedicina como complemento y soporte para un mejor manejo de la enfermedad. • Una vez los dispositivos estén siendo utilizados por los pacientes-cuidadores, se establecerán períodos de seguimiento en los que, tras una evaluación de la situación, se determinará si la utilización de la tecnología por parte del paciente le está reportando beneficios reales en la gestión de su enfermedad. <p>II. Portal de salud: sección específica de apoyo y consulta on line para el paciente crónico. En dicha sección el paciente crónico y sus familiares podrán ver resueltas las dudas acerca de la gestión de su propia enfermedad.</p> <p>Se tratará de una plataforma multicanal que permita comunicaciones con el paciente por medio de diversos medios: correo electrónico, teléfono, Web, etc.</p> <p>Entre los contenidos que se publicarán en la plataforma, se incluirá:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Documentación de apoyo. • Vídeos explicativos acerca de técnicas y aplicaciones de cuidados. • Preguntas frecuentes sobre el manejo de la enfermedad. 	

Plan Director de Atención a la Cronicidad en un Modelo de Integración Asistencial 2014-2017



Proyecto	
3. Capacitación / motivación del paciente-cuidador integrada en la asistencia	
Objetivo estratégico	Línea estratégica
I. Mayor disponibilidad de mecanismos de gestión del conocimiento	2. Planes de formación y capacitación
Objetivos del proyecto	
<ul style="list-style-type: none"> • Involucrar al paciente-cuidador en el manejo de la enfermedad, haciéndolos partícipes del control sobre su estado de salud. • Motivar al paciente y al cuidador, corresponsabilizándolos en su atención, y poniendo el foco en la realización de los autocuidados que mejoran su calidad de vida. • Incrementar los conocimientos y habilidades del paciente-cuidador en relación con la enfermedad crónica y los niveles asistenciales disponibles, fomentando un uso responsable y eficiente de los recursos sanitarios del Sistema de Salud. 	
Descripción de actividades	
<p>I. Programa de capacitación del paciente-cuidador integrado en la asistencia, para dotarles de conocimientos y habilidades y promover las actitudes adecuadas acerca del manejo de la enfermedad y las complicaciones asociadas, contribuyendo a mejorar su calidad de vida:</p> <ul style="list-style-type: none"> • La estructura del programa es la siguiente: • Conocimientos: Sobre la enfermedad, prevención, de ámbito terapéutico/tratamiento, signos y síntomas de alarma. • Habilidades: Manejo de equipos, demostración de tareas, control de riesgos. • Actitudes: Desde la mera colaboración o interés por la información, pasando por la proactividad en la búsqueda del aprendizaje y en la resolución de problemas hasta llegar al Paciente Experto, autónomo y posible formador. • Definición de contenidos del programa de formación-capacitación: para cada nivel y para cada proceso crónico. Se ha comenzado a trabajar en los siguientes procesos: <ul style="list-style-type: none"> • EPOC. • Insuficiencia cardíaca. • Diabetes. • Heridas crónicas. • Para su ejecución, el programa de capacitación no sólo contará con medios presenciales (donde la interacción con el paciente-cuidador se realice "in-situ"), sino también con medios telemáticos que permitan la interacción con el paciente-cuidador a distancia, aprovechando el potencial de las Tecnologías de la Información y la Comunicación (e-mail, plataforma de e-learning, etc.). • Establecimiento de sistemas de evaluación y medición que permita definir y medir el progreso de los pacientes-cuidadores en el nivel de capacitación. • Se deberá propiciar la colaboración de las Asociaciones de pacientes, cuyo contacto directo con los pacientes constituye una red de apoyo imprescindible para prestar una atención integral al paciente y su entorno. 	

El impulso a un nuevo modelo asistencial en prevención y atención a la cronicidad

Proyecto	
4. Capacitación / motivación de los profesionales adecuada a sus necesidades	
Objetivo estratégico	Línea estratégica
I. Mayor disponibilidad de mecanismos de gestión del conocimiento	2. Planes de formación y capacitación
Objetivos del proyecto	
<ul style="list-style-type: none"> Dotar a los profesionales de las habilidades, conocimientos y capacidades necesarias para atender las necesidades asistenciales y de cuidados de los pacientes crónicos. Dar a conocer el protocolo normalizado de atención al paciente crónico, así como los procedimientos asociados al mismo, a todos los profesionales del Servicio de Salud. Capacitar y desarrollar el papel del Especialista Consultor y de la enfermera en la continuidad del proceso asistencial a pacientes crónicos. Generar sponsors del proyecto, capacitados para impulsar la expansión de la nueva "manera de hacer" en crónicos a toda la red asistencial. 	
Descripción de actividades	
<p>I. Plan de formación a profesionales médicos, para orientar la práctica clínica y la toma de decisiones de acuerdo al nuevo modelo asistencial.</p> <p>Incluirá las siguientes actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> Definición de objetivos de aprendizaje y contenidos del programa. Establecimiento de sistemas de evaluación y medición. <p>II. Plan de formación a profesionales de enfermería, para impulsar su papel como referente para la coordinación del proceso integral de atención.</p> <p>Incluirá las siguientes actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> Definición de objetivos de aprendizaje y contenidos del programa. Establecimiento de sistemas de evaluación y medición. Formación de formadores. Formación a los profesionales que deben integrar el programa de capacitación en su atención al paciente. <p>III. Plan de formación de trabajadores sociales, como figuras de apoyo en la atención de las necesidades específicas de cada paciente en su entorno.</p> <p>Incluirá las siguientes actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> Definición de objetivos de aprendizaje y contenidos del programa. Establecimiento de sistemas de evaluación y medición. <p>IV. Plan de formación de otros perfiles (equipo directivo, personal de soporte y apoyo, personal administrativo), acerca de la transformación del modelo asistencial de Castilla-La Mancha para la atención de los pacientes crónicos.</p> <p>Incluirá las siguientes actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> Definición de objetivos de aprendizaje y contenidos del programa. Establecimiento de sistemas de evaluación y medición. 	

Plan Director de Atención a la Cronicidad en un Modelo de Integración Asistencial 2014-2017



Proyecto	
5. Fomento del acceso a recursos y desarrollo de I+D+i en cronicidad	
Objetivo estratégico	Línea estratégica
I. Mayor disponibilidad de mecanismos de gestión del conocimiento	3. Apoyo en la I+D+i con aplicaciones en cronicidad
Objetivos del proyecto	
<ul style="list-style-type: none"> Posicionar a Castilla-La Mancha como agente de referencia en investigación en materia de cronicidad, a nivel nacional e internacional. Facilitar el acceso a recursos de financiación (mediante convocatorias de ayudas y subvenciones) para desarrollar proyectos de I+D+i en cronicidad, que puedan ser extrapolables al Sistema de Salud de Castilla-La Mancha. Involucrar a la iniciativa privada para que las empresas promuevan e impulsen actuaciones relacionadas con la gestión de las enfermedades crónicas que mejoren la calidad de vida del paciente crónico en Castilla-La Mancha. 	
Descripción de actividades	
<p>I. Participación en convocatorias en Castilla-La Mancha para financiar proyectos de I+D+i relacionados con la gestión y abordaje de las enfermedades crónicas.</p> <p>Con ello se logrará que el tejido organizativo investigador (profesionales sanitarios, empresas de innovación, laboratorios de investigación, universidades, etc.) centre sus esfuerzos en la innovación enfocada a la atención del paciente crónico y al manejo de las enfermedades crónicas en conjunto.</p> <p>II. Programa de apoyo institucional en la búsqueda y acceso a vías de financiación (subvenciones y ayudas) a nivel nacional e internacional, que incentiven los proyectos de I+D+i en cronicidad (convocatorias europeas, en otros países, etc.) en Castilla-La Mancha.</p> <p>Entre las acciones que se podrán llevar a cabo para materializar dicho apoyo se encuentran las siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> Identificación de convocatorias de ayudas y subvenciones de I+D+i en las que tengan cabida proyectos específicamente relacionados con la gestión y abordaje de la cronicidad. Publicación y difusión en la red de investigación de Castilla-La Mancha de las convocatorias detectadas, tanto de ámbito nacional como internacional. Búsqueda o generación de proyectos de I+D+i relacionados con la cronicidad que puedan acogerse a las convocatorias de ayudas. Apoyo a los grupos de investigación de Castilla-La Mancha en la solicitud de la financiación. Soporte y asistencia a los grupos de investigación de Castilla-La Mancha para la gestión de las convocatorias concedidas, la justificación y acreditación de gastos e hitos necesarios a lo largo del proceso de investigación, así como para la renovación de las convocatorias de ayuda, si se trata de programas plurianuales. <p>III. Plan de desarrollo de alianzas con el sector privado (colaboración público-privada) para la realización de actuaciones conjuntas de I+D+i en materia de atención a pacientes crónicos. El apoyo de la iniciativa privada puede resultar fundamental para promover y dinamizar proyectos innovadores en el abordaje de la cronicidad.</p> <p>En especial se tendrá en cuenta el sector biotecnológico, identificando de manera proactiva aquellas organizaciones que destaquen por su innovación en la atención a crónicos.</p>	

El impulso a un nuevo modelo asistencial en prevención y atención a la cronicidad

Proyecto	
6. Impulso a la aplicación práctica de innovaciones en cronicidad	
Objetivo estratégico	Línea estratégica
I. Mayor disponibilidad de mecanismos de gestión del conocimiento	3. Apoyo en la I+D+i con aplicaciones en cronicidad
Objetivos del proyecto	
<ul style="list-style-type: none"> Fomentar la aplicación de iniciativas innovadoras en materia de cronicidad a la realidad de Castilla-La Mancha, que puedan redundar en una mejor atención de las pacientes, un uso más eficaz de los recursos y una colaboración más estrecha entre equipos multidisciplinares de profesionales. Difundir en la comunidad científica y en la sociedad las innovaciones en atención a pacientes crónicos aplicadas en Castilla-La Mancha y que puedan ser exportables a otros servicios y sistemas de salud, tanto de ámbito nacional como internacional. Situar a Castilla-La Mancha como un actor relevante en atención a pacientes crónicos, tanto a nivel nacional como europeo. 	
Descripción de actividades	
<p>I. Grupos de trabajo de excelencia e innovación en cronicidad, para la aplicación práctica de innovaciones en la atención de pacientes crónicos de Castilla-La Mancha.</p> <p>Asimismo se elaborarán casos de éxito a partir de las medidas innovadoras que ya están siendo aplicadas (o se ha planificado su aplicación) en Castilla-La Mancha, para exportarlas como caso de éxito en foros nacionales e internacionales de atención a crónicos.</p> <p>También se definirán perfiles tipo "researcher" que analicen las principales publicaciones científicas en las que se divulguen iniciativas de I+D+i relacionadas con la cronicidad. Dicho perfil elaboraría boletines que serían distribuidos a los profesionales sanitarios.</p> <p>II. Identificación y participación en los principales foros/jornadas profesionales a nivel nacional e internacional para compartir experiencias y lecciones aprendidas relacionadas con I+D+i en cronicidad.</p> <p>III. Extranet CRON-INNOVA-CLM, en la que se compartan experiencias innovadoras en cronicidad de ámbito nacional e internacional.</p> <p>Se construirá un repositorio de las Mejores Prácticas en Cronicidad en el Portal de Salud, que permita posicionar a Castilla-La Mancha como referente en materia de abordaje de la cronicidad, colaborando y participando en otros foros de ámbito nacional e internacional.</p> <p>A partir de un sistema de colaboradores procedentes de distintos ámbitos se podrán compartir experiencias innovadoras aplicadas al abordaje de la cronicidad en diferentes contextos, tanto de carácter nacional como internacional. Se generaría así una red de conocimiento innovador, en el que quedaría demostrada la forma en que las últimas tendencias en la gestión de crónicos a nivel nacional e internacional han sido aplicadas en diferentes contextos y situaciones, así como los resultados alcanzados.</p> <p>La convergencia de tales experiencias y conocimientos, aplicados directamente sobre la realidad y el entorno de Castilla-La Mancha contribuirán a hacer de nuestro Sistema de Salud un ejemplo de modelo innovador, en permanente evolución para aplicar las últimas prácticas clínicas a la mejora continua en la atención de los pacientes, sus cuidadores y familiares, de una forma eficaz y eficiente.</p>	

Plan Director de Atención a la Cronicidad en un Modelo de Integración Asistencial 2014-2017



Proyecto	
7. Generación de mecanismos de difusión de buenas prácticas	
Objetivo estratégico	Línea estratégica
I. Mayor disponibilidad de mecanismos de gestión del conocimiento	4. Evaluación y difusión como medio de orientar la mejora continua
Objetivos del proyecto	
<ul style="list-style-type: none"> Dar a conocer las mejores prácticas relacionadas con el abordaje de la cronicidad, difundiendo entre la comunidad de profesionales del Servicio de Salud y en la sociedad en su conjunto. La difusión de las buenas prácticas resulta esencial para enriquecer la experiencia de los equipos de profesionales, que podrán aplicar dichos conocimientos a su práctica de trabajo. Además, la compartición de información favorece el establecimiento de lazos de cooperación entre profesionales de distintos ámbitos de especialidad. La extensión de las buenas prácticas facilitará su aplicación en distintos contextos, lo que permitirá medir y evaluar su efectividad al observar los resultados mostrados en cada caso. 	
Descripción de actividades	
<p>I. Foro anual de crónicos en Castilla-La Mancha, en el que se cuente con la participación de los equipos de profesionales que hayan liderado las mejores prácticas en atención a crónicos a nivel nacional e internacional.</p> <p>La estructura del foro podrá contar con los siguientes elementos:</p> <ul style="list-style-type: none"> Exposición de las mejores prácticas y casos de éxito, de carácter nacional e internacional, en la atención del paciente crónico. Para ello, se contará con la colaboración de los equipos de profesionales que hayan liderado la práctica clínica en el caso de referencia. Participación de expertos a nivel nacional e internacional, mediante la realización de ponencias acerca de los temas más relevantes en materia de cronicidad. Celebración de mesas de trabajo por patologías, en las que tratar temas de interés para determinadas enfermedades crónicas concretas. Creación de espacios que favorezcan el encuentro de profesionales de diferentes disciplinas y ámbitos asistenciales, para compartir experiencias de éxito. Difusión y publicación en medios de prensa, con los que otorgar notoriedad y repercusión acerca de la importancia que representa la gestión adecuada de la cronicidad para garantizar la sostenibilidad de los sistemas de salud a medio y largo plazo, especialmente en los países desarrollados. <p>II. Intranet CRON-APLICA-CLM, donde poder compartir experiencias innovadoras en cronicidad en el ámbito local.</p> <p>Para ello, en primer lugar se definirá el concepto de buena práctica innovadora en la atención a pacientes crónicos en el contexto de Castilla-La Mancha.</p> <p>Se reservará un espacio en el portal de SESCOAM en el cual los profesionales del Servicio de Salud de Castilla-La Mancha puedan intercambiar y compartir experiencias innovadoras aplicadas en el ámbito local con el fin de facilitar su implantación en toda la red asistencial de Castilla-La Mancha. De este modo, se dispondrá de una herramienta en la que, a partir de la identificación de los ejemplos de prácticas clínicas innovadoras de nuestra Comunidad, éstas podrán ser difundidas y puestas en conocimiento de otros profesionales para contribuir a su extensión y generalización a otros ámbitos del Sistema de Salud.</p>	

El impulso a un nuevo modelo asistencial en prevención y atención a la cronicidad

