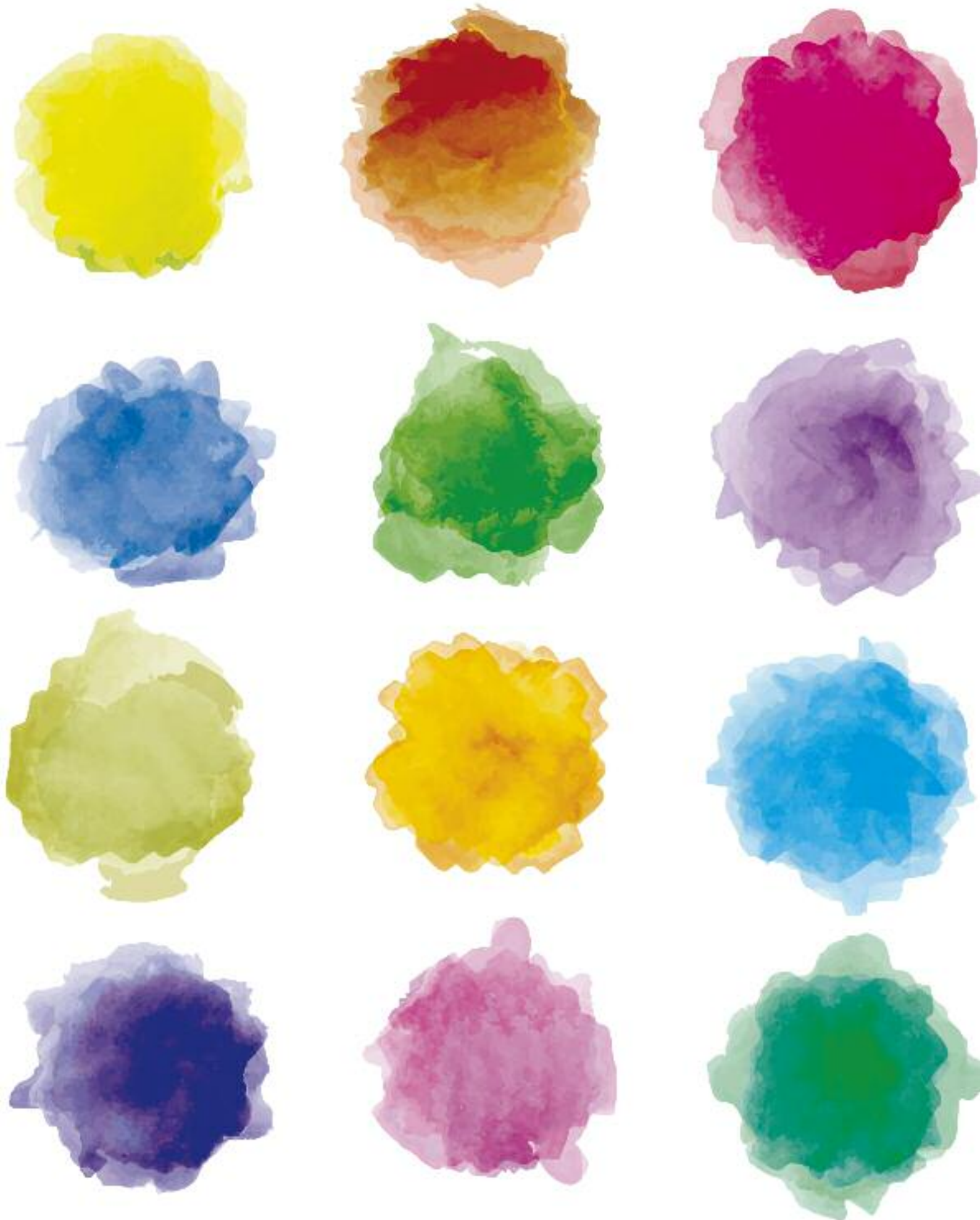




**PLA D'ATENCIÓ A LES PERSONES
AMB MALALTIES CRÒNIQUES
2016-2021**
El repte del sistema sanitari



G CONSELLERIA
O SALUT
I SERVEI SALUT
B III TRAITARS



**PLA D'ATENCIÓ A LES PERSONES
AMB MALALTIES CRÒNIQUES
2016-2021**

El repte del sistema sanitari



INTRODUCCIÓ AL PLA DE CRONICITAT

Quan el juliol de 2015, l'equip, que tenc l'honor de presidir, va arribar a la Conselleria de Salut va entendre tot d'una que era molt necessari fer un diagnòstic precís de la situació del sistema sanitari i prendre mesures immediates per garantir la continuïtat de l'atenció universal, gratuïta i excel·lent que han fet que Espanya sigui objecte d'enveja de molts de països avançats del nostre entorn.

