

ESTRATEGIA DE ATENCIÓN A **PACIENTES CRÓNICOS EN LA CV**

M^a José Avilés Martínez
SG Planificación y Gestión Sanitaria. DG. Asistencia Sanitaria
Conselleria de Sanitat

JUSTIFICACIÓN

- **Encuesta de Salud de la CV 2010**
 - La proporción de personas > 65 años que hace una valoración negativa de su estado de salud es del **58,71%**
 - el **78,6%** de la población entre 65-74 años y **85,7%** entre los >de 84 años padece algún tipo de enfermedad crónica,
 - El cuidado de personas dependientes repercute de forma negativa en la salud física y psíquica del cuidador/a en el **41,5 y 41,8%**
 - Los problemas de salud en los que se debería invertir mas recursos son: **cáncer; enfermedades cardiacas y circulatorias; EPOC; enfermedad mental; SIDA y problemas de salud relacionados con el envejecimiento (Alzheimer, cronicidad)**

JUSTIFICACIÓN

- **Otros datos:**

- En AP hasta el **40 %** de los pacientes pluripatológicos presentan tres o más enfermedades crónicas, el **94%** está polimedicado
- La prevalencia de pluripatología se puede estimar en un **1,38 %** de la población general y un **5%** en > 65 años

Según la OMS: “**La cronicidad el principal reto de salud para el siglo XXI**”

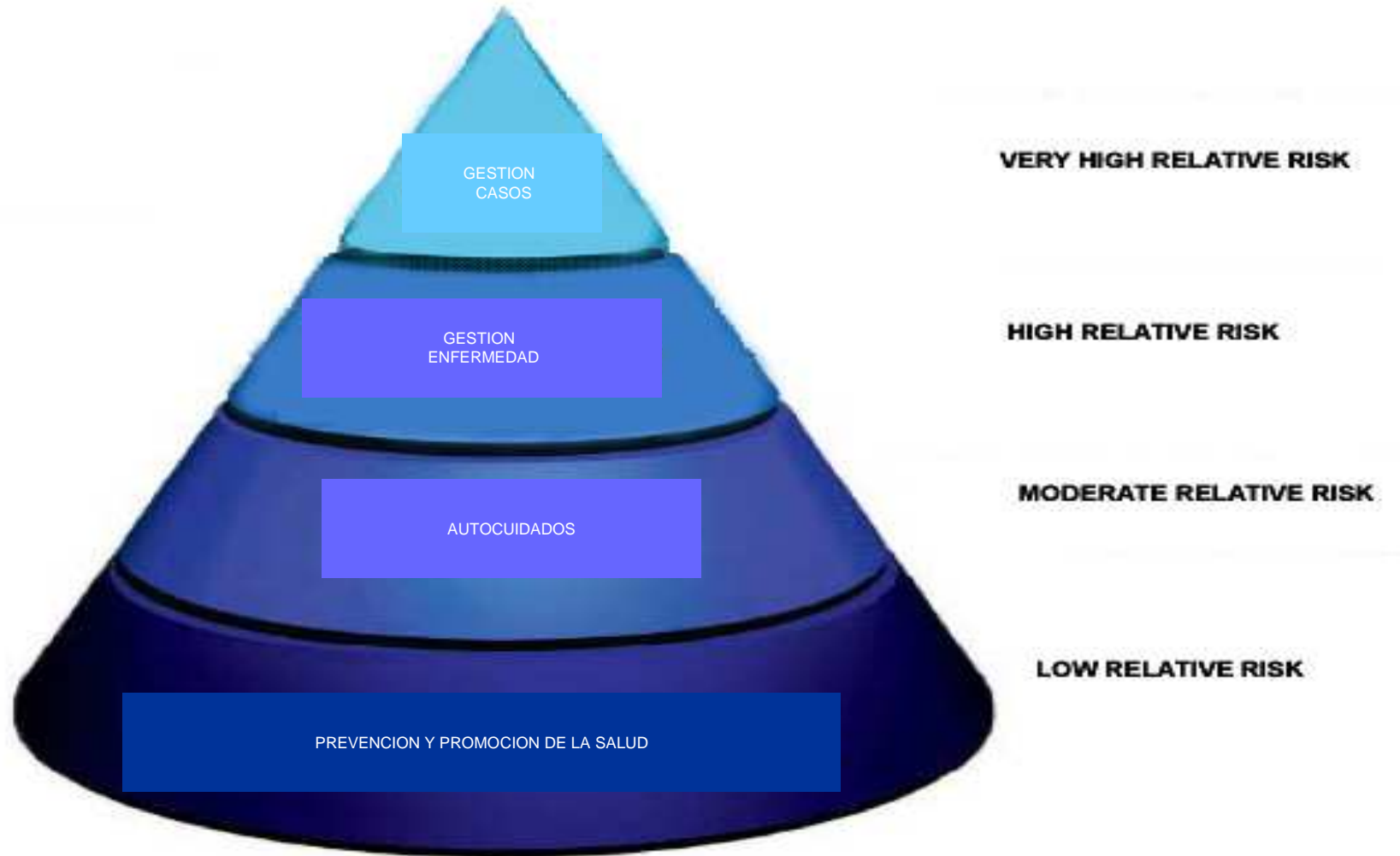
Se calcula que las enfermedades crónicas son la causa :