Proyecto	
8. Monitorización adecuada y fiable para establecer mejora continua	
Objetivo estratégico	Línea estratégica
I. Mayor disponibilidad de mecanismos de gestión del conocimiento	4. Evaluación y difusión como medio de orientar la mejora continua
Objetivos del proyecto	
<ul style="list-style-type: none"> Realizar el seguimiento acerca del grado de implantación y despliegue del Plan director, y de su aplicación de manera práctica y efectiva en Castilla-La Mancha. Identificar los puntos fuertes del Plan director en los que profundizar, replicando y extendiendo las prácticas innovadoras, y detectar los ámbitos de mejora sobre los que conviene poner el foco para tender hacia una mejora continua en el proceso de despliegue del Plan Director. Detectar acciones de trabajo complementarias al Plan director, que sirvan como elemento impulsor para alcanzar los objetivos estratégicos que se pretenden conseguir: la mejora de los resultados en salud de la población y el aseguramiento de la sostenibilidad del sistema. 	
Descripción de actividades	
<p>I. Oficina para monitorizar la implantación y los resultados del Plan Director.</p> <ul style="list-style-type: none"> Actualmente la oficina ya se encuentra en marcha para realizar el seguimiento sobre las acciones de formación necesarias de manera previa a la implantación y despliegue del Plan. A partir de este momento, la oficina desempeñará funciones como las siguientes: <ul style="list-style-type: none"> Gestión del nivel de cumplimiento de los indicadores de realización y resultado para cada proyecto desarrollado en el marco del Plan Director, en función del grado de avance de los proyectos y de los umbrales de cumplimiento establecidos. Definición de acciones correctoras para aquellos proyectos que no estén alcanzando los resultados previstos y difusión de los proyectos de éxito. Diseño y elaboración de informes periódicos de seguimiento, que permitan conocer el grado de implantación real del Plan director. Desarrollo de informes hacia la población y la comunidad científica con los resultados concretos y justificados de la aplicación del Plan en Castilla-La Mancha. La oficina contará con herramientas de soporte (tipo cuadro de mando o dashboard) que le permitirán llevar a cabo sus funciones con respecto al seguimiento de cada proyecto: <ul style="list-style-type: none"> De manera continua se alimentarán los indicadores de realización y resultado definidos, con los valores mostrados por cada proyecto del Plan Director. Periódicamente se comprobarán los valores alcanzados por los indicadores con los umbrales definidos para cada uno de ellos, de acuerdo con la frecuencia de medición que se establezca: mensual, trimestral, cuatrimestral, semestral, anual, etc. En caso de que detectar valores del indicador muy por debajo de los umbrales esperados se emitirán alertas de cumplimiento, que podrán ser parametrizadas en función de si el indicador se encuentra muy alejado o no de su valor esperado. Para la implementación de la oficina se deberá contar con el apoyo de SESCAM, la Consejería de Sanidad, Asistencia Sanitaria, Farmacia, los gestores y los profesionales clínicos, Salud Pública, Bienestar Social, etc. 	

Plan Director de Atención a la Cronicidad en un Modelo de Integración Asistencial 2014-2017



Proyecto	
9. Desarrollo de las vías de participación del paciente en la toma de decisiones sobre su enfermedad	
Objetivo estratégico	Línea estratégica
II. Mejora de los procesos internos de atención	1. Promoción de hábitos saludables y prevención
Objetivos del proyecto	
<ul style="list-style-type: none"> Facilitar las vías para incrementar la implicación del paciente en el manejo de su propia enfermedad. Contribuir a motivar al paciente y su cuidador para que se involucren en la realización de los autocuidados indicados por los profesionales sanitarios, lo que redundará en una mejora de su calidad de vida. Favorecer la activación del paciente como mecanismos para la ralentización del desarrollo de la enfermedad crónica en el mismo, gracias a una gestión proactiva de su situación, evitando complicaciones asociadas al proceso crónico. 	
Descripción de actividades	
<p>I. Foro y comunidad virtual del paciente crónico: Escuela del Paciente. En ella los pacientes y sus cuidadores podrán adquirir conocimientos y compartir e intercambiar experiencias, aprendiendo unos de otros sobre la gestión de su enfermedad. Entre los contenidos del foro se incluirán:</p> <ul style="list-style-type: none"> Información acerca de las distintas enfermedades crónicas, para facilitar al paciente el manejo de su situación. Un área de recomendaciones de los propios pacientes y cuidadores, donde poder compartir sugerencias sobre cómo realizar una mejor gestión y control de la enfermedad. Espacios reservados a los padres cuyos hijos padecen enfermedades crónicas. Información acerca de las subvenciones y ayudas a las que pueden optar los pacientes crónicos para ver incrementada su calidad de vida. Información acerca del uso responsable de los medicamentos, etc. <p>II. Potenciación de las Asociaciones de pacientes como canal de información y apoyo, aprovechando al máximo su contacto directo con el paciente.</p> <p>Para ello se tratarán de impulsar acuerdos con asociaciones especialmente activas en cuanto a la formación del paciente sobre el manejo de su enfermedad. Esto contribuirá a involucrar a las asociaciones en los procesos de activación del paciente.</p> <p>En esta línea, se podrá impulsar el papel desempeñado por las asociaciones desarrollando un foro de asociaciones, como espacio de trabajo en el que, aprovechando la capilaridad y llegada propias de las asociaciones de pacientes, se extiendan entre sus asociados los siguientes elementos:</p> <ul style="list-style-type: none"> Recomendaciones para un mejor manejo de la enfermedad. Formas de evitar las principales complicaciones asociadas a los procesos crónicos. Comunicaciones que promuevan una mayor dinamización del paciente. Encuentros de pacientes con los que compartir experiencias que resulten de utilidad para otros. 	

El impulso a un nuevo modelo asistencial en prevención y atención a la cronicidad

Proyecto	
10. Fomento del ejercicio y actividad física	
Objetivo estratégico	Línea estratégica
II. Mejora de los procesos internos de atención	1. Promoción de hábitos saludables y prevención
Objetivos del proyecto	
<ul style="list-style-type: none"> Promover en el paciente el hábito de realizar ejercicio físico, para contribuir a mejorar su estado de salud. Implantar como tratamiento terapéutico la realización controlada de ejercicio y actividad física, específicamente adaptado a las necesidades y capacidades del paciente, como complemento para contribuir a controlar la enfermedad, reduciendo o moderando su progresión. Fomentar la mejora del estado de ánimo del paciente, así como una mayor motivación del mismo en el manejo de la enfermedad, al observar los resultados en su salud tras la realización habitual de ejercicio y actividad física. 	
Descripción de actividades	
<p>I. Programa de realización de ejercicio y actividad física, adaptada a las necesidades y capacidades del paciente:</p> <ul style="list-style-type: none"> Establecimiento de ámbitos de colaboración con los siguientes organismos e instituciones: <ul style="list-style-type: none"> La Consejería de Educación, Cultura y Deportes de Castilla-La Mancha. La Red Europea de Investigación sobre la Fragilidad y otros grupos de investigación en materia de actividad y ejercicio físico. La Facultad de Ciencias del Deporte de la Universidad de Castilla-La Mancha. La Dirección General de Mayores, Personas con Discapacidad y Dependientes, de la Consejería de Sanidad y Asuntos Sociales. Las Corporaciones Locales de Castilla-La Mancha. Segmentación aplicable a toda la población, según su hábito de realizar actividad física: persona activa; persona parcialmente activa; persona inactiva. En las personas mayores y dependientes, segmentación del paciente en función de su posibilidad de hacer ejercicio físico: paciente robusto; paciente vulnerable. Definición de programas de actividad física, en los que se coordina la colaboración con todos los recursos de la Comunidad. En primera instancia, se han desarrollado los siguientes programas: <ul style="list-style-type: none"> Prescripción de ejercicio físico para la prevención de caídas en mayores. Prescripción de ejercicio físico en insuficiencia cardíaca. Prescripción de ejercicio físico en Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC). Prescripción de ejercicio físico en diabetes mellitus. Prescripción de ejercicio físico en enfermedad renal crónica. Evaluación y seguimiento de los resultados del programa de ejercicio sobre el paciente, adaptándolo a la situación del paciente en cada momento. 	

Plan Director de Atención a la Cronicidad en un Modelo de Integración Asistencial 2014-2017



Proyecto	
11. Impulso a la prevención de comorbilidades y complicaciones	
Objetivo estratégico	Línea estratégica
II. Mejora de los procesos internos de atención	1. Promoción de hábitos saludables y prevención
Objetivos del proyecto	
<ul style="list-style-type: none"> Orientar la toma de decisiones de los profesionales y sus actuaciones, para ayudar al paciente a prevenir y gestionar las comorbilidades y complicaciones asociadas a la enfermedad. Identificar de manera precoz a los pacientes diana susceptibles de desarrollar con mayor frecuencia las complicaciones y situaciones de comorbilidad. Lograr una mayor involucración del paciente en el control de su enfermedad, lo que le ayudará a prevenir las comorbilidades y complicaciones asociadas a los procesos crónicos. Mejorar la calidad de vida del paciente y reducir las complicaciones asociadas a las enfermedades crónicas. 	
Descripción de actividades	
<p>Inicialmente se han diseñado dos programas que se irán ampliando con posterioridad. Cada uno de ellos cubrirá los siguientes ámbitos:</p> <ul style="list-style-type: none"> Orientar la toma de decisiones de los profesionales, con respecto a la prevención de las caídas en mayores y la aparición de heridas crónicas. Identificar de manera precoz a los pacientes diana susceptibles de padecer caídas o heridas crónicas. Involucrar a los mayores para lograr un mayor control en la prevención de caídas y en la aparición de heridas crónicas. Mejorar la calidad de vida del paciente, reduciendo las complicaciones asociadas a las caídas y las heridas crónicas. <p>I. Programa de prevención de las caídas en mayores. Se trata de un programa específicamente enfocados a mayores, para tratar de prevenir y evitar las caídas, que causan con gran frecuencia complicaciones en las personas de avanzada edad (especialmente si padecen una enfermedad crónica).</p> <p>La enfermera desempeña un papel esencial, que se concreta en la siguientes actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> Identificación precoz del riesgo. Seguimiento de la adherencia del paciente. Derivación al programa específico de ejercicio (según lo descrito en el proyecto 10). Reevaluación, que puede ser programada o por incidencia. <p>II. Programa de prevención de heridas crónicas, asociadas a procesos crónicos (fundamentalmente a diabetes mellitus, insuficiencia arterial periférica y/o insuficiencia venosa crónica) o a situaciones de gran dependencia.</p> <p>De nuevo, la enfermera juega un papel fundamental en el programa, realizando las siguientes actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> Identificación precoz del riesgo. Capacitación para el autocuidado (o cuidados por parte del cuidador). Puesta en marcha de las actuaciones preventivas. Reevaluación, que puede ser programada o por incidencia. Tratamiento de las heridas producidas en proceso terapéutico multidisciplinar. 	

El impulso a un nuevo modelo asistencial en prevención y atención a la cronicidad

Proyecto	
12. Promoción de hábitos y envejecimiento saludable	
Objetivo estratégico	Línea estratégica
II. Mejora de los procesos internos de atención	1. Promoción de hábitos saludables y prevención
Objetivos del proyecto	
<ul style="list-style-type: none"> Desarrollar en la sociedad estilos de vida más activos, abandonando hábitos poco saludables que constituyen factores de riesgo en la aparición de las enfermedades crónicas (consumo de tabaco y alcohol, sedentarismo). El fin último sería contribuir a controlar la aparición de los procesos crónicos en la población a edades cada vez más tempranas, mejorando la calidad de vida de los ciudadanos e incrementando la esperanza de vida en buena salud. El plan no sólo favorecería la mejora de la Salud de la población, sino que el retraso en la aparición del proceso crónico en el ciudadano redundaría en una mayor sostenibilidad del sistema a medio y largo plazo. 	
Descripción de actividades	
<p>I. Impulso a planes para el abandono del consumo de alcohol y tabaco, sobre todo entre la población joven para evitar que se inicien en estos hábitos en edades tan tempranas. Entre los objetivos del plan se encontrará el de emplear la educación escolar para reducir la incidencia en el consumo de alcohol y tabaco entre los jóvenes y retrasar la edad de inicio en estos hábitos.</p> <p>Además, se pretende evitar la transición consumo experimental consumo habitual abuso, previniendo a los jóvenes de las consecuencias del consumo prolongado de estas sustancias.</p> <div style="text-align: center;"> </div> <p>II. Programa para promocionar la realización de ejercicio físico entre la población de Castilla-La Mancha, adoptando estilos de vida más activos. A diferencia del Programa de Ejercicio y Actividad Física descrito anteriormente, cuyo público objetivo es la población enferma, el Programa para promocionar la realización de ejercicio físico está destinado a toda la población de Castilla-La Mancha, pero principalmente a los ciudadanos que no han sido diagnosticados con una enfermedad crónica.</p> <p>Se realizarán programas que fomenten la realización de actividades deportivas, abandonando estilos de vida sedentarios. En concreto, se diseñarán programas especialmente adaptados a colectivos específicos sobre los que la realización de ejercicio físico conlleva beneficios relevantes:</p> <ul style="list-style-type: none"> Los niños, en los que es esencial crear desde edades tempranas la rutina y el hábito del ejercicio físico. Los ciudadanos de edades más avanzadas, en los que se promueva un envejecimiento saludable como medida para evitar o retrasar la aparición de la enfermedad crónica. <p>III. Impulso a planes para fomentar una dieta completa y equilibrada, que contenga una gama de alimentos rica y variada, cubriendo las necesidades del organismo, y que se encuentre adaptada a las necesidades de cada persona, en función de su consumo energético, su complejidad, la actividad que realiza, etc.</p>	

Plan Director de Atención a la Cronicidad en un Modelo de Integración Asistencial 2014-2017



Proyecto	
13. Estratificación de la población según niveles de riesgo e identificación del paciente para un abordaje precoz	
Objetivo estratégico	Línea estratégica
II. Mejora de los procesos internos de atención	2. Atención multidisciplinar, integral y longitudinal
Objetivos del proyecto	
<ul style="list-style-type: none"> Clasificar la población de Castilla-La Mancha en función de su nivel riesgo frente a las enfermedades crónicas, diferenciando la población sana de los pacientes crónicos, en sus diferentes estados de progresión de la enfermedad (pacientes crónicos de baja complejidad, pacientes crónicos complejos y pacientes crónicos de alta complejidad). A partir de una adecuada estratificación de la población se podrá llevar a cabo una segmentación del paciente, de forma que se diseñen actuaciones específicamente adaptadas a las necesidades de cada persona, teniendo en cuenta su situación personal, funcional y psico-afectiva, su entorno familiar, etc. 	
Descripción de actividades	
<p>I. Estratificación de la población según niveles de riesgo frente a las enfermedades crónicas.</p> <p>Incluye las siguientes actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> Definición de los cuatro niveles en la población de Castilla-La Mancha: <ul style="list-style-type: none"> Población sana. Pacientes crónicos de baja complejidad. Pacientes crónicos complejos. Pacientes crónicos de alta complejidad. Cuantificación de cada nivel en la sociedad de Castilla-La Mancha, midiendo qué volumen de población se engloba en cada colectivo. Identificación de las necesidades específicas de cada nivel y diseño de actuaciones orientadas a cada colectivo. <p>En el caso de los pacientes crónicos con comorbilidad, una vez realizada la estratificación de la población se procede a la distribución de los pacientes a los equipos asistenciales, que se ocuparán de su atención.</p> <ul style="list-style-type: none"> Evaluación del impacto de las actuaciones sobre cada colectivo. Diseño de acciones correctoras sobre cada colectivo, en función del impacto observado. <p>Estratificación de la población</p> <div style="text-align: center;"> </div>	

El impulso a un nuevo modelo asistencial en prevención y atención a la cronicidad