Així, sabem que la piràmide de població de les Illes Balears ha canviat en els darrers anys i que, en part, gràcies als avenços científics, les persones viuen més temps i amb malalties cròniques que no fa gaire causaven la mort.

Per a nosaltres, semblava clar que ni els tipus de recursos de què disposàvem —sobretot dirigits a tractar malalties en fase aguda—, ni els procediments que fèiem servir —de vegades, massa agressius— eren els més escaients per atendre aquestes persones de la manera adequada.

Però els gestors necessitam molt més que sensacions i impressions per fer feina. Necessitam evidència. Per això, els redactors d'aquest Pla d'Atenció a les Persones amb Malalties Cròniques (2016-2021) han dut a terme una feina ingent d'anàlisi de la situació demogràfica, dels models de referència d'altres països i de les necessitats reals de la població balear.

Fruit d'aquesta tasca encomiable, essencialment participativa, ha estat el disseny d'un pla ambiciós que recull tot un conjunt d'objectius i d'accions dirigits a millorar l'atenció a persones amb malalties cròniques en l'horitzó 2021; un document amb voluntat d'oferir solucions efectives i duradores i que, sobretot, tenguin present la persona des d'un punt de vista holístic, és a dir, que permetin atendre les seves necessitats físiques, però també les psicològiques i espirituals.

Pensam que, més que de malalties, s'hauria de parlar sempre de persones amb malalties, ja que, com va dir el malauradament desaparegut neuròleg i escriptor Oliver Sacks: “En examinar la malaltia, guanyam saviesa sobre l'anatomia, la fisiologia i la biologia; però en examinar la persona amb malaltia, guanyam saviesa sobre la vida”.

Finalment, vull expressar el meu agraïment profund a tots els professionals que s'han implicat en l'elaboració d'aquest Pla, amb el qual estic convençuda que millorarem l'atenció que oferim als usuaris del sistema de salut de les Illes Balears.



Patricia Gómez Picard

Consellera de Salut del Govern de les Illes Balears



INTRODUCCIÓ

El nostre sistema sanitari està pensat per donar resposta a les necessitats de salut de la població sobretot en les fases agudes de la malaltia. No obstant això, l'increment de l'esperança de vida i amb això la possibilitat de desenvolupar malalties cròniques ens introdueixen noves necessitats a les quals hem de donar resposta. Amb aquesta idea, la Conselleria de Salut es va plantejar entre els seus objectius estratègics, impulsar un pla d'actuació basat en la necessitat de millorar l'atenció de les persones que pateixen malalties cròniques. Per això, va encarregar al Servei de Salut desenvolupar aquest pla que tracta de recollir les actuacions més importants a desenvolupar en els propers anys.

El desafiament és important atès que afecta tots els nivells assistencials i alguna de les accions que han de dur-se a terme implica una manera diferent d'actuar sobre el que coneixem actualment, un autèntic canvi de model, en el qual cobra especial rellevància la necessitat de deixar d'atendre malalties per passar a atendre malalts, tenint molt en compte a més de la malaltia, les diferents necessitats: d'empatia, afectives, socials... I tot això amb un enfocament preventiu indispensable i un necessari apoderament de la població per aconseguir un acte de responsabilitat en la gestió de les seves malalties.

Creiem que orientar el sistema a donar resposta a aquestes necessitats ens permetrà ser més eficients en la gestió dels nostres recursos. No hem d'oblidar que vivim moments en els quals es qüestiona la sostenibilitat en el temps del nostre Sistema Nacional de Salut i que venim d'una època de retallades de la qual desconexem encara quines seran les conseqüències a mitjan i a llarg termini. Per això, treballar per aconseguir uns sistemes sanitaris de major qualitat, garantint al mateix temps la seva solvència és una obligació de tots els que treballem en salut.

El pla que presentem serà un instrument dinàmic de llarg recorregut que representarà un canvi important en la manera d'actuar enfront de les malalties cròniques.