- del **80%** de las consultas de AP
- el **60 %** de los ingresos hospitalarios
- el **70 %** del gasto sanitario total

Características comunes de los modelos de atención a crónicos

- **Estratificación de la población** en función de sus necesidades de salud y sociales
- **Búsqueda e identificación precoz** de pacientes crónicos
- **Continuidad Asistencial**
- **Implicación del paciente y sus cuidadores** en la propia atención
- **Implicación de la Comunidad**
- **Visión multidisciplinar y cooperativa**
- **Desde la promoción de la salud hasta la gestión de casos complejos**
- **Sistemas de Información Integrados**
- Ayudas a la toma de decisiones basadas en la **evidencia**

PIRAMIDE de Kaiser Permanent



Modelo Kaiser Permanent

Antecedentes de la atención a crónicos en la CV

- Desarrollo de la **Hospitalización a Domicilio** (1990)
- Creación de las **Unidades Medicas de Corta Estancia y atención sociosanitaria**. 1995
- Programa **PALET**. 1995
- Programa de **Mejora de la Atención Domiciliaria**. 2007
- Plan Integral de **Cuidados Paliativos**. 2010
- **Gestión de Casos** (2007:14 departamentos, 6.000 pacientes incluidos , reducción del 77% de urgencias y del 70% de ingresos hospitalarios)
- Experiencias departamentales :**Valcronic** (2011:Sagunto y Elx,) y **Gechronic**(2006 :La Fe)
- Utilización de los **CRG** para la predicción del gasto farmacéutico(2008:todos departamentos)

Comisión para la Estrategia de Cronicidad

- **Creación:** Resolución de 25 enero de 2013 de la S.A
- **Constitución :** 26 de febrero de 2013
- **Composición:**

Coordinación : D.G de Asistencia Sanitaria S.G de Planificación y Gestión Sanitaria. Servicios de cronicidad y Protocolización

D.G de Farmacia

D.G de Salud Publica

Dirección asistencial de SI

Oficina ABUCASIS

Directivos de departamentos : HACLE (La Pedrera), La Fe

Facultativos clínicos

Director del CSISP-FISABIO

Comisión para la Estrategia de la Cronicidad

Objetivos:

1. Elaborar documento que recoja el **análisis estratégico** de la situación de cronicidad en la CV, identificando **áreas de mejora** y elaborando un modelo de atención integral **centrado en el paciente y su entorno**, **situando a la AP** como eje vertebrador de la atención a la cronicidad y que marque las **líneas estratégicas** para el despliegue, asegurando la continuidad asistencial. Alineada con la estrategia del SNS *
2. Validar y proponer un **sistema de estratificación de la población** en función de la condición crónica
3. **Definir el proceso de atención a la cronicidad** en los diferentes estratos en que se clasifique la población.

Subcomisiones de la Comisión Asesora

- **Subcomisión de estratificación:** evaluación de las herramientas de estratificación utilizadas en las experiencias llevadas a cabo y decisión sobre cual utilizar en la estrategia de la C.V
- **Subcomisión de Proceso:** Definición de los procesos de atención de los cuatro estratos poblacionales de la pirámide de Káiser y de los responsables de las acciones a llevar a cabo

Estrategia de la CV

MISIÓN

Sentar las bases de una **alianza entre ciudadanos, profesionales y administración** para el despliegue de unas políticas y de un sistema de salud que proporcionen una respuesta de **calidad, equitativa, eficiente y sostenible** al incremento del envejecimiento y la cronicidad en nuestra sociedad.

Estrategia de la CV

VISIÓN

Transformar el sistema sanitario valenciano para la atención integral e integrada a los pacientes crónicos, que **fomente la autonomía y la implicación** de éstos y sus familiares, mediante el despliegue de las mejores prácticas profesionales y **garantizando la continuidad** y la calidad asistencial con el mayor grado de **eficiencia**.