Proyecto	
14. Normalización del proceso de atención al crónico con personalización de la asistencia	
Objetivo estratégico	Línea estratégica
II. Mejora de los procesos internos de atención	2. Atención multidisciplinar, integral y longitudinal
Objetivos del proyecto	
<ul style="list-style-type: none"> Estandarizar el proceso de atención al paciente crónico, dando respuesta a sus necesidades clínico-asistenciales, de cuidados y sociales, mediante la normalización de la valoración y la personalización de la asistencia. Los profesionales dispondrán así de una herramienta común con la que contemplar todos los aspectos clínicos, personales y familiares de la persona. Fomentar una utilización más eficaz los recursos disponibles, poniéndolos al servicio de una mejor atención asistencial al paciente crónico. 	
Descripción de actividades	
<p>I Definición y difusión a toda la organización del proceso normalizado de atención al paciente crónico, cuya entrada puede provenir de dos vías: la población estratificada (según lo descrito en el proyecto 13) y los pacientes del Sistema que entren al proceso por decisión clínica. Una vez dentro del proceso normalizado, se realiza una segmentación del paciente según su riesgo de morbilidad, ajustando las respuestas del Sistema Sanitario a sus necesidades.</p> <p>Dependiendo de la situación de cada paciente frente a la enfermedad crónica, se lleva a cabo una valoración integral y normalizada que contemple aspectos clínicos (incluido el tratamiento farmacológico), funcionales, psico-afectivos y socio-familiares de la persona. A continuación se planificarán las actuaciones del Sistema para atender sus necesidades de cuidados, clínico-asistenciales y sociales.</p> <p>Finalmente, resulta clave evaluar el impacto generado por dichas actuaciones sobre la salud y calidad de vida del paciente, realizando un seguimiento, replanificación y ajuste de las acciones en caso necesario.</p> <p>II. Sistema de continuidad asistencial y modelo de priorización en el que, a partir a partir de la priorización de las necesidades clínico-asistenciales del paciente se podrá planificar de manera proactiva su transición por los distintos niveles asistenciales del Sistema de Salud (AP, AE o el ámbito sociosanitario), en función de su necesidad de continuidad asistencial.</p> <p>La definición de unos criterios de selección y priorización permitirán la coordinación entre los profesionales de los tres niveles, de acuerdo a un proceso de atención que se rija por unos determinados tiempos de respuesta alineados con la situación del paciente.</p> <p>III. Plan de atención personalizado, que estará adaptado y ajustado a la situación de cada paciente, considerando su histórico de interacciones con el Sistema de Salud, tanto en niveles asistenciales (Atención Primaria y Atención Especializada) como en el ámbito de los Servicios Sociales. Sólo de esta manera se podrá prestar al paciente una atención multidisciplinar, integral y longitudinal.</p> <p>La colaboración de todos los profesionales (facultativos, enfermeras, trabajadores sociales, etc.) resultará clave para integrar en un único punto toda la información derivada de la interacción del paciente con el Sistema de Salud. De esta forma, los profesionales que atiendan al paciente en cada punto dispondrán de toda la información necesaria acerca del paciente para una toma de decisiones más sólida.</p>	

Plan Director de Atención a la Cronicidad en un Modelo de Integración Asistencial 2014-2017



Proyecto	
15. Desarrollo de procesos de atención específicos por patología	
Objetivo estratégico	Línea estratégica
II. Mejora de los procesos internos de atención	2. Atención multidisciplinar, integral y longitudinal
Objetivos del proyecto	
<ul style="list-style-type: none"> Adaptar el proceso normalizado de atención al paciente crónico a las particularidades propias de las patologías crónicas más prevalentes en la población de Castilla-La Mancha, así como a las comorbilidades asociadas a los procesos crónicos o al envejecimiento, de forma que se ajuste en la mayor medida posible a las necesidades de cada tipo de paciente. Favorecer el trabajo en equipo por parte de profesionales de diferentes especialidades, que compartan su experiencia y conocimientos para atender a pacientes crónicos siguiendo un proceso de trabajo estandarizado. 	
Descripción de actividades	
<p>I Desarrollo de procesos de atención en patologías crónicas de mayor prevalencia entre los ciudadanos y que tienen un mayor impacto en el coste y la frecuentación asistencial.</p> <p>Inicialmente se plantean las siguientes patologías:</p> <ul style="list-style-type: none"> Procesos crónicos: <ul style="list-style-type: none"> Atención integrada en Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC). Atención integrada en Diabetes. Atención integrada en insuficiencia cardíaca crónica. Atención integrada en la enfermedad renal crónica. Cuidados paliativos. Procesos en salud mental: <ul style="list-style-type: none"> Atención al trastorno mental grave. Intervención precoz en primeros episodios psicóticos. Comorbilidades asociadas a los procesos crónicos o al envejecimiento: <ul style="list-style-type: none"> Prevención de las caídas en mayores. Prevención de las heridas crónicas. ICTUS. <p>El diseño del flujo de trabajo de cada proceso de atención debe seguir una estructura homogénea, que permita la atención no sólo a pacientes que padecen una única enfermedad, sino también a los pluripatológicos, y que favorezca el trabajo entre profesionales de diferentes especialidades.</p>	

El impulso a un nuevo modelo asistencial en prevención y atención a la cronicidad

Proyecto	
16. Adecuación y conciliación del tratamiento	
Objetivo estratégico	Línea estratégica
II. Mejora de los procesos internos de atención	2. Atención multidisciplinar, integral y longitudinal
Objetivos del proyecto	
<ul style="list-style-type: none"> Ajustar el tratamiento a las necesidades del paciente, garantizando un uso eficiente y responsable de los recursos y favoreciendo una mayor adherencia al tratamiento por parte del paciente. Fomentar tanto en los profesionales sanitarios como en los pacientes y su entorno una utilización eficiente de los recursos, haciendo uso de ellos de modo responsable y contribuyendo a garantizar la sostenibilidad del Sistema de Salud a medio y largo plazo. Contribuir a mejorar la adherencia al tratamiento por parte del paciente, poniendo el foco en la importancia de ceñirse el tratamiento prescrito por el profesional sanitario. 	
Descripción de actividades	
<p>I. Plan de atención al Polimeditado, realizando actuaciones enfocadas a un uso seguro y eficiente de los medicamentos, ajustado a las necesidades del paciente.</p> <p>Se tratará de motivar e involucrar al paciente polimeditado y a su cuidador para contribuir a alcanzar la máxima adherencia al tratamiento y disminuir los riesgos asociados a la medicación.</p> <p>Entre las actuaciones a desarrollar se podrá contemplar la definición, desarrollo y puesta en marcha de una herramienta tecnológica de soporte que permita una mejor gestión y control de los pacientes crónicos polimeditados. Esta herramienta permitirá tener identificados a los pacientes polimeditados, realizando un seguimiento sobre los mismos en términos de:</p> <ul style="list-style-type: none"> Procesos patológicos crónicos que padece el paciente. Medicamentos que consume. Duración e intensidad del tratamiento farmacológico. <p>II. Conciliación del tratamiento entre niveles asistenciales, como uno de los elementos claves en el uso del medicamento.</p> <p>De esta forma los profesionales de cada nivel asistencial prescribirán en cada caso un tratamiento farmacológico que tenga en consideración el consumo de medicamentos que ya se encuentre realizando el paciente, empleando para ello toda la información disponible del paciente en su transición por los niveles asistenciales.</p> <p>Se evitarán así situaciones no deseadas como la repetición o solape de medicamentos entre niveles asistenciales.</p> <p>III. Utilización eficiente de otros tratamientos de soporte: oxigenoterapia, apósitos,.... Con ello se promoverá una utilización eficaz de los tratamientos de soporte, favoreciendo una administración y prescripción por parte del profesional sanitario ajustada a las necesidades reales del paciente y, por parte de éste último, un consumo eficiente de los recursos disponibles.</p>	

Plan Director de Atención a la Cronicidad en un Modelo de Integración Asistencial 2014-2017



Proyecto	
17. Estandarización del proceso y compartición de información con Servicios Sociales	
Objetivo estratégico	Línea estratégica
II. Mejora de los procesos internos de atención	3. Coordinación con el ámbito comunitario
Objetivos del proyecto	
<ul style="list-style-type: none"> Definir un proceso normalizado que permita compartir información entre los niveles asistenciales (Atención Primaria y Atención Especializada) y el ámbito sociosanitario, para promover y favorecer la continuidad asistencial en la atención al paciente. Apoyar los procesos de toma de decisiones por parte de los profesionales sanitarios, que dispondrán de manera integrada de toda la información disponible acerca del paciente en su transición por el Sistema de Salud y el ámbito sociosanitario. Prestar al paciente una atención continuada y coordinada, en su transición por los diferentes niveles del Sistema de Salud. 	
Descripción de actividades	
<p>I. Diseño del proceso de gestión integral del paciente con el ámbito de los S. Sociales. Se deberán establecer, entre otros elementos:</p> <ul style="list-style-type: none"> Cuáles son los puntos del proceso en los que se produce una transición del paciente entre los niveles asistenciales y el ámbito sociosanitario. Qué información del paciente será compartida y accesible desde otros niveles asistenciales. Qué perfiles tendrán acceso a ella en cada situación y qué información podrán visualizar. Qué criterios de comunicación se utilizarán y qué mecanismos de coordinación entre perfiles del ámbito sociosanitario y del entorno asistencial. <p>II. Conciliación del tratamiento en el ámbito sociosanitario, lo que contribuirá a alcanzar los siguientes objetivos:</p> <ul style="list-style-type: none"> Una prescripción de medicamentos más ajustada a las necesidades del paciente, considerando el profesional sanitario en su valoración y diagnóstico, toda la información disponible acerca del consumo de fármacos por parte del mismo, no sólo en el ámbito asistencial, sino también cuando es atendido en el entorno sociosanitario. Un mayor conocimiento de los medicamentos que están siendo consumidos por el paciente en todo momento y cuáles de ellos han sido prescritos en cada uno de los niveles asistenciales o en el ámbito sociosanitario. Un consumo más responsable de medicamentos por parte del paciente, al que le serán asignados medicamentos que tengan en cuenta su transición por el resto de niveles del Sistema de Salud. Una mayor sostenibilidad del sistema, puesto que los profesionales no tendrán que prescribir al paciente nuevos medicamentos que ya hayan sido indicados por profesionales de otros niveles del Sistema de Salud. 	

El impulso a un nuevo modelo asistencial en prevención y atención a la cronicidad

Proyecto	
18. Integración del trabajador social en el proceso de atención	
Objetivo estratégico	Línea estratégica
II. Mejora de los procesos internos de atención	3. Coordinación con el ámbito comunitario
Objetivos del proyecto	
<ul style="list-style-type: none"> Incorporar a los trabajadores sociales al proceso normalizado de atención al paciente crónico, participando con los profesionales sanitarios en la asistencia. Enriquecer la continuidad asistencial con las valoraciones realizadas por los trabajadores sociales. Ofrecer al paciente una asistencia más completa, que tenga en cuenta la visión y experiencia del trabajador social en la atención de las necesidades familiares, funcionales, etc. del paciente, para desempeñar su vida diaria con el menor impacto posible por parte de la enfermedad. 	
Descripción de actividades	
<p>I Definición de un proceso de trabajo fluido con los trabajadores sociales, que favorezca una atención integral al paciente, independientemente del entorno en el que esté siendo atendido (ámbito asistencial o sociosanitario).</p> <ul style="list-style-type: none"> Articulación de los grupos de trabajo compuestos por profesionales de los dos niveles asistenciales (AP y AE, incluyendo el ámbito de Salud Mental) y del ámbito sociosanitario. Identificación de las fases del proceso normalizado de atención al crónico en las que se produce colaboración por parte de los trabajadores sociales. Definición de perfiles de referencia, que actúen como interlocutores por parte de los niveles asistenciales y el entorno sociosanitario. Redefinición de la historia social del paciente, tendiendo a la Historia Social Única entre AP, AE y el ámbito sociosanitario. Se incluyen los siguientes elementos: <ul style="list-style-type: none"> Historia Social. Valoración Social. Diagnóstico Social. Intervención Social. Alta Social. 	

Plan Director de Atención a la Cronicidad en un Modelo de Integración Asistencial 2014-2017



Proyecto	
19. Apoyo al cuidado familiar en el ámbito domiciliario	
Objetivo estratégico	Línea estratégica
II. Mejora de los procesos internos de atención	3. Coordinación con el ámbito comunitario
Objetivos del proyecto	
<ul style="list-style-type: none"> Motivar e implicar a los familiares del paciente crónico, que prestan su apoyo de manera continua en el ámbito doméstico, evitando que se produzcan situaciones de agotamiento y desistimiento. Se pretende también mejorar la calidad de vida de los cuidadores del paciente, evitando situaciones de agotamiento que deriven en un desistimiento de sus cuidados. Mejorar la calidad de vida del paciente, que recibe un parte importante de los cuidados necesarios en su entorno domiciliario. 	
Descripción de actividades	
<p>I Programas de atención integrada en el domicilio o centro de mayores donde el paciente tenga su residencia habitual. De este modo se evitarían frecuentaciones asistenciales innecesarias (sobre todo en Atención Especializada) con lo que se reduciría el impacto que este tipo de visitas generan en el paciente y se contribuiría a mejorar su calidad de vida. Se podrán diseñar los siguientes programas de atención:</p> <ul style="list-style-type: none"> Programas específicos de atención integrada para pacientes que residan en su domicilio. Programas específicos de atención integrada para pacientes que residan en un centro de mayores. En este caso el programa podrá estar coordinado con los profesionales del propio centro, garantizando su colaboración en el proceso de atención. <p>II. Potenciar el papel de la enfermera como referente para la coordinación del proceso integral de atención.</p> <p>La enfermera de Atención Primaria es el eslabón entre las necesidades del paciente-cuidador y los recursos del sistema. Por su accesibilidad, disfruta de una posición que le permite atender y canalizar las necesidades de atención por parte del paciente crónico.</p> <p>En el nuevo modelo de atención al paciente crónico, la enfermera debe estar capacitada para:</p> <ul style="list-style-type: none"> Identificar, valorar, gestionar y proveer una atención integral, continuada y longitudinal. Ser el referente del paciente en relación con su salud. Coordinar los recursos asistenciales disponibles, para atender de la mejor manera posible las necesidades del paciente y su entorno. 	

Resultados

Gracias a la elaboración de un **Balanced Scorecard** como base para la construcción del Plan Director, es posible visualizar las relaciones causales entre proyectos y medir el impacto que generan los proyectos sobre los resultados que se pretenden alcanzar.

Resultado: cambio de la cultura

La ejecución y despliegue de los Proyectos descritos anteriormente contribuirá a la materialización de los siguientes Resultados:

- Un **cambio de cultura** tanto de la organización del sistema de salud como de los pacientes y cuidadores que dé lugar a un trabajo más coordinado entre profesionales y a una mayor autonomía y cualificación de los **agentes de interés** en materia de enfermedades crónicas como son la población en general, los pacientes, sus familiares y cuidadores:
 - Se concienciará a la población acerca de los perjuicios de los procesos crónicos y cómo los estilos de vida actuales característicos de las economías avanzadas pueden fomentar su aparición en edades cada vez más tempranas. Por ello, se debe favorecer el abandono de los factores de riesgo (tabaquismo, alcoholismo, sedentarismo), estableciendo y expandiendo hábitos de vida más activos, más saludables, para evitar las enfermedades crónicas (o al menos retrasar su aparición). A conseguir este fin contribuirá el despliegue de proyectos como la Promoción de Hábitos y Envejecimiento Saludables,

el Fomento del Ejercicio y el Impulso a la Prevención de Comorbilidades y Complicaciones, entre otros.