Juli Fuster Culebres

Director General del Servei de Salut de les Illes Balears



AUTORS

Angélica Miguélez Chamorro
Subdirectora d'Atenció a la Cronicitat, Coordinació Sociosanitària, Salut Mental i Malalties Poc Freqüents del Servei de Salut

Juli Fuster Culebras
Director General del Servei de Salut

Patricia Gómez Picard
Consellera de Salut

Francisco Miguel Albertí Homar
Coordinador d'Atenció a la Cronicitat i At. Sociosanitària del Servei de Salut

Atanasio García Pineda
Director d'Assistència Sanitària del Servei de Salut

Rosa Duro Robles
Subdirectora d'Atenció Primària i Atenció a les Urgències Extrahospitalàries del Servei de Salut

Eugenia Carandell Jäguer
Coordinadora del Gabinet Tècnic. Servei de Salut

Manuel Palomino Chacón
Secretari General del Servei de Salut

Gabriel Moragues Sbert
Metge de Família. Centre Coordinador d'Atenció a la Cronicitat del Servei de Salut

Estefania Serratusell Sabater
Infermera. Centre Coordinador d'Atenció a la Cronicitat del Servei de Salut

Pilar Fuster Obrador
T treballadora Social. Centre Coordinador d'Atenció a la Cronicitat del Servei de Salut

Óscar Ezinmo Barrera
Tècnic de Sistemes d'Informació. Servei de Salut

REVISORS

Josefina Olivares Alcolea
Metge Especialista en Endocrinologia, Nutrició i Metabolisme. Hospital Son Llàtzer

Antònia Salvà Fiol
Subdirectora de Tecnologia i Sistemes d'Informació del Servei de Salut

Benito Prósper Gutiérrez
Director General de Planificació, Avaluació i Farmàcia de la Conselleria de Salut

Andreu Sierra Galbarro
Subdirector d'Infraestructures del Servei de Salut

Carlos Villafáfila Gomila
Subdirector de Cures Assistencials i Atenció a l'Usuari del Servei de Salut

Francisco Cárceles Guardia
Subdirector d'Atenció Hospitalària del Servei de Salut

María Lucía Moreno Sancho
Infermera d'Atenció Primària, coordinadora del Programa Pacient Actiu del Servei de Salut

Joan Figuerola Mulet
Cap del Servei de Pediatria de l'Hospital Universitari Son Espases del Servei de Salut

Eusebio Castaño Riera
Cap de Servei de Planificació Sanitària. Direcció General de Planificació, Avaluació i Farmàcia de la Conselleria de Salut

Yolanda Muñoz Alonso
Infermera, Servei de Planificació Sanitària. Direcció General de Planificació, Avaluació i Farmàcia de la Conselleria de Salut

Maria Jesús Martín Sánchez
Pediatria, Servei de Planificació Sanitària. Direcció General de Planificació, Avaluació i Farmàcia de la Conselleria de Salut

Mercè Llagostera Pagès
Coordinadora Centre Coordinador del Programa de Cures Pal·liatives

Carlos Serrano Jurado
Infermer. Centre Coordinador del Programa de Cures Pal·liatives