Características del modelo

- **Centrado en el paciente/cuidadores**
- **Comunitario:** que pivote sobre la atención primaria
- Con **enfoque poblacional**, mediante la identificación y segmentación de la población en función de sus necesidades de salud
- Con planificación asistencial **integral e individualizada** en función de su nivel de complejidad
- Basado en la **evidencia científica**
- **Proactivo:** orientado a la **búsqueda activa de casos**
- Que permita la **estandarización y planificación de las actividades asistenciales** de los profesionales sanitarios en función de las necesidades de los pacientes
- Que **garantice la equidad** entre individuos y entre territorios.
- Que los profesionales adapten y desarrollen sus **perfiles** para trabajar de manera coordinada en las transiciones asistenciales
- **Integrado.** Que garantice la continuidad asistencial entre los ámbitos comunitario, hospitalario y residencial y **colaborativo** que los equipos trabajen en red compartiendo metas y resultados
- **Flexible.** Adaptando las estructuras y procedimientos en cada departamento
- **Evaluativo.** Que utilice indicadores de evaluación con contenido clínico para el seguimiento y mejora de la calidad de la atención prestada.

OBJETIVOS ESTRATEGICOS

1. **Orientar el sistema sanitario** hacia la atención a la cronicidad.
2. Desplegar un modelo de atención **centrado en el paciente y su entorno**.
3. Desplegar políticas para la **promoción** de la salud y **prevención** de la cronicidad.
4. Potenciar la **gestión del conocimiento** sobre la cronicidad.
5. Desarrollar los **sistemas y tecnologías de la información y la comunicación** para la atención a la cronicidad.

LINEAS ESTRATEGICAS

1. Orientar el sistema sanitario a la cronicidad

- Liderazgo y **compromiso institucional**
- Enfoque **poblacional**
- **Reorganización** de servicios para la atención continuada de la cronicidad
 - Potenciar **atención Primaria**
 - Reordenar y **reorientar recursos hospitalarios : UHD**
 - Reorientar los **HACLEs**
- Integrar **políticas sanitarias y sociales**

LINEAS ESTRATEGICAS

2. Desplegar un modelo centrado en el paciente y su entorno.

- Potenciar la **Valoración Integral del paciente y su entorno**
- Desplegar el **Plan de Atención Integral**
- Potenciar la **autonomía y los autocuidados** en el paciente
- Apoyar a los **cuidadores**
- Impulsar la **seguridad** del paciente

LINEAS ESTRATEGICAS

3. Desplegar políticas para la promoción de la salud y prevención de la cronicidad

- Desarrollar la estrategia de **envejecimiento activo**
- Hacer visible la atención a la cronicidad en el **Plan de Salud** de la CV y en los planes o programas de salud específicos
- Fomentar el desarrollo de **programas basados en la evidencia.**
- Involucrar a la **sociedad** en la atención a la cronicidad

LINEAS ESTRATEGICAS

4. Potenciar la gestión del conocimiento sobre la cronicidad

- La **estandarización de los procesos** asistenciales
- La **formación** y la **comunicación** entre profesionales
- La **investigación**

LINEAS ESTRATEGICAS

5. Desarrollar los sistemas y tecnologías de la información y la comunicación para la cronicidad

- Integración/coordinación de los **sistemas corporativos de información**
- **Herramientas informáticas de ayuda a la decisión clínica**
- Desarrollo de **e-salud** y **m-salud**.

PROYECTOS RELEVANTES

- Edición y difusión de la “**Estrategia de Atención a pacientes crónicos en la CV**”
- **Alineamiento** de esta Estrategia con el **resto de estrategias y planes** de la Conselleria
- Desarrollo e implantación de la **herramienta de estratificación** de la población: **CRG**(Clinical Risk Groups) para clasificar la población de la CV y distribuirla en los cuatro estratos de la Pirámide de Kaiser.
- Definición y extensión de la marca **SCP-CRG** a todos los sistemas de información corporativos
- Definir **procesos asistenciales** y **circuitos de atención integrada** para Gestión de Casos , Gestión de enfermedad, Control de factores de riesgo

PROYECTOS RELEVANTES

- Reorientar **acuerdos de gestión** e incentivos hacia la atención a la cronicidad
- Desarrollar un **acuerdo marco con Bienestar Social** para la coordinación efectiva de los recursos sociales y sanitarios
- Implementación de programas de **prescripción y utilización efectiva de medicamentos** en la cronicidad
- Desarrollo de intervenciones para potenciar la **autonomía y los autocuidados de los pacientes y de apoyo al cuidador (paciente experto)**