- Entre los pacientes crónicos, cuidadores y familiares, se fomentará la corresponsabilidad del paciente en la mejora de su calidad de vida gracias a su involucración en el control y manejo de la enfermedad. También se pondrá el foco en garantizar la implicación y motivación del cuidador, como elemento fundamental para el apoyo al paciente. En esta línea se trabajará en los proyectos como el Soporte Telemático para Acercar la Atención al Ciudadano, Mejorar la Prevención y Potenciar el Autocuidado, la Capacitación/Motivación del Paciente-Cuidador Integrada en la Asistencia, el Desarrollo de las Vías de Participación del Paciente en la Toma de Decisiones sobre su Enfermedad y el Apoyo al Cuidado Familiar en el Ámbito Domiciliario, entre otros.
- Finalmente, los profesionales sanitarios verán incrementadas sus capacidades, especialmente gracias al soporte de dos elementos clave (el equipo de Atención Primaria y el Especialista Consultor), que se posicionarán como referentes, especialmente el primero, en la atención al paciente crónico. A ello contribuirán los proyectos como la Capacitación/Motivación de los Profesionales Adecuada a sus Necesidades y la Reorientación de las TIC para la Atención y Gestión Integral, entre otros.



- En la **mejora de los resultados en el Sistema de Salud** de Castilla-La Mancha, tendrán impacto los siguientes resultados:
 - La mejora en la salud de la población vendrá derivada del retraso en la incidencia de la enfermedad crónica entre la población sana, y de la ralentización de su desarrollo en los pacientes crónicos ya diagnosticados. Además, las actuaciones dirigidas específicamente al paciente crónico redundarán en una mejora de su calidad de vida. Impulsar una Cultura de Hábitos Saludables entre la Población, Corresponsabilizar al Paciente en la Gestión de su Enfermedad e Implicar al Cuidador en el Apoyo al Paciente, permitirán mejorar los resultados en Salud.
 - El aseguramiento de la sostenibilidad del sistema vendrá determinado por el uso eficiente de los recursos asistenciales y por la evaluación del coste-eficiencia de las innovaciones relacionadas con el abordaje de la cronicidad. Sobre el uso eficiente de los recursos asistenciales pivotan proyectos como la Estratificación de la Población según Niveles de Riesgo e Identificación del Paciente para un Abordaje Precoz, la Normalización del Proceso de Atención al Crónico con Personalización de la Asistencia, la Estandarización del Proceso y Compartición de Información con Servicios Sociales y la Integración del Trabajador Social en el Proceso de Atención.

La evaluación del coste-eficiencia de las innovaciones en materia de gestión de la cronicidad vendrá determinada principalmente por el Fomento del Acceso a Recursos y Desarrollo de I+D+i en Cronicidad y el Impulso a la Aplicación Práctica de la misma en la atención a los crónicos.

Matriz de impacto y dependencia

Entre los diferentes Proyectos y Resultados descritos anteriormente se establecen una serie de relaciones e interdependencias a partir de las cuales es posible construir una **matriz de impacto y dependencia** en la que se evalúa, para cada uno de los 19 Proyectos, los efectos que generan sobre los demás proyectos y sobre los 9 Resultados del mapa estratégico.

En primer lugar se mide el impacto que producen los proyectos enmarcados bajo el Objetivo estratégico I sobre los proyectos del Objetivo estratégico II y los Resultados de los Objetivos estratégicos III y IV. A continuación se ha evaluado el impacto provocado por los proyectos del Objetivo estratégico II sobre los Resultados de los Objetivos estratégicos III y IV.

La revisión y actualización de esta matriz a lo largo del tiempo permitirá identificar qué proyectos es necesario potenciar, corregir o impulsar para conseguir los efectos deseados sobre los Resultados finales que pretendemos alcanzar con el Plan Director.

Resultado: mejora en salud y sostenibilidad

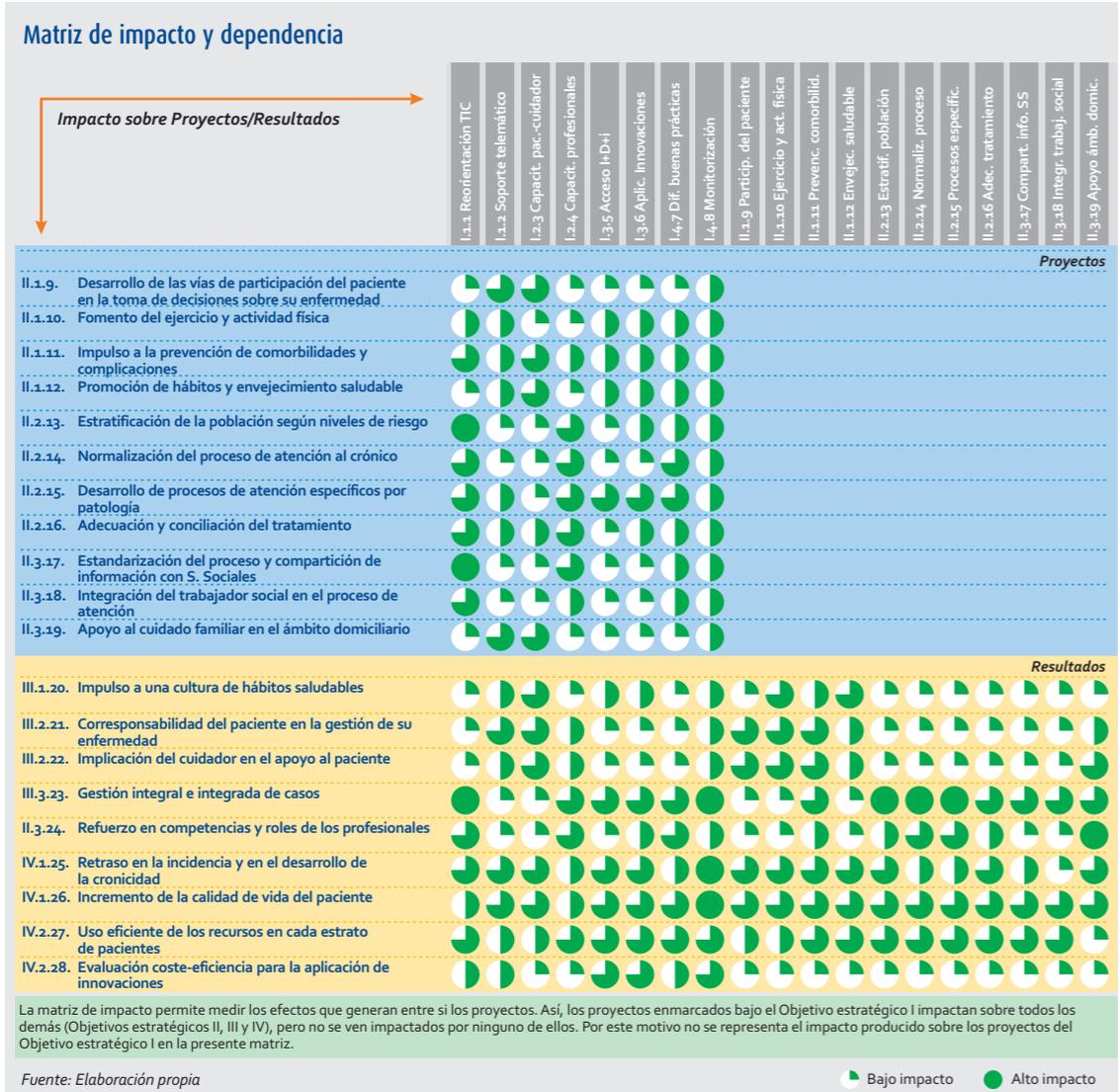


Figura 4.19. Matriz de impacto y dependencia de los Proyectos sobre Proyectos/Resultados del Plan Director



5 De la estrategia a la realidad

La definición del presente Plan Director carecería de sentido sin la aplicación directa a la realidad de Castilla-La Mancha, de forma que se pueda emprender la transformación del servicio que prestamos a los ciudadanos de nuestra Comunidad Autónoma. Conseguir que el Plan Director cristalice en una realidad pasa por **tres aspectos clave** que han sido contemplados, en concreto son:

- Los sistemas de **monitorización y seguimiento**, como mecanismos para la evaluación de las actuaciones desarrolladas en el contexto del Plan Director y como garantes de la mejora continua durante el período de vigencia de la misma.
- Una **planificación** realista, mediante un cronograma, de la ejecución y puesta en marcha de cada uno de los Proyectos definidos en el marco del Plan Director de Atención a la Cronicidad en un Modelo de Integración Asistencial, a lo largo del horizonte temporal 2014-2017.
- Un plan eficaz de **comunicación y difusión** del Plan Director en la sociedad, como herramienta para fomentar la implantación y expansión del modelo a todos los agentes involucrados: población en general, pa-

cientes que sufren procesos crónicos, profesionales del Servicio de Salud, equipos de gobierno responsables de la toma de decisiones en materia sanitaria, organismos institucionales, etc.

5.1. Evaluación: la monitorización, clave para la mejora continua

La evaluación constituye un aspecto esencial para garantizar que la implantación y despliegue del Plan Director se produzcan de manera satisfactoria. El establecimiento de un **sistema de evaluación**, como mecanismo para la medición por indicadores del grado de avance de cada uno de los proyectos servirá para identificar en qué medida están contribuyendo dichos proyectos a la consecución de los objetivos estratégicos planteados.

El sistema de evaluación diseñado constituye uno de los elementos diferenciales del presente Plan Director. La revisión periódica de los indicadores definidos, así como su comparación con los umbrales y objetivos que se determinen para cada uno de ellos, servirán para detectar los puntos fuertes en los que debemos apoyarnos y las áreas sobre las que se debe incidir en mayor medida para hacer que el Plan Director mejore de manera continua a lo largo del tiempo.

Claves: monitorización y seguimiento, planificación realista y comunicación

Modelo de evaluación

Para realizar la monitorización y seguimiento sobre los proyectos desplegados en el marco del Plan Director de Atención a la Cronicidad en un Modelo de Integración Asistencial, se ha definido un modelo de evaluación que se estructura en dos tipos de indicadores:

- **Indicadores de realización**, para medir el grado de desarrollo de cada proyecto, de forma que se pueda conocer en todo momento el ritmo de implantación de cada proyecto específico y del Plan Director en su conjunto.
Dichos indicadores estarán asociados a cada uno de los 19 Proyectos establecidos en el mapa estratégico.
- **Indicadores de resultado**, para medir el impacto producido por los proyectos, tanto en los pacientes con problemas crónicos, como en los profesionales del Sistema de Salud y del ámbito sociosanitario, en la ciudadanía en su conjunto, etc.
Dichos indicadores estarán asociados a cada uno de los 9 resultados recogidos en el mapa estratégico.

Cada proyecto y resultado cuenta con indicadores para su evaluación y seguimiento

Indicadores

A continuación se presentan, para cada proyecto y resultado, los indicadores de realización y de resultado que componen el sistema de evaluación y seguimiento del Plan Director. La definición de cada indicador incluye los siguientes elementos:

- Denominación del indicador.
- Fuente de la información.
- Periodicidad de cálculo. Independientemente de lo reflejado para cada indicador, se podrá realizar una monitorización más frecuente sobre algunos de ellos durante períodos determinados en los que sea necesario realizar un seguimiento mayor.
- Umbral objetivo, con los valores de referencia que se esperan alcanzar.

En primera instancia se muestra un mapa resumen con todos los indicadores de realización y resultado definidos en el marco del *Balanced Scorecard*:

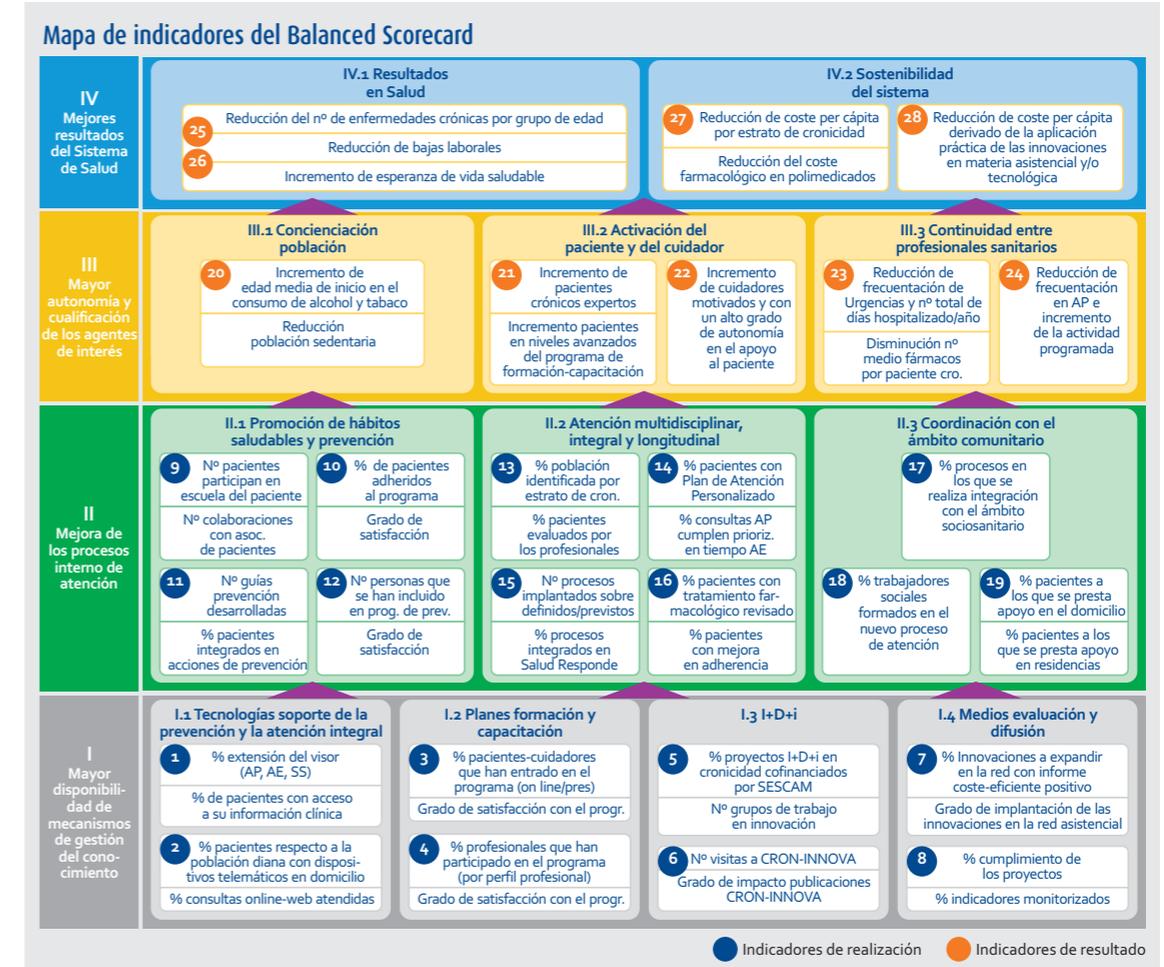


Figura 5.1 Mapa de indicadores del Balanced Scorecard

Línea Estrat.	Proyecto	Denominación del indicador	Fuente	Periodic.	Periodicidad
I.1. Tecnologías soporte de la prevención y la atención integral	1 Reorientación de las TIC para la atención y gestión integral	1. % extensión del visor (desagregado por profesionales de AP, AE y SS)	- Área de tecnología - DG Recursos Humanos - DG Mayores, Personas con Discapacidad y Dependientes	Semestral	AP y AE: - 80% de profesionales (tanto de AP como de AE) a final de 2014 - 100% a final de 2015, 2016, 2017 SS: - 25% de profesionales a final de 2014 - 50% a final de 2015 - 100% a final de 2016, 2017
		2. % pacientes con acceso a su información clínica	- Área de tecnología	Semestral	- 15% a final de 2014 - 25% a final de 2015 - 30% a final de 2016 - 35% a final de 2017
	2 Soporte telemático para acercar la atención al ciudadano, mejorar la prevención y potenciar el autocuidado	3. % pacientes respecto a la población diana con dispositivos telemáticos en domicilio	- DG Atención Sanitaria y Calidad	Anual	- 50% a final de 2014 - 55% a final de 2015 - 60% a final de 2016 - 65% a final de 2017
		4. % consultas online atendidas	- Área de tecnología - Área de atención al usuario	Semestral	- 80% a final de 2014 - 100% a final de 2015, 2016, 2017
I.2. Planes de formación y capacitación	3 Capacitación/motivación del paciente-cuidador integrada en la asistencia	5. % pacientes-cuidadores que han entrado en el programa (online/ presencial) (para cada uno de los 4 procesos que disponen de programa)	- Área de tecnología - DG Atención Sanitaria y Calidad	Semestral	- 30% a final de 2014 - 60% a final de 2015 - 100% a final de 2016
		6. Grado de satisfacción de los pacientes-cuidadores con el programa	- DG Atención Sanitaria y Calidad	Anual	- 80% de respuestas positivas a final de 2014 - Superior al 90% de respuestas positivas a final de 2015, 2016, 2017
	4 Capacitación/motivación de los profesionales adecuada a sus necesidades	7. % profesionales que han participado en el programa (por perfil profesional) (s/total plazas ofertadas)	- DG Atención Sanitaria y Calidad	Anual	- 95% en todo el período
		8. Grado de satisfacción de los profesionales con el programa	- DG Atención Sanitaria y Calidad	Anual	- 85% de respuestas positivas en todo el período