Edita: Conselleria de Salut

Revisió: Servei Lingüístic de l'Hospital Universitari Son Espases

Impressió: Gráficas Loyse

Maquetació: Jaume Bennàssar

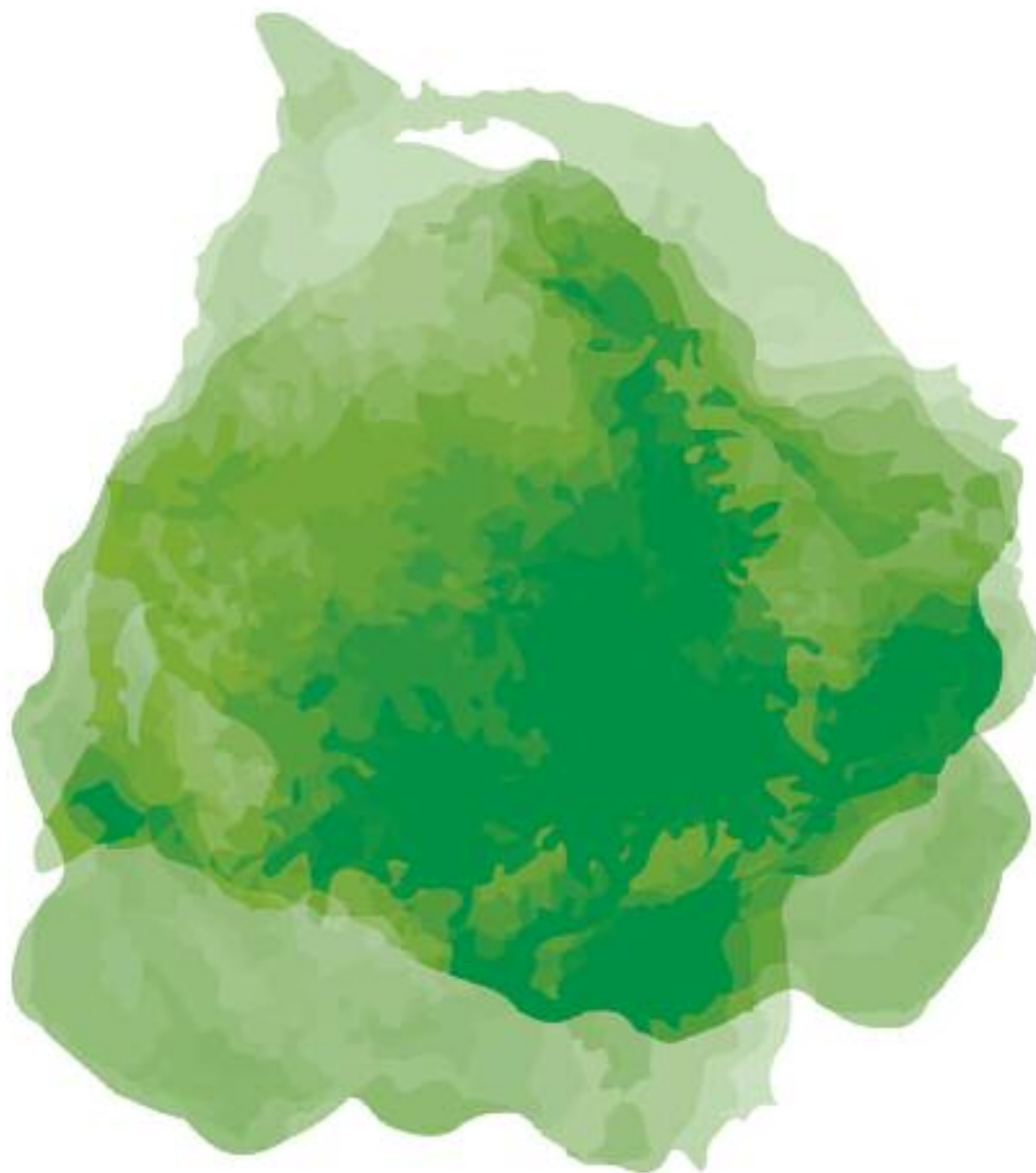
DL: PM 1567-2017

ISBN: 978-84-697-5620-1



ÍNDEX

	Pàg.
1. Presentació	13
2. Justificació	17
a. Demografia i envelliment.....	19
b. Necessitats de la població en termes d'informació i participació en el procés de salut-malaltia.....	19
c. Cronicitat en la Infància i l'Adolescència.....	20
3. Models de referència	21
4. Atenció a les persones amb problemes de salut crònics en el nostre sistema de salut. Anàlisi de la situació i reptes actuals	25
a. Elements transversals per abordar en tots els àmbits assistencials amb relació a la cronicitat.....	27
- Apoderament i responsabilitat en salut.....	27
- La coordinació entre àmbits assistencials com a garant de qualitat en l'atenció i de seguretat clínica.....	27
- La polimediació i les seves repercussions en la salut dels més fràgils.....	28
- Identificar la població amb major morbiditat, una prioritat. Aplicació de la classificació de la població per grups de morbiditat ajustats (GMA).....	28
b. Atenció a les persones amb malalties cròniques en els hospitals d'aguts.....	30
c. Atenció a les persones amb malalties cròniques en els hospitals de cures mitjanes o d'estada mitjana.....	31
d. Atenció a les persones amb malalties cròniques a Atenció Primària.....	32
5. L'atenció a les persones amb malalties cròniques, objectiu estratègic de la Conselleria de Salut	35
6. Missió, Visió, Valors	39
7. Objectius i Accions	43
8. Memòria econòmica del Pla d'Atenció a la Cronicitat	53
9. Avaluació	57
10. Bibliografia	61
11. Annexes	67



1. PRESENTACIÓ





1. PRESENTACIÓ

És important determinar i emmarcar els projectes i les accions que s'han d'impulsar per avançar cap a un nou paradigma d'atenció sanitària que doni respostes eficients i sostenibles a la nostra població actual. Per aquest motiu, s'han pres en consideració les recomanacions de les diferents estratègies internacionals i nacionals per a l'abordatge de la cronicitat, els documents de l'Organització Mundial de la Salut i els models de referència del Chronic Care Model o el model Kaiser permanent.