PROYECTOS RELEVANTES

- Implementación del **Plan de Envejecimiento Activo**
- Acuerdos con las **asociaciones de pacientes**
- **Plan de formación** a los profesionales
- Desarrollo del **portal de comunicación y buenas prácticas profesionales**
- Integración de la Información en la **Historia Clínica Electrónica**
- Desarrollo de las **TIC's**
- Definición de indicadores : **SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN**

Implementación de la Estrategia :

- Presentación de la Estrategia : directivos , profesionales ,ciudadanos
- Próxima edición y pagina Web del **documento base** de la estrategia de la cronicidad
- **Estratificación de la población (CRG** como herramienta de estratificación) :1,9% gestión de casos, el 9,3% gestión de enfermedad, el 23,5% pacientes con factores de riesgo, el resto población sana
- **Marcaje de los CRG** en los SI corporativos
- **Formación:** curso dirigido a mandos intermedios de AP y responsables de UHA
- **Programa paciente activo** : convertir al paciente en protagonista del proceso de salud.

PLAN DE FORMACION A PROFESIONALES : curso a mandos intermedios en AP. (octubre noviembre y diciembre 2014)

FECHAS	TEMA	PROFESORES
ALICANTE: 27 octubre CASTELLON:10 noviembre VALENCIA: 24 de noviembre	Estrategia de atención a la cronicidad en la C.V.	M ^a José Avilés Martínez Eduardo Zafra Galán
ALICANTE: 28 octubre CASTELLON:11 noviembre VALENCIA: 25 de noviembre	Población, profesionales y estratificación de pacientes	Miguel Barbero Giménez Ruth Usó Talamantes Laia Buiges Pastor
ALICANTE: 29 octubre CASTELLON:12 noviembre VALENCIA: 26 de noviembre	Sistemas de información y procesos de atención	Marisa Correcher Palau Bernardo Valdivieso Martínez
ALICANTE: 3 noviembre CASTELLON:17 noviembre VALENCIA: 1 de diciembre	Gestión de la enfermedad y gestión de casos	Juan José Soler Cataluña Dolores Cuevas Cuerda
ALICANTE: 4 noviembre CASTELLON:18 noviembre VALENCIA: 2 de diciembre	Autocuidados y pacientes expertos	Carmen Barona Vilar Joan Quiles Izquierdo

PACIENT ACTIVO. PROGRAMA FORMATIVO (3 AÑOS)

**Formación de 8 Master Trainers (MT)
(julio 2014)**



**Talleres para la acreditación de MT
192 pacientes activos en 12 talleres
(enero - mayo 2015)**



**Formación de líderes
64 líderes (pacientes y profesionales en igual número)
(junio - octubre 2015)**



**Talleres para acreditación de líderes
1024 pacientes activos en 32 talleres
(noviembre 2015 - enero 2017)**

Implementación de la Estrategia

- **Gestor de programas de atención a la cronicidad** : es una herramienta software integrada en la HCE para gestionar actividades programadas en la atención a pacientes crónicos (se iniciará con EPOC) y facilitará la **valoración multidimensional y el plan de atención individualizada**, definidos por los profesionales que atienden al paciente, en función de las necesidades de este (*contrato para desarrollar estas funcionalidades en los SI está en preparación. Tras la adjudicación del concurso, el plazo para desarrollarlo será de 1 año*).
- Elaboración por departamento de la **hoja de ruta de despliegue** de la estrategia: *articular una organización asistencial integrada con los diferentes agentes que participan desde los distintos dispositivos : EAP, USM, URH, SES, UHD, Hospitales de agudos, HACLE, y coordinados con las Residencias Asistidas y otros recursos sociosanitarios.*

HOSPITAL A DOMICILIO

- **Fortaleza** en análisis DAFO :en 24 años, hay 25 UHD que han generado **413.813 altas**, con una capacidad para atender a **1.436 pacientes/día**
- Desarrollan su actividad en el marco de un modelo de **atención integrada** de pacientes **crónicos de alta complejidad y paliativos** : 58% pacientes crónicos de alta complejidad y el 42% restante son altas de pacientes paliativos
- Contribuyen a **maximizar la resolución de problemas en el ámbito comunitario** integrándose con el resto de agentes domiciliarios: EAP, cuidadores, SES, EGC comunitarias y hospitalarias, USM y UBR.
- Objetivo: **potenciar el HaD** en su papel clave como **soporte de AP** para asegurar la continuidad asistencial en el domicilio de los pacientes crónicos complejos y paliativos evitando ingresos hospitalarios innecesarios al sustituirlos por ingresos en HaD.