Objetivo Estratégico I. Mayor disponibilidad de mecanismos de gestión del conocimiento

Línea Estrat.	Proyecto	Denominación del indicador	Fuente	Periodic.	Periodicidad
I.3 I+D+i	5 Fomento del acceso a recursos y desarrollo de I+D+i en cronicidad	9. % proyectos destinados a I+D+i en cronicidad cofinanciados por SESCAM	- DG Atención Sanitaria y Calidad	Anual	- 50% en todo el período
		10. Nº grupos de trabajo de innovación en cronicidad	- DG Atención Sanitaria y Calidad	Anual	- 1 a final de 2014 - 3 a final de 2015 - 4 a final de 2016
	6 Impulso a la aplicación práctica de innovaciones en cronicidad	11. Nº visitas a CRON-INNOVA-CLM	- Área de tecnología	Semestral	- Crecim. anual del 25% en 2014 y 2015 - Crecim. anual del 10% en 2016 y 2017
		12. Impacto publicaciones de CRON-INNOVA-CLM	- Área de tecnología	Semestral	- Crecim. anual del 15% en 2014 y 2015 - Crecim. anual del 5% en 2016 y 2017
I.4 Medios de evaluación y difusión	7 Generación de mecanismos de difusión de buenas prácticas	13. % Innovaciones con informe coste-eficiente positivo a expandir en la red	- DG Atención Sanitaria y Calidad - DG Gestión Económica e Infraestructuras	Anual	- 50% a final de 2014 - 70% a final de 2015, 2016, 2017
		14. Grado de implantación de las innovaciones en la red asistencial (según cronograma de implantación de los proyectos)	- Área de tecnología - DG Atención Sanitaria y Calidad	Semestral	- 90% en todo el período
	8 Monitorización adecuada y fiable para establecer mejora continua	15. % de cumplimiento de los proyectos del Plan director (según cronograma de implantación de los proyectos)	- DG Atención Sanitaria y Calidad	Semestral	- 90% en todo el período
		16. % indicadores monitorizados	- DG Atención Sanitaria y Calidad	Semestral	- 90% en todo el período

Objetivo Estratégico I. Mayor disponibilidad de mecanismos de gestión del conocimiento (cont.)

De la estrategia a la realidad

Línea Estrat.	Proyecto	Denominación del indicador	Fuente	Periodic.	Periodicidad
II.1 Promoción de hábitos saludables y Prevención	9 Desarrollo de las vías de participación del paciente en la toma de decisiones sobre su enfermedad	17. Nº pacientes que participan de forma activa en la Escuela del Paciente	- Área de tecnología	Semestral	- Crecim. anual del 25% en 2014 y 2015 - Crecim. anual del 10% en 2016 y 2017
		18. Nº colaboraciones con asociaciones de pacientes	- DG Atención Sanitaria y Calidad	Anual	- 2 a final de 2014 Incremento de al menos dos colaboraciones anuales en 2015, 2016, 2017
	10 Fomento del ejercicio y actividad física	19. % pacientes adheridos al programa (s/ total procesos en marcha)	- DG Atención Sanitaria y Calidad	Semestral	- 10% a final de 2014 - 60% a final de 2015 - 100% a final de 2016, 2017
		20. Grado de satisfacción	- Área de atención al paciente	Semestral	- 80% satisfacción buena/muy buena en 2014 (sostenido en todo el período)
	11 Impulso a la prevención de comorbilidades y complicaciones	21. Nº guías de prevención desarrolladas	- DG Atención Sanitaria y Calidad	Anual	- Al menos 2 en 2014 Incremento de al menos dos guías anuales en 2015, 2016, 2017
		22. % pacientes integrados en acciones de prevención	- DG Atención Sanitaria y Calidad	Semestral	- 30% a final de 2014 - 50% a final de 2015 - 70% a final de 2016 - 90% a final de 2017
	12 Promoción de hábitos y envejecimiento saludable	23. Nº personas que se han incluido en programas de prevención	- DG Atención Sanitaria y Calidad	Semestral	- Crecim. anual del 15% a partir del valor alcanzado en 2014 (sostenido en todo el período)
		24. Grado de satisfacción	- Área de atención al paciente	Semestral	- 80% de respuestas positivas en todo el período

Objetivo Estratégico II. Mejora de los procesos internos de atención

Plan Director de Atención a la Cronicidad en un Modelo de Integración Asistencial 2014-2017



Línea Estrat.	Proyecto	Denominación del indicador	Fuente	Periodic.	Periodicidad
II.2 Atención multidisciplinaria, integral y longitudinal	13 Estratificación de la población según niveles de riesgo e identificación del paciente para un abordaje precoz	25. % población de Castilla-La Mancha identificada por estrato de cronicidad	- DG Atención Sanitaria y Calidad	Anual	- 100% población estratificada (sostenido en todo el período)
		26. % pacientes evaluados por parte de los profesionales	- Área de tecnología	Semestral	- Crecim. anual del 15% a partir del valor alcanzado en cada estrato en 2014 (sostenido en todo el período)
	14 Normalización del proceso de atención al crónico y orientación a la personalización de la asistencia	27. % pacientes con Plan de Atención Personalizado	- Área de tecnología - DG Atención Sanitaria y Calidad	Semestral	- 85% de los pacientes enviados a AP para su valoración (sostenido en todo el período)
		28. % pacientes con los que se contacta desde AP en el tiempo priorizado a su salida desde AE	- Área de tecnología - DG Atención Sanitaria y Calidad	Semestral	- 90% en todo el período
	15 Desarrollo de procesos de atención específicos por patología	29. Nº procesos implantados sobre los definidos/previstos	- DG Atención Sanitaria y Calidad	Semestral	- 90% de ajuste a cronograma (sostenido en todo el período)
		30. % procesos integrados en Salud Responde (según cronograma de implantación)	- DG Atención Sanitaria y Calidad	Semestral	- 100% de ajuste a cronograma (sostenido en todo el período)
	16 Adecuación y conciliación del tratamiento	31. % pacientes con tº farmacológico revisado	- Área de tecnología - DG Atención Sanitaria y Calidad	Semestral	- 85% pacientes enviados a AP para su valoración (sostenido en todo el período)
		32. % pacientes revisados en los que se ha mejorado la adherencia	- Área de tecnología - DG Atención Sanitaria y Calidad	Semestral	- Crecimiento anual del 15% a partir del valor alcanzado en 2014 (sostenido en todo el período)

Objetivo Estratégico II. Mejora de los procesos internos de atención (cont.)

Línea Estrat.	Proyecto	Denominación del indicador	Fuente	Periodic.	Periodicidad
II.3 Coordinación con el ámbito comunitario	17 Estandarización del proceso y compartición de información con Servicios Sociales	33.% procesos puestos en marcha en los que se realiza integración con el ámbito socio-sanitario (según cronograma de implantación de procesos)	- DG Atención Sanitaria y Calidad	Semestral	- 90% sostenido en todo el período
	18 Integración del trabajador social en el proceso de atención	34.% trabajadores sociales formados en el nuevo proceso de atención (desagregado por propios SESCAM y de EELL)	- DG Atención Sanitaria y Calidad	Semestral	- 90% sostenido en todo el período
	19 Apoyo al cuidado familiar en el ámbito domiciliario	35.% pacientes a los que se presta apoyo en el domicilio	- DG Atención Sanitaria y Calidad	Semestral	- 30% (de los pacientes inmovilizados en su domicilio) a final de 2014 - 45% a final de 2015 - 60% a final de 2016 - 75% a final de 2017
		36.% pacientes a los que se presta apoyo en residencias	- DG Atención Sanitaria y Calidad	Semestral	- 15% (de los pacientes inmovilizados en residencia) a final de 2014 - 25% a final de 2015 - 35% a final de 2016 - 45% a final de 2017

Objetivo Estratégico II. Mejora de los procesos internos de atención (cont.)



Línea Estrat.	Proyecto	Denominación del indicador	Fuente	Periodic.	Periodicidad
III.1 Concienciación de la población	20 Impulso a una cultura de hábitos saludables	37.Incremento de edad media de inicio en el consumo de alcohol y tabaco	- DG Atención Sanitaria y Calidad	Anual	- 10% de incremento sostenido en todo el período
		38.Reducción población sedentaria	- DG Atención Sanitaria y Calidad	Anual	- 10% de reducción sostenida en todo el período
III.2 Activación del paciente y del cuidador	21 Corresponsabilidad del paciente en la gestión de su enfermedad	39.Incremento de pacientes crónicos expertos	- DG Atención Sanitaria y Calidad	Semestral	- 10% sostenido en todo el período
		40.Incremento de pacientes en niveles avanzados (niveles II y III) del programa de formación-capacitación	- DG Atención Sanitaria y Calidad	Semestral	- 15% sostenido en todo el período
III.3 Continuidad entre profesionales sanitarios	22 Implicación del cuidador en el apoyo al paciente	41.Incremento de cuidadores motivados y con un alto grado de autonomía en el apoyo al paciente (nivel III del programa de formación-capacitación)	- DG Atención Sanitaria y Calidad	Semestral	- 10% sostenido en todo el período
		23 Gestión integral e integrada de casos	42.Reducción de frecuentación de Urgencias y nº total de días hospitalizado/año	- DG Atención Sanitaria y Calidad	Anual
	24 Refuerzo en competencias y roles de los profesionales	43.Disminución nº medio fármacos por paciente crónico	- DG Atención Sanitaria y Calidad	Semestral	- 10% de reducción sostenida en todo el período
		44.Reducción de frecuentación en AP e incremento de la actividad programada (según cronograma de implantación)	- DG Atención Sanitaria y Calidad	Anual	- 10% de reducción sostenida en todo el período

Objetivo Estratégico III. Mayor autonomía y cualificación de los agentes de interés

Línea Estrat.	Proyecto	Denominación del indicador	Fuente	Periodic.	Periodicidad
IV.1 Resultados en Salud	25 Impulso a una cultura de hábitos saludables	45.Reducción del número de enfermedades crónicas por grupo de edad	- Instituto Nacional de Estadística	Cada 4 años (al comenzar y al terminar el Plan director)	- 10% de reducción sostenida en todo el período
	26 Corresponsabilidad del paciente en la gestión de su enfermedad	46.Reducción de bajas laborales	- Gerencia Coordinación e Inspección	Anual	- 10% de reducción de días por IT sostenida en todo el período
		47.Incremento de esperanza de vida saludable	- Instituto Nacional de Estadística	Cada 4 años (al comenzar y al terminar el Plan director)	- 10% sostenido en todo el período
IV.2 Sostenibilidad del sistema	27 Implicación del cuidador en el apoyo al paciente	48.Reducción de coste per cápita por estrato de cronicidad	- DG Gestión Económica e Infraestructuras	Semestral	- 5% a final de 2014 - 10% a final de 2015 - 15% a final de 2016, 2017
		49.Reducción del coste farmacológico en polimedicados	- DG Atención Sanitaria y Calidad	Anual	- 5% a final de 2014 - 10% a final de 2015 - 15% a final de 2016, 2017
	28 Gestión integral e integrada de casos	50.Reducción del coste per cápita derivado de la aplicación práctica de las innovaciones en materia asistencial o tecnológica	- DG Gestión Económica e Infraestructuras	Anual	- 5% a final de 2014 - 10% a final de 2015 - 15% a final de 2016, 2017

Objetivo Estratégico IV. Mejores resultados del Sistema de Salud

5.2. Hoja de ruta del despliegue

El diseño de una adecuada hoja de ruta en la que se priorice el desarrollo de los proyectos a lo largo del tiempo resulta esencial para asegurar un despliegue efectivo y una implantación satisfactoria del Plan Director. Considerando un horizonte temporal de 4 años (2014-2017), se ha planificado el desarrollo de los proyectos en función del momento óptimo para su

ejecución. Algunos de los proyectos reflejados en el cronograma han sido iniciados durante el año 2013, aunque sus actividades clave se desarrollarán entre 2014 y 2017.

En líneas generales, el despliegue en Atención Primaria se realizará en tres fases:

- Fase I, donde se desplegará en torno a un 20% del Plan Director. Se trata de una fase de control, que permita establecer mejoras y corregir errores.

La hoja de ruta prioriza el despliegue y desarrollo de los proyectos

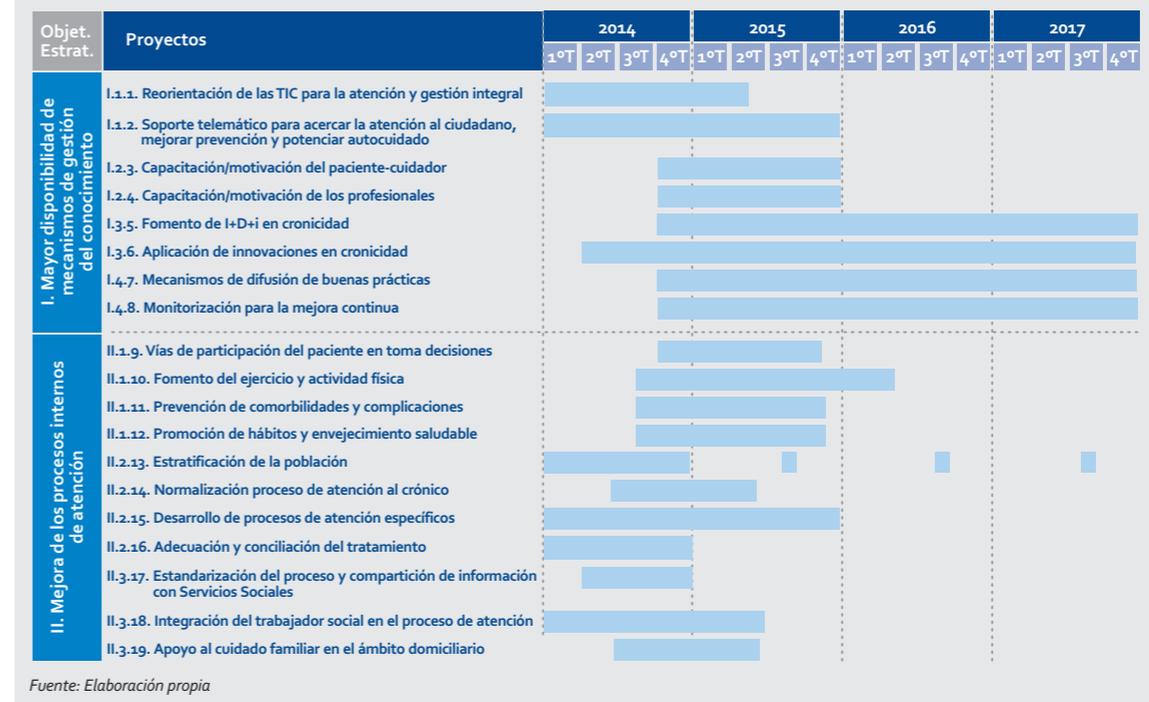


- Fase II, donde se desplegará en torno al 40% del Plan Director. A lo largo de esta fase se extenderá y consolidará la Fase I.
- Fase III, donde se desplegará en torno al 40% del Plan Director. Se trata de la fase de despliegue definitivo del Plan Director, en la que se podrán presentar resultados de la Fase I y se consolidará la Fase II.