L'augment de prevalença de les malalties cròniques (MC) en totes les etapes de la vida, unida a una distribució desigual d'aquestes malalties en la població, fan necessària una visió poblacional per atendre aquesta realitat en profunditat, ja que una gran part de l'impacte humà i social causat cada any per les morts relacionades amb les MC es podria evitar mitjançant intervencions ben enteses, rendibles i factibles¹.

Els avenços tecnològics permeten perllongar la supervivència d'un major nombre d'infants amb patologies complexes que, fins fa poc, els haurien conduït a un ràpid deteriorament i a la mort²; no obstant això, cap estratègia d'atenció a la cronicitat en el nostre país aprofundeix en l'atenció de la cronicitat complexa en la infància tot i ser un greu problema que impacta en l'infant, en la família i en tot l'entorn del menor.

La població ha canviat de manera radical en els darrers anys i el sistema sanitari no ha sabut o no ha pogut adaptar-se a aquests canvis donant respostes adequades i

sostenibles³. El pacient, avui, és diferent: és habitual un perfil de pacient crònic amb 2-3 malalties cròniques; és més actiu i espera participar en les decisions sobre el tractament; espera cures i atencions i una bona gestió de la seva malaltia; espera tenir accés a la seva història personal electrònica; acudeix a la consulta amb moltes preguntes i coneixements sobre la seva malaltia; usa Internet i el telèfon de manera activa per complementar les consultes amb els professionals sanitaris i espera continuïtat i seguretat en l'atenció en tot el sistema sociosanitari⁴.

Algunes de les estimacions disponibles assenyalaven que, en termes de finançament, en un escenari d'inacció, és a dir, sense afrontar el repte de la cronicitat, el pressupost sanitari hauria de créixer al voltant d'un 45% fins a 2020 (base 2011) per atendre l'increment de la demanda^{5,6}. Per tant, està clara la necessitat de dissenyar un pla estratègic que impulsi una atenció de qualitat i cost-efectiva.

La població i, per tant, els pacients han canviat, la manera d'emmalaltir és diferent, i les tècniques han evolucionat fins marcar una nova manera de viure, per la qual cosa es fa necessari redissenyar el model d'atenció sanitària en què el ciutadà sigui protagonista i participi del seu procés de salut. Es requereix el desenvolupament de les competències professionals autònomes en el marc d'un equip multiprofessional resolutiu capaç d'acompanyar i apoderar el pacient i el ciutadà, juntament amb el desenvolupament de la tecnologia i dels sistemes d'informació adequats, per poder aconseguir un model d'atenció universal i sostenible.



A young woman with blonde hair, wearing a white lab coat, is leaning over and smiling as she assists an elderly woman with short blonde hair. The elderly woman is seated in a wheelchair and is also smiling. They are outdoors on a paved path with green grass and trees in the background. The text '2. JUSTIFICACIÓ' and 'Demografia i envelliment' is overlaid on the image.

2. JUSTIFICACIÓ

Demografia i envelliment



2. JUSTIFICACIÓ

Demografia i envelliment

Segons l'OMS, les malalties cròniques (MC) són la principal causa de mort a escala mundial¹. Els sistemes social i sanitari d'Espanya afronten una de les majors taxes d'envelliment i de cronicitat de tot Europa amb una tendència clarament a l'alça. En el nostre país, el 91,3% de la mortalitat i el 86% dels anys de vida perduts són atribuïbles a les malalties cròniques⁷.

A Espanya, el percentatge de població de 65 anys i més, que, actualment, se situa en el 18,7%, assoliria el 25,6% l'any 2031 i el 34,6% l'any 2066⁸.