El despliegue del resto del Plan Director se realizará integrando progresivamente las áreas de especialidad:

- Fase I: Medicina Interna, Geriátrica, Urgencias, Residencias propias y Atención de Urgencias y Emergencias.
- Fase II: Neumología, Cardiología, Endocrinología, Neurología, Nefrología y Paliativos.

Cronograma de implantación



Fuente: Elaboración propia

Figura 5.2 Cronograma de implantación del Plan Director de Atención a la Cronicidad en un Modelo de Integración Asistencial

Cronograma de implantación de los procesos de atención normalizados durante 2014

Durante el primer año de implantación del Plan Director, se pondrá el foco en la normalización de los procesos de atención al crónico, de forma que se su implantación se vaya extendiendo

de forma gradual a todas la Gerencias de Atención de Castilla-La Mancha.

Para monitorizar el grado de avance de la normalización de los procesos de atención se ha diseñado un cronograma específico para el año 2014, en el que se llevará a cabo la implantación de los nuevos procesos de atención al crónico en toda la Comunidad Autónoma.



Figura 5.3. Cronograma de implantación de los procesos de atención



5.3. Comunicación y difusión: herramienta para impulsar una adecuada implantación del nuevo modelo

Comunicar de modo eficaz el Plan Director puede resultar determinante para la consecución de los objetivos que nos hemos propuesto. Tan importante como la definición de un Plan Director alineado con las necesidades reales de la sociedad de Castilla-La Mancha es llevar a cabo una difusión del mismo, que permita comunicar a la ciudadanía y a los profesionales cuáles son los hitos que se han de alcanzar y su grado de consecución efectiva a los largo del tiempo, y qué objetivos y beneficios se obtendrán como consecuencia de la transformación de nuestro sistema de salud.

Para ello, se ha desarrollado un **Plan de Comunicación** que contempla una dimensión interna (para asegurar la involucración y compromiso de toda la organización con el cambio del modelo asistencial) y otra externa (para dar a conocer el Plan Director a la sociedad de Castilla-La Mancha). El plan se apoya en las siguientes **acciones**:

- Identificación de los colectivos objetivo, entre los que se encuentran las personas con enfermedades crónicas, los profesionales sanitarios y del ámbito social, así como la población de Castilla-La Mancha en general.

- Selección de los mensajes clave, en función de cada colectivo. Desde el punto de vista interno, se busca lograr la involucración y alineamiento de toda la organización, por un lado, apoyando a los gestores en su responsabilidad de liderar e impulsar el cambio de modelo y, por otro, dando a conocer (mediante formación y capacitación) el nuevo modelo a los profesionales del Sistema de Salud, que serán los verdaderos protagonistas a la hora de llevar el Plan Director a la práctica y convertirlo en realidad.

El Plan de Comunicación contempla las acciones internas y la externas

Desde el punto de vista externo, el Plan de Comunicación debe contribuir a formar a los pacientes crónicos, lo que les permitirá conocer en mayor profundidad su enfermedad y estado de salud. Además, resultarán importantes los mensajes de motivación, que les hagan sentirse partícipes del control de su enfermedad, involucrándose en el manejo de su situación y en la mejora de su calidad de vida. Por otra parte, para la ciudadanía se diseñarán mensajes de concienciación acerca de los factores de riesgo que derivan en la aparición de enfermedades crónicas, tratando de favorecer estilos de vida más activos y saludables.

- Articulación de los canales y herramientas para la transmisión eficaz de los mensajes. Entre los canales considerados se incluyen las campañas en medios audiovisuales, en

De la estrategia a la realidad

formato electrónico (comunicaciones y boletines de difusión mediante e-mail, portales web, etc.), así como mediante el contacto personal que se establece de manera continua entre los pacientes crónicos y los profesionales del Sistema de Salud en su interacción en los procesos de atención asistencial.

- Establecimiento de plazos e hitos clave en la labor de comunicación. En primera instancia se contemplarán tres puntos clave en la comunicación del Plan Director: lanzamiento y difusión del Plan al inicio del mismo (2014); comunicación parcial de resultados alcanzados, principales indicadores y

estado de situación (entre finales de 2015 y comienzos de 2016); comunicación final de resultados, grado de cumplimiento de objetivos estratégicos, proyectos finalizados y próximos pasos para el siguiente período de actuación (2017, en fechas próximas a la finalización del Plan Director).

Entre el **material de difusión** se incluirán pósters, dípticos, salvapantallas,..., con el título, logo y principales ideas fuerza del Plan Director. La distribución de estos materiales entre los organismos e instituciones más representativos en materia sanitaria contribuirá a dar a conocer el Plan Director en toda la Comunidad.





6 Anexos

6.1. Índice de figuras

Figura 1.1 Estructura del documento – Cuestiones clave a las que responde el Plan Director	14	Figura 2.8 Consumo de tabaco y alcohol en España y Castilla-La Mancha, 2011-2012.....	25
Figura 2.1 Población de Castilla-La Mancha por provincias, 2013.....	17	Figura 2.9 Población sedentaria en España y Castilla-La Mancha, 2011-2012.....	26
Figura 2.2 Esperanza de vida al nacer de España y Castilla-La Mancha, 1992-2002-2012	18	Figura 2.10 Población con sobrepeso y obesidad en España y Castilla-La Mancha, 2011-2012.....	27
Figura 2.3 Pirámide de población de España y Castilla-La Mancha, 2013.....	19	Figura 2.11 Población con alguna enfermedad crónica en España y Castilla-La Mancha, 2011-2012. Enfermedades crónicas en Castilla-La Mancha en los últimos 12 meses.....	28
Figura 2.4 Evolución de la población en España y Castilla-La Mancha, 2003-2023.....	20	Figura 2.12 Evolución de la población española ante determinadas enfermedades crónicas, 2001-2012	29
Figura 2.5 Densidad de población en España y Castilla-La Mancha, 2012	21	Figura 2.13 Número medio de problemas crónicos por persona y grupo de edad en España, 2011-2012 ..	29
Figura 2.6 Mapa sanitario-Gerencias de Atención Integrada de Castilla-La Mancha 2013.....	23	Figura 2.14 Altas de pacientes con dos o más patologías crónicas, por rango de edad, 2012	30
Figura 2.7 Recursos sanitarios en España y Castilla-La Mancha, 2012	24	Figura 2.15 Tabla para identificar pacientes pluripatológicos, según la Sociedad Española de Medicina Interna	32
		Figura 2.16 Caídas registradas en Castilla-La Mancha y lugar del accidente, 2012	34

Figura 2.17 Localización de las úlceras por presión en pacientes de Castilla-La Mancha, 2012..... 35	Figura 3.1 Mapa de CCAA con estrategias de atención a pacientes crónicos en España 46
Figura 2.18 Población dependiente en Castilla-La Mancha según grado de dependencia y lugar de residencia, 2012.....36	Figura 3.2 Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad en el SNS: líneas estratégicas.....47
Figura 2.19 Tasa de población con discapacidad, 2008. Altas de pacientes, GRD generadores de discapacidad, 2012 37	Figura 3.3 Modelo de Atención al Crónico (<i>Chronic Care Model</i>)50
Figura 2.20 Satisfacción de las personas con discapacidad frente a las ayudas que reciben y población con discapacidad que recibe cuidados personales, 2008.....38	Figura 3.4 Atención Innovadora a la Cronicidad (Innovative Care for Chronic Conditions) 51
Figura 2.21 Reingresos ocasionados por las enfermedades crónicas, 2011.....39	Figura 3.5 Pirámide de Kaiser Permanente ampliada..... 52
Figura 2.22 Hospitalizaciones y utilización de los servicios de Urgencias en Castilla-La Mancha en los últimos 12 meses, 2003-2012 40	Figura 4.1 El Balanced Scorecard como modelo de gestión . 64
Figura 2.23 Coste farmacológico para pacientes que ya han tenido al menos un episodio de hospitalización, según número de patologías crónicas, primer cuatrimestre de 201441	Figura 4.2 Ejemplo de mapa estratégico 65
Figura 2.24 Evolución del gasto sanitario público en España, 2007-2011. Gasto sanitario público en las CCAA, 2011 42	Figura 4.3 Visión del Plan Director 68
	Figura 4.4 Principios rectores del Plan Director 69
	Figura 4.5 Marco global de atención al paciente crónico 71
	Figura 4.6 Ecosistema de medios técnicos y recursos humanos73
	Figura 4.7 Fases del proceso de atención al paciente crónico..... 73



Figura 4.8 Modelo de formación-capacitación del paciente-cuidador..... 74	Figura 4.19 Matriz de impacto y dependencia de los Proyectos sobre Proyectos/Resultados del Plan Director 110
Figura 4.9 Arquitectura de sistemas de información al servicio del paciente crónico 75	Figura 5.1 Mapa de indicadores del Balanced Scorecard 115
Figura 4.10 La tecnología de soporte, al servicio de la continuidad asistencial76	Figura 5.2 Cronograma de implantación del Plan Director de Atención a la Cronicidad en un Modelo de Integración Asistencial..... 123
Figura 4.11 Esquema agrupador de información.....76	Figura 5.3 Cronograma de implantación de los procesos de atención124
Figura 4.12 La figura del Especialista Consultor..... 77	Figura 6.1 Participantes en el desarrollo del Plan Director... 137
Figura 4.13 Enfoque integral en la atención del paciente crónico78	
Figura 4.14 Visión global de la estructura del Plan Director 80	
Figura 4.15 Objetivos estratégicos del Plan Director de Atención a la Cronicidad en un Modelo de Integración Asistencial81	
Figura 4.16 Líneas estratégicas del Plan Director de Atención a la Cronicidad en un Modelo de Integración Asistencial 84	
Figura 4.17 Mapa estratégico diseñado para Castilla-La Mancha.....87	
Figura 4.18 Modelo de ficha de proyecto..... 88	

6.2. Siglas y acrónimos

ABVD:	Actividades Básicas de la Vida Diaria.
AE:	Atención Especializada.
AP:	Atención Primaria.
BPMN:	<i>Business Process Modeling Notation.</i>
BSC:	<i>Balanced Scorecard.</i>
CAGR:	<i>Compound Annual Growth Rate.</i>
CCAA:	Comunidades Autónomas.
CCM:	<i>Chronic Care Model.</i>
CMBD:	Conjunto Mínimo Básico de Datos.
DGASyC:	Dirección General de Atención Sanitaria y Calidad.

EDAD:	Encuesta sobre Discapacidades, Autonomía personal y situaciones de Dependencia.
EPOC:	Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica.
FEV1:	<i>Forced Expiratory Volume in one second.</i>
GRD:	Grupos Relacionados por el Diagnóstico.
ICCC:	<i>Innovative Care for Chronic Conditions.</i>
IDEFO:	<i>Icam DEFINITION for Function Modeling.</i>
IMSERSO:	Instituto de Mayores y Servicios Sociales.
INE:	Instituto Nacional de Estadística.
MRC:	<i>Medical Research Council.</i>
MSSI:	Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad
NYHA:	<i>New York Heart Association.</i>
OCDE:	Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico.
OMS:	Organización Mundial de la Salud.
PIB:	Producto Interior Bruto.
semFYC:	Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria.
SEMI:	Sociedad Española de Medicina Interna.
SIAE:	Sistema de Información de Atención Especializada.

SIAP:	Sistema de Información de Atención Primaria.
SNS:	Sistema Nacional de Salud.
SESCAM:	Servicio de Salud de Castilla-La Mancha.
SSII:	Sistemas de Información
TIC:	Tecnologías de la Información y la Comunicación.
TSI:	Tarjeta Sanitaria Individual.

6.3. Referencias bibliográficas

- ACT Health. ACT Chronic Disease Strategy 2008-2011. Canberra: ACT Health; 2008.
- Aguilera M. Políticas contractuales en Atención Primaria. Madrid: Escuela Nacional de Sanidad; 2012.
- Astray Coloma L. La dependencia y su abordaje desde la Atención Primaria de Salud. Comunidad. Revista de la PACAP. 2008; 10: 58-60.
- Australian Medical Association. Kingston: AMA; [10 de Julio de 2010/ revised 2012]. Chronic Disease Plan: Improving Care for Patients with Chronic and Complex Care Needs. Disponible en: <https://ama.com.au/node/5519>.
- Beltrán Sanz J, Carmona Calvo MA, Carrasco Pérez R, Rivas Zapata MA, Tejedor Panchón F. Guía para una gestión basada en procesos. Sevilla: Centro Andaluz para la Excelencia en la Gestión. Instituto Andaluz de Tecnología; 2009.
- Bengoa R, Nuño-Solinís R. Curar y cuidar. Innovación en la gestión de enfermedades crónicas: Una guía práctica para avanzar. Barcelona: Elsevier Masson. 2009.



- cas: Una guía práctica para avanzar. Barcelona: Masson; 2008.
- Better Care Faster (BCF) coalition. Putting Innovation to Work: Improving Chronic Disease Management and Health System Sustainability in Ontario. Ontario: Better Care Faster (BCF) Coalition; 2013.
- Busse R, Blümel M, Scheller-Kreinsen, Zentner A. Managing Chronic Disease in Europe. Berlin: Department of Health Care Management, Berlin University of Technology; 2009.
- Coleman C.F. y Wagner E. Mejora de la Atención Primaria a pacientes con condiciones crónicas: el modelo de atención a crónicos. En Bengoa R, Nuño_Solinís R. Curar y cuidar. Innovación en la gestión de enfermedades crónicas: Una guía práctica para avanzar. Barcelona: Elsevier Masson. 2009.
- Coleman K, Austin BT, Brach C, Wagner EH. Evidence on the chronic care model in the new millennium. Health Affairs. 2009; 28:75-85.
- De Bruin SR, Versnel N, Lemmens LC, Molema CM, Schellevis FG, Nijpels G, et al. Comprehensive care programs for patients with multiple chronic conditions: A systematic literature review. Health Policy. 2012; 108-145.
- De La Maisonneuve C, Oliveira Martins J. Public spending on health and long-term care: a new set of projections. A Going for Growth Report. [Paris]: OECD; 2013.
- Domínguez JA, García B. Edad, dependencia y consecuencias sociosanitarias. GEROKOMOS. 2011; 22 (1): 13-19.
- Elissen A, Steuten L, Lemmens L, Drewes H, Lemmens K, Meeuwissen J, et al. Meta-analysis of the effectiveness of chronic care management for diabetes: investigating heterogeneity in outcomes. J Eval Clin Pract. 2012.
- Frølich A, Strandberg-Larsen M, Schiøtz ML. The chronic care model – a new approach in DK. Health Policy Monitor. 2008; 11.
- Fundación Salud 2000. Reflexiones sobre la implicación de los profesionales sanitarios, Administración y compañías farmacéuticas en la mejora de la adherencia terapéutica. Madrid : Fundación Salud 2000; 2013.
- García-Goñi M, Hernández-Quevedo C, Nuño-Solinís Roberto, Paolucci F. Pathways towards chronic-care focused healthcare systems: evidence from Spain. LSE Health working papers, LSE Health, London School of Economics and Political Science; 2011.
- Generalitat Valenciana. Conselleria de Sanitat. Plan integral de atención sanitaria a las personas mayores y a los enfermos crónicos en la Comunitat Valenciana, 2007-2011. Valencia: Conselleria de Sanitat; 2007.
- Glasgow, R. E., Tracy Orleans, C., Wagner, E. H., Curry, S. J., & Solberg, L. I. Does the chronic care model serve also as a template for improving prevention?. Milbank Quarterly. 2001; 79(4): 579-612.
- Gobierno Vasco. Departamento de Sanidad y Consumo. Estrategia para afrontar el reto de la cronicidad en Euskadi. [Vitoria]: Departamento de Salud y Consumo; 2010.

- Greene J, Hybard, JH. Why does Patient activation matter? An examination of the relationships between patient activation and health-related outcomes. *Journal Of General Internal Medicine*. Epub 2011 Nov 30.
- Grup de Treball Avaluació de la Cronicitat. Consens i selecció d'indicadors per avaluar l'atenció a la cronicitat: Segon informe. Barcelona: Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya; 2013.
- Grupo de Trabajo de Atención al Mayor de la semFYC. Atención a las personas mayores desde la Atención Primaria. Barcelona: SemFYC.
- 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; 2011.
- Hermosilla-Gago T, Briones Pérez de la Blanca, E. Ayuda a los usuarios en la toma de decisiones relacionadas con su salud: Herramientas disponibles y síntesis de la evidencia científica. Sevilla: Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía; 2002.
- Hutt R, Rosen R, McCauley J. Case Managing Long Term Care Conditions: What Impact Does It Have In The Treatment Of Older People?. London: The King's Fund; 2004.
- Instituto Nacional de Estadística. Madrid. INE; 2008 [acceso diciembre de 2013]. Encuesta sobre Discapacidades, Autonomía personal y situaciones de Dependencia. 2008. Disponible en: <http://www.ine.es/jaxi/menu.do?L=o&type=pcaxis&path=%2Ft15/p418&file=inebase>.
- Instituto Nacional de Estadística. Madrid: INE; 2013 [acceso diciembre de 2013] Indicadores demográficos básicos. 2013. Disponible en: <http://www.ine.es/jaxi/menu.do?type=pcaxis&path=%2Ft20%2Fp318&file=inebase&L=0>.
- Instituto Nacional de Estadística, Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Madrid: INE; 2012. [acceso diciembre de 2013] Encuesta Nacional de Salud. 2011-2012. Disponible en: <http://www.ine.es/jaxi/menu.do?L=o&type=pcaxis&path=%2Ft15/p419&file=inebase>.
- Instituto Nacional de Estadística. Madrid: INE; 2013 [acceso diciembre de 2013] Padrón Municipal de habitantes. 2013. Disponible en: <http://www.ine.es/jaxi/menu.do?type=pcaxis&path=/t20/e245/&file=inebase>.
- Instituto Nacional de Estadística. Madrid: INE; 2013 [acceso diciembre de 2013] Proyecciones de población a corto plazo. 2013. Disponible en: <http://www.ine.es/jaxi/menu.do?type=pcaxis&path=%2Ft20%2Fp269&file=inebase&L=0>.
- Jakubowski E, Saltman R, editors. The Changing National Role in Health System Governance. A case-based study of 11 European countries and Australia. Copenhagen: European Observatory on Health Systems and Policies; 2013.



- Juan J, Pérez-Fernández M. Modelo de Atención a Crónicos (Chronic Care Model) y otras iniciativas de mejora de la calidad en la atención a los pacientes crónicos. AMF. 2009; 5(6):356-364.
- Junta de Andalucía. Consejería de Sanidad. Plan Andaluz de Atención Integrada a Pacientes con Enfermedades Crónicas 2012/2016. Sevilla: Consejería de Salud; 2012.
- Junta de Castilla y León. Gerencia Regional de Salud. Estrategia de Atención al Paciente Crónico en Castilla y León. Valladolid: Junta de Castilla y León. Consejería de Sanidad, Gerencia de Regional de Salud de Castilla y León; 2013.
- Legido-Quigley H, Panteli D, Car J, Mckee M, Busse R, editors. Clinical Guidelines for Chronic Conditions in the European Union. Copenhagen: European Observatory of Health Systems and Policies; 2013.
- March JC. Las expectativas de los pacientes sobre su enfermedad. En: 18 Congreso Nacional de Hospitales y Gestión Sanitaria. Bilbao: Ande, Sedisa; 2013.
- Marriner-Tomey A. Modelos y Teorías de Enfermería. Barcelona: Ed.ROL; 1989.
- Martín Lesende I, JJ BC, Gorroñoigoitia Iturbe A, Abizanda Soler P, Gómez, Gómez Pavón J. Detección y manejo de la fragilidad en Atención Primaria; actualización. *Aten Primaria*. 2010; 42(7):388-393.
- McCain, M. Ambulatory care of the future: Optimizing health, service and cost by transforming the care delivery model. Boston: The Chartis Group; 2011.
- Ministerio de Sanidad y Política Social. Unidad de Pacientes Pluripatológicos: Estándares y Recomendaciones. Madrid: Ministerio De Sanidad y Política Social. Centro de Publicaciones; 2009.
- Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Libro Blanco de la Coordinación Socio-sanitaria en España. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad; 2011.
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad en el Sistema Nacional de Salud. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Centro de Publicaciones; 2012.
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Presentación de la Encuesta Nacional de Salud: ENSE 2011-2012. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.
- Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO). Atención a las personas en situación de dependencia en España. Libro Blanco. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, Secretaria de Estado de Servicios Sociales, Familia y Discapacidad, Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO); 2005.
- NSW Department of Health. NSW Chronic Care Program, Phase Three: 2006-2009, NSW Chronic Disease Strategy: Executive Summary. Sydney: NSW Department of Health; 2006.

- OECD. Health at a glance 2013: OECD indicators. [Paris]: OECD; 2013.
- Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la salud en el mundo 2008: La Atención Primaria de Salud, más necesaria que nunca. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2008.
- Paulus D, Van den Heede K, Gerken S, Desomer A, Mertens R. Development of a national position paper for chronic care: Example of Belgium. Health Policy. 2013; 111(2): 105-109.
- Queensland Health. Queensland Strategy for Chronic Disease 2005-2015. Queensland (Australia): Queensland Health; 2005.
- Registered Nurses Association Of Ontario (RNAO). La atención orientada al paciente. Ontario: Registered Nurses Association Of Ontario (RNAO); 2002.
- Repullo JR, Aguilera M. Gestión Contractual en la Sanidad. Escuela Nacional de Sanidad. 2012. Repullo Labrador JR, Aguilera Guzmán M. Gestión Contractual en la Sanidad. Madrid: Escuela Nacional de Sanidad; 2012.
- Repullo JR. Taxonomía práctica de la desinversión sanitaria en lo que no añade valor, para hacer sostenible el Sistema Nacional de Salud. Revista Calidad Asistencial. 2012; 27(3):130-138.
- Sánchez ML. Políticas contractuales en el ámbito de la atención especializada. Madrid: Escuela Nacional de Sanidad; 2013. Tema 5.8. Disponible en: http://e-spacio.uned.es/fez/eserv.php?pid=bibliuned:500625&dsl-D=n5.8_Pol__ticas_contractuales.pdf.
- Shepperd S, McClaran J, Phillips C, Lannin N, Clemson L, McCluskey A. Planificación del alta del hospital al domicilio (Revisión Cochrane traducida). Biblioteca Cochrane Plus 2010(1).
- Sikken BJ, Davis N, Hayashi C, Olkkonen, H. The Future of Pensions and Healthcare in a Rapidly Ageing World: Scenarios to 2030. Geneva: World Economic Forum; 2010.
- Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria. Sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud: propuestas desde la Medicina de Familia. Barcelona: Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria; 2009.
- University of Birmingham HSMC, NHS Institute for Innovation and Improvement. Improving Care for People with Long-Term Conditions: A review of UK and international frameworks. [Birmingham]: University of Birmingham HSMC, NHS Institute for Innovation and Improvement; 2006.
- Vosselman R. Introducción a la Excelencia EFQM. [Bruselas]: Fundación Europea para la Gestión de Calidad (EFQM); 2003.
- World Health Organization. Noncommunicable Diseases and Mental Health. Innovative care for chronic conditions: building blocks for action: global report. Geneva: World Health Organization; 2002.



6.4. Metodología y participantes en el desarrollo del Plan Director

En la definición del Plan Director han participado **alrededor de 400 profesionales** procedentes de las distintas **Gerencias** de Castilla-La Mancha, incluyendo médicos, enfermeros, fisioterapeu-

tas, trabajadores sociales, etc. y personal de **Servicios Centrales** de SESCAM, organizados en **16 grupos de trabajo**.

Participantes en el desarrollo del Plan Director

Grupo de trabajo	Gerencias	Profesionales
Caidas	<ul style="list-style-type: none"> • Albacete • Alcázar de San Juan • Almansa • Ciudad Real • Cuenca • Gerencia de Urgencias, Emergencias y Transporte Sanitario • Guadalajara • Hellín • Hospital Nacional de Parapléjicos • Manzanares • Puertollano • Talavera de la Reina • Toledo • Tomelloso • Valdepeñas • Villarrobledo 	Profesionales sanitarios de todos los perfiles, incluyendo médicos, enfermeros, fisioterapeutas, Trabajadores Sociales, etc.
Crónico con comorbilidades		
Continuidad Asistencial		
Diabetes		
Embarazo normal y puerperio		
EPOC		
Historia Clínica MXXI		
Historia Clínica Turriano		
ICTUS		
Insuficiencia Cardíaca		
Insuficiencia Renal		
Paliativos		
Prescripción Ejercicio Físico		
Salud Infantil		
Salud Mental		
UPP y Heridas Crónicas		



Profesionales de diversas áreas de los Servicios Centrales de SESCAM

Alrededor de 400 profesionales han participado en el diseño del Plan Director

Fuente: Elaboración propia

Figura 6.1. Participantes en el desarrollo del Plan Director

La **metodología** utilizada se ha compuesto de las siguientes **fases**:

I. Trabajo de los Grupos.

I.1. Análisis, dando respuesta a la pregunta ¿cómo se está realizando la Atención?

I.2. Planteamiento, dando respuesta a la pregunta ¿cómo puede mejorarse?

I.3. Entrega de sus propuestas a la Dirección General de Atención Sanitaria y Calidad (DGASyC).

II. Trabajo de la DGASyC.

- II.1. Estudio de las aportaciones de cada grupo de trabajo y organización de la información.
- II.2. Diseño de los flujos de proceso, de acuerdo con las siguientes características:
- Deben seguir una estructura homogénea.
 - Han de ser compatibles con pacientes pluripatológicos.
 - Deben poder guiar la práctica clínica de los profesionales asistenciales en los diferentes contextos.
 - Han de promover el trabajo en equipo.
 - Deben ser útiles para el desarrollo tecnológico a realizar por el departamento de Informática.

III. Revisión por los Grupos.

IV. Planificación de la implantación desde la DGASyC.

En los **Grupos** se han realizado los siguientes trabajos, apoyados en todo momento por los Servicios Centrales de SESCAM:

- Se han diseñado **10 Procesos Asistenciales integrados**, así como **4 Procesos de Enfermería**.

Los grupos de trabajo han realizado la diagramación del nuevo diseño del proceso/procedimiento, de acuerdo con la ficha de proceso e incorporando las áreas de mejo-

ra. La diagramación se ha realizado siguiendo las metodologías IDEF0 y BPMN:

- IDEF0 emplea diagramas jerárquicos junto con referencias cruzadas que se representan mediante cajas y una serie de flechas. Se introduce gradualmente un mayor nivel de detalle a través de la estructura del modelo.
- BPMN utiliza diagramas diseñados para representar gráficamente la secuencia de todas las actividades que ocurren durante un proceso, basado en la técnica de *Flow Chart*. Incluye además toda la información que se considera necesaria para el análisis.
- Para la definición del **Protocolo de Continuidad Asistencial** se ha contado con la participación de 6 equipos asistenciales.
- La definición del **Protocolo del Paciente Crónico** se ha realizado a partir del trabajo de 16 equipos asistenciales.

En la definición y diseño de las actuaciones enmarcadas en el Plan director no sólo ha colaborado personal procedente del SESCAM y de otras Direcciones Generales de la Consejería de Sanidad y Asuntos Sociales de Castilla-La Mancha (por ejemplo la DG de Mayores, Personas con Discapacidad y Dependientes) sino también otros organismos como la Consejería de Educación, Cultura y Deportes de Castilla-La Mancha, redes de investigación (por ejemplo la Red Europea de Investigación sobre la Fragilidad), la Fa-

cultad de Ciencias del Deporte de la Universidad de Castilla-La Mancha, así como las Corporaciones Locales de nuestra Comunidad Autónoma.

Convertir el presente Plan director en una realidad no habría sido posible sin el esfuerzo y apoyo de todos los profesionales que han participado en la definición y desarrollo del mismo, y a los que hay que agradecer especialmente su elevado nivel de involucración. Sin duda, los **profesionales sanitarios** (médicos, enfermeros, fisioterapeutas, trabajadores sociales, etc.) están llamados a desempeñar un **papel clave en la transformación efectiva del Sistema de Salud** de Castilla-La Mancha. Su compromiso y dedicación servirán para implantar y desplegar de forma satisfactoria cada uno de los proyectos enmarcados en el Plan Director, favoreciendo así la consecución del fin último que pretendemos alcanzar: la mejora de los resultados en Salud y la sostenibilidad del Sistema a medio y largo plazo.

A modo de reconocimiento, se recogen a continuación los nombres de los **profesionales** que han participado en los grupos de trabajo organizados durante el último año y que han resultado indispensables para diseñar el presente Plan Director:

- Adela Herrero Andreu
- Agustín Arcas Collado
- Agustín Clemente López Canadas
- Agustina Aroca Andújar
- Agustina Borrás López
- Alberto Dorado Suarez

- Alberto Rodríguez Balo
- Alfredo José Moyano Jato
- Alfredo Sánchez-Verdejo Pérez
- Alicia Aguado Gómez
- Alicia María López Martínez
- Alicia Martínez Rebe
- Almudena Bornez Sevilla
- Almudena Herrero Domingo
- Almudena Munoz De La Cruz
- Alonso López Escribano
- Amadeo Delgado García
- Amaya Mercedes Biurrun Larralde
- Ana Belén Herraiz Murcia
- Ana Hurtado Alcalá
- Ana Isabel Aparicio León
- Ana Isabel Nogueras Perona
- Ana Isabel Romero Arias
- Ana María Del Pino Benitez
- Ana María Diaz-Plaza Moraleda
- Ana María Del Cerro Gutiérrez
- Ana María Izaguirre Zapatera
- Ana María Manzanque Angulo
- Ana María González Jaramillo
- Ángel Fermín Pérez Sánchez
- Ángel Hellin Ballesteros
- Ángel Herraiz Adillo
- Ángel Luis Racionero Montealegre
- Ángel María Martín
- Ángel Salvador Aragonés Gallego
- Antonia María González Fernández
- Antonio Fernández-Pro Ledesma
- Antonio Gallardo Chavarino
- Antonio Manuel Martín Castillo
- Antonio Ruiz Serrano



- Antonio Vazquez Garcia
- Anunciación Ortiz Bernal
- Apolonio Castillo Calcerrada
- Aranzazu Pereira Julia
- Aranzazu Perez Garcia
- Atilano Carcavilla Urqui
- Beatriz Elena Agusti Butzke
- Beatriz Garcia Garcia
- Beatriz Lara De Lucas
- Beatriz Palomares Lopez
- Begoña Ortega Calonge
- Begoña Viñas Gonzalez
- Belen Salido Bendaña
- Bernardo T. Fernandez De Arevalo
- Blanca Fernandez-Lasqueti Blanc
- Carlos Marsal Alonso
- Carlos Pereda Ugarte
- Carlos Santos Altozano
- Carmen De La Asuncio Gomez Roldan
- Carmen Puerma Castillo
- Carmen Puyana Cerpa
- Carmen Vazquez Perez
- Carmen Villaizan Perez
- Carolina Salazar Li
- Catalina Cano Masa
- Cecilia Vazquez Corrochano
- César Fernández Buey
- César Llorente Parrado
- César Moreno-Chocano Gutierrez
- Claudia Lopez Marcos
- Constancio Fernandez Herraiz
- Coral Olmo Martinez
- Cristina De Castro Mesa
- Cristina Mendez Macias

- Diana Del Rocio Carranza Rengifo
- Diego Luis Sepulveda Moya
- Dolores Moreno Rodriguez
- Dori Boluda Martinez
- Eduardo Manuel Navalon Dorado
- Elena Gonzalez Urraca
- Elena Madrid Ramirez
- Elida Vila Torres
- Eloisa Gonzalez Gonzalez
- Elvira Pardo Garcia
- Emilia Castillo Puertas
- Emilio Orts Castro
- Encarnacion Lopez Gabaldon
- Enrique Botia Paniagua
- Enrique Diaz De La Puente
- Enrique Gonzalez Cortes
- Enrique Ortega Dominguez
- Enriqueta Garcia Cebrian
- Esperanza Carvajal Alonso-Barajas
- Esperanza Talavera Moreno
- Estanislao Torres Jimenez
- Ester Lagos Pantoja
- Esther Aguirre De La Peña
- Esther Lopez Jimenez
- Esther Muelas Herraiz
- Eva Maria Fernandez Pascual
- Eva Maria Ortega Lopez
- Eva Maria Velasco Sanchez
- Eva Sanchez Morla
- Fabiola Rodriguez Tebar
- Felipe Chavida Garcia
- Felix Jose De Los Mozos Vazquez
- Felix Manuel Domingo Serrano
- Fernando Gomez Ruiz



- Fernando Javier De Diego Rodríguez
- Francisca Gallego Val
- Francisco Angora Mazuecos
- Francisco Castex Montiel
- Francisco Cuesta Andújar
- Francisco Javier García Muñoz
- Francisco Javier Vadillo Olmo
- Francisco José García García
- Francisco José García Sánchez
- Francisco López Salazar
- Gabriel De Arriba De La Fuente
- Gema María Peinado Peral
- Gemma Paterna Mellinas
- Germán Hernández Herrera
- Germán Seara Aguilar
- Gonzalo Sánchez Sánchez
- Gregorio Esquinas Blanco
- Guillermo Rico García
- Guillermo Rincón Gutiérrez
- Guillermo Tomás Chaves Díaz
- Heriberto De Pablo De Gregorio
- Humberto Soriano Fernández
- Ignacio Morán Blanco
- Ignacio Redondo García
- Ignacio Salinero Morcuende
- Inmaculada Bermejo García
- Inmaculada García Arroyo
- Inmaculada Martín Pérez
- Irene Redondo Marcos
- Irene Sánchez González
- Irsula Méndez Gallego
- Isabel Bru Espino
- Isabel Moreno Oliver
- Isabel Recuenco Del Amo

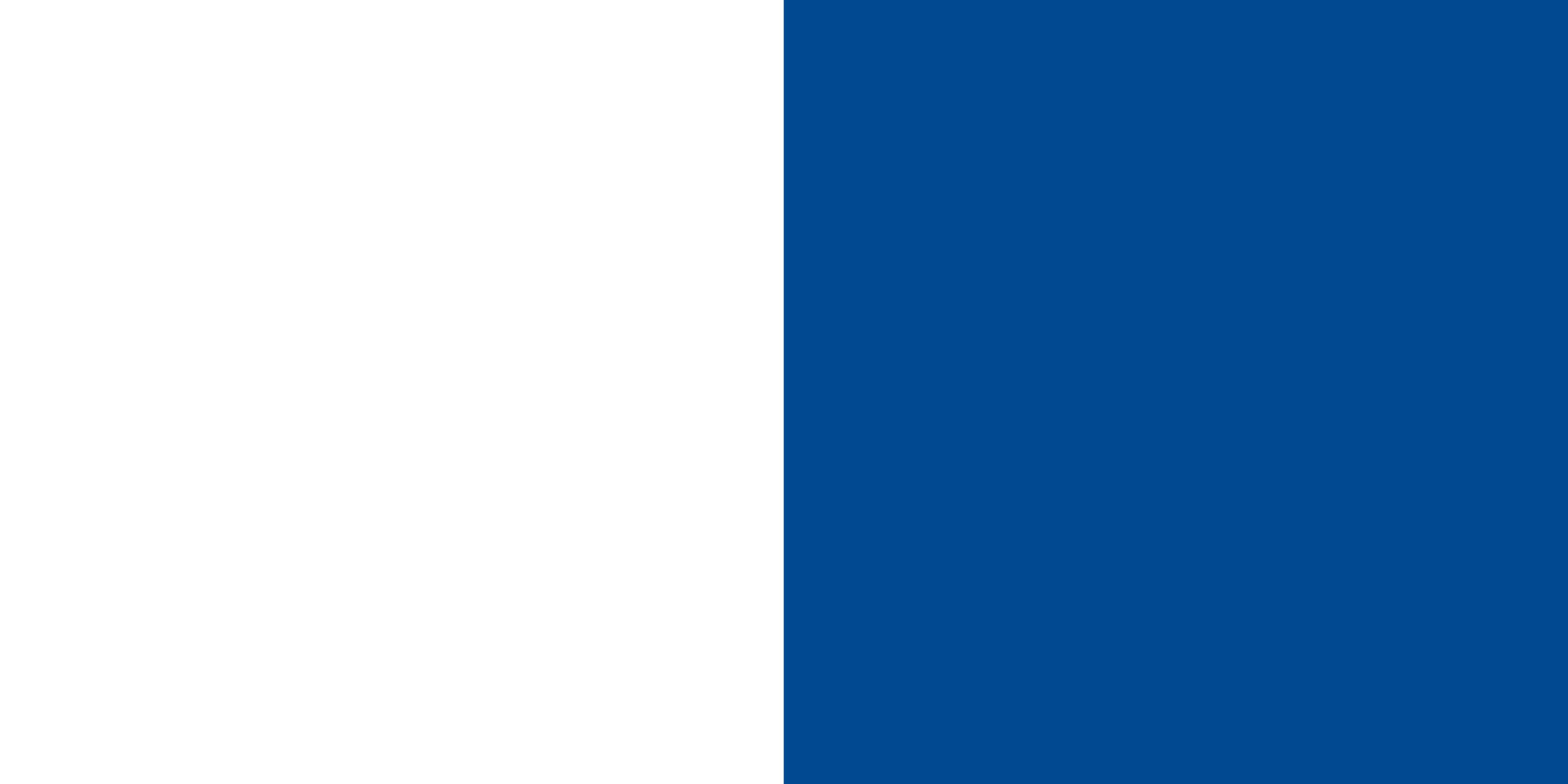
- Javier Balaguer Recena
- Javier Gutiérrez Meléndez
- Javier Lázaro Polo
- Javier Llorens Corraliza
- Javier Molero Santos
- Javier Viñas González
- Jesus Buendía Bermejo
- Jesús Hoyos Mohedano
- Jesús López Diaz
- Jesús Lozano González
- Jesús Mora Peñuelas
- Joaquín Granados Ortega
- José Andrés Delgado Casado
- José Antonio Hernández Martín
- José Antonio López Cocera
- José Antonio Mestanza Garrido
- José Antonio Nieto Rodríguez
- José Carlos Castillo Precioso
- José Guillermo Yela Gonzalo
- José Ignacio García Palacio
- José Javier Blanco González
- José Javier Usón Carrasco
- José López Santiago
- José Luis Beato Pérez
- José Luis Diaz Fernández
- José Luis Serván López
- José Manuel Machín Lázaro
- José María Flores López Ibarra
- José María Pinto Varela
- José Miguel Flores Mayor
- José Miguel Pérez Bermejo
- José Reyes Alcaide Costa
- Josefa Ortega López
- Juan Antonio Divison Garrote

- Juan Antonio Temprado González
- Juan Antonio Trigueros Carrero
- Juan Colas Rubio
- Juan David Fernández Sánchez
- Juan José Lara Muñoz
- Juan José Muñoz-Torrero Rodríguez
- Juan Manuel Rius Peris
- Juan Pablo Pérez Veiga
- Juan Rodríguez Solís
- Juana Barral Domínguez
- Juana De La Fuente Saiz
- Julia Delgado Delgado
- Julián Barbas Medina
- Julián González Albalade
- Julián Nieto Romero
- Julián Rico Fernández
- Julio González Moraleja
- Julio Miguel Vila Blanco
- Lorena Vega Beteta
- Lorenzo Prado Martín
- Lourdes Rosado Martín
- Lucía González González
- Luis Carretero Alcántara
- Luis Mariano Valbuena Barrasa
- Luis Miguel Artigao Ródenas
- Luis Villanueva González
- Luz Coloma Sendra
- Luz Medina De León
- M^a Luz Fernández Marín
- M^a Nieves López Enero
- M^a Nieves Nieto Del Rincón
- M^a Ofelia Bartolomé Antolín
- Manuel Salinero Pérez
- Manuela Mingo Blanco
- Mar Soler Sánchez
- Margarita Morales García
- Margarita Parrilla Rubio
- María Amparo Sánchez Ramiro
- María Ángeles Gabriel Escribano
- María Ángeles Polo Cuesta
- María Antonia Martín Martín
- María Asunción Cuenca Saez
- María Asunción García Alcolado
- María Auxiliadora González Martínez
- María Carmen Viana Alonso
- María Concepción Cornejo Castro
- María Cristina Vélez Pérez
- María De La Cruz Vico García
- María De La Gloria Arias Senso
- María Dolores Retuerta García
- María Elia Serrano Selva
- María Esther Lijo Alonso
- María Eugenia Medina Chozas
- María Francisca Basarán Conde
- María García Villora
- María Gloria Lorente Granados
- María Gracia García Alcaide
- María Gracia Velasco Herrera
- María Inmaculada Raja Casillas
- María Isabel Castaño Herránz
- María Isabel García Rodríguez
- María Isabel Gómez Rodríguez
- María Jesús Alija Merillas
- María Jesús Ruiz Abad
- María Jesús Segura Benito
- María Jesús Valencia Martínez
- María José Espinosa De Los Monteros Garde
- María José Hervás Laguna



- María José Martínez Asín
- María José Turrillo Fernández
- María Josefa Estéban Sánchez Parra
- María Lourdes Aparicio Pérez De Madrid
- María Luisa Gómez Grande
- María Luisa Sánchez Ayuso
- María Luisa Torijano Casalengua
- María Mar Cruz Acquaroni
- María Mar Morin Martín
- María Martínez Villaescusa
- María Martín-Toledano Lucas
- María Mercedes López Mañez
- María Paz García Butenegro
- María Peña Díaz Jara
- María Pilar Corcoles Jiménez
- María Pilar Fayos Gómez
- María Pilar Palermo Plaza
- María Pilar Serradilla Corchero
- María Portela Vicente
- María Rosa Calvo La Parra
- María Teresa Aceituno Muñoz
- María Teresa Espinilla Berastegui
- María Teresa Huertas Valencia
- María Teresa Ocaña Sánchez
- María Trinidad Alcaide Fuentes
- María Victoria Álvarez Rabanal
- María Victoria Bermejo García-Mora
- María Victoria Roldán Arroyo
- María Victoria Ruiz García
- María Victoria Sánchez Avilés
- Mariano Esbri Víctor
- Marina Galindo Sacristán
- Marta Belén Roldán Rodríguez
- Marta Nieto Moreno
- Marta Paniagua Paniagua
- Marta Romero Cano
- Matilde Castillo Hermoso
- Mercedes Caamiña García
- Mercedes De Dios Aguado
- Mercedes García Reyes Ramos
- Mercedes Letón Pastor
- Miguel Ángel Soria Milla
- Miguel Ángel Romero García
- Miguel Moreno Pinilla
- Montserrat Marcos Rodríguez
- Natalia Bassy Iza
- Natividad Comes Gorriz
- Natividad María González
- Natividad Ortega Motilla
- Nieves Ballester Fernández-Bravo
- Nieves Valero Caracena
- Nuria Fernández Martínez
- Nuria Morales González
- Óscar Del Río Moro
- Óscar Francisco Talavera Encinas
- Pedro Abizanda Soler
- Pedro Francisco Romera Rufian
- Pedro J. Tarraga López
- Pedro Luis López Galindo
- Pedro Reales Figueroa
- Petra Luna Naranjo
- Piedad Alarcón Gascueña
- Piedad Clemente Catalán
- Pilar Andujar Ortuño
- Pilar Castillo Muñoz
- Pilar Josefina Notario Ruiz
- Pilar Lillo Tejada
- Pilar Mansilla López

- Pilar Méndez López
- Pilar Romero Valverde
- Pilar Soler Rodríguez
- Prado Sánchez-Molero Martín
- Rafael Artalejo Gutiérrez
- Rafael Martínez Pardo
- Rafael Rubio Díaz
- Raimundo Rodríguez-Bobada Aguirre
- Ramón Barrios García
- Ramón Orueta Sánchez
- Raquel Coca Méndez
- Raquel Fernández Leal
- Raquel Las Heras De Castro
- Raquel López Reneo
- Raquel Martín Martín
- Raquel Medina Barrios
- Raquel Serrano Sierra
- Raul Canabal Berlanga
- Raul Sánchez Bermejo
- Reyes Conejo De La Cruz
- Ricardo Chamón Sánchez Silos
- Ricardo Crespo Moreno
- Ricardo Ortega Sánchez-Pinilla
- Román Solano Ruipérez
- Rosa Ana Dulanto Banda
- Rosa Daimiel Bello
- Rosa María García Pardo
- Rosa María Gómez Calcerrada Jiménez
- Rosa María Jorge Martín
- Rosa María Rojas Rodríguez
- Rosa Rodríguez Pindado
- Rosa Valiente Ródenas
- Rosario Presentación Rubio Ramos
- Rosario Sánchez-Escalonilla Gonzales
- Rubén Veiga Fra
- Sagrario Celada Pérez
- Sagrario Fernández Romero
- Sandra Sánchez Aranda
- Santiago Heras Herreros
- Sara Hierro Mora
- Sebastián Carrasco Recio
- Soledad Gómez Escalonilla
- Sonia Lérica Sánchez
- Sonia María Álvarez Rodríguez
- Sonia Martínez Muñoz
- Soraya Deocal Reina
- Susana Aznar Laín
- Susana García Heras
- Susana Gómez Blanco
- Susana Méndez Gallego
- Teófilo Gil Del Olmo
- Teresa Rodríguez Cano
- Tomas Segura Martín
- Vanesa Muñoz Rodríguez
- Vicente Ángel Fernández Fúnez
- Vicente Trueba Buleo
- Visitación Álvarez De Frutos
- Zeltia Sobrado Canosa





MODELO DE
**INTEGRACIÓN
ASISTENCIAL**
CASTILLA LA MANCHA