A les Balears, segons l'Ibestat, l'any 2016 la població de més de 65 anys era de 168.457⁹ persones (taula 1).

afirmar que la multimorbiditat en el nostre sistema sanitari és la norma i no l'excepció, per la qual cosa es fa necessari tenir una eina que, de manera proactiva i amb un enfocament poblacional, classifiqui els pacients en funció de la seva càrrega de morbiditat o de complexitat. D'aquesta manera, el sistema sanitari podrà tenir classificats els pacients en funció de la seva complexitat, la qual cosa permetrà definir adequadament el grau d'intervenció que necessita cada persona.

-Necessitats de la població en termes d'informació i de participació en el procés de salut-malaltia

Les expectatives de les persones amb autonomia i independència que pateixen una malaltia crònica són cada vegada

Població 2016	Balears	Mallorca	Menorca	Eivissa	Formentera
Persones > 65 anys	168.457	135.124	14.931	16.878	1.524
% > 65 anys	15,21	15,69	16,30	11,88	12,57

Taula 1. Font: Institut d'Estadística de les Illes Balears

Segons estimacions de l'INE publicades l'any 2014, la població de Balears l'any 2029 serà d'1.169.361 habitants, amb un 22% de persones de més de 65 anys i un 6,2% el de persones de més de 80 anys¹⁰.

L'envelliment, l'augment de l'esperança de vida juntament amb la presència de malalties cròniques, sumat als canvis estructurals familiars i socials, són factors que repercuteixen en l'empitjorament de la salut i en l'increment constant de la necessitat de recursos sanitaris i socials¹¹.

L'envelliment es tradueix en una disminució de la capacitat funcional de l'individu que, si bé no implica intrínsecament malaltia, implica una major vulnerabilitat als canvis i als entorns desfavorables. A mesura que les persones es van fent grans, el pes dels processos aguts sobre la morbiditat i la mortalitat va disminuint, de manera que els processos crònics són cada vegada més freqüents¹².

El 88% de les persones de més de 65 anys tenen una o més d'una patologia crònica i una quarta part d'aquestes persones tenen quatre o més de quatre condicions cròniques. En termes de despesa sanitària, les malalties cròniques suposen el 75% de l'esmentada despesa¹³. Podem

més grans i els professionals sanitaris han de millorar l'escolta i adquirir noves competències per adaptar-se a aquestes necessitats. Les persones i la ciutadania de cada vegada demanen més informació i coneixement sobre la seva salut-malaltia. El sistema sanitari ha d'impulsar l'apoderament definitiu de salut de ciutadans i pacients mitjançant el desenvolupament de les seves capacitats i habilitats, amb l'objectiu d'aconseguir una autogestió òptima del seu procés de salut que redundarà en una millor qualitat de vida¹⁴.

La formació de pacients, segons el model de la Universitat de Stanford, reporta beneficis tan importants com: apoderament, millor control, millor adherència terapèutica, disminució de complicacions, disminució del nombre d'urgències i d'ingressos, millors hàbits de vida, disminució de baixes laborals, reducció de depressions¹⁵. Impulsar projectes que involucrin i apoderin els ciutadans és una responsabilitat moral i d'eficiència.

La Universitat de Stanford ha desenvolupat i avaluat programes adreçats a persones amb una malaltia crònica amb l'objectiu d'ajudar les persones a guanyar confiança en elles mateixes i en la capacitat per controlar els seus símptomes, per administrar més bé els seus problemes de salut i per dur una vida més plena¹⁶.

- Cronicitat en la infància i l'adolescència

Els avenços tecnològics i científics han contribuït a l'augment de la supervivència de moltes malalties que, fins fa poc, es consideraven mortals o que no es diagnosticaven; per la qual cosa, es donava un increment considerable de cronicitat i de complexitat en els infants i en els adolescents.

Les famílies dels infants amb malalties cròniques complexes, poc freqüents o no, manifesten en tots els fòrums (jornades, congressos, entrevistes individuals i reclamacions) les dificultats que tenen a vegades en el sistema sanitari per la manca de flexibilitat o de comunicació entre els diferents àmbits i, fins i tot, dins el mateix hospital. Reclamen una atenció més centrada en l'infant i en les famílies, en què la comunicació flueixi i la coordinació sigui una realitat per aconseguir tenir pràctiques segures i adequades a cada cas. Totes les associacions i institucions sol·liciten una gestió de casos que faci una coordinació eficaç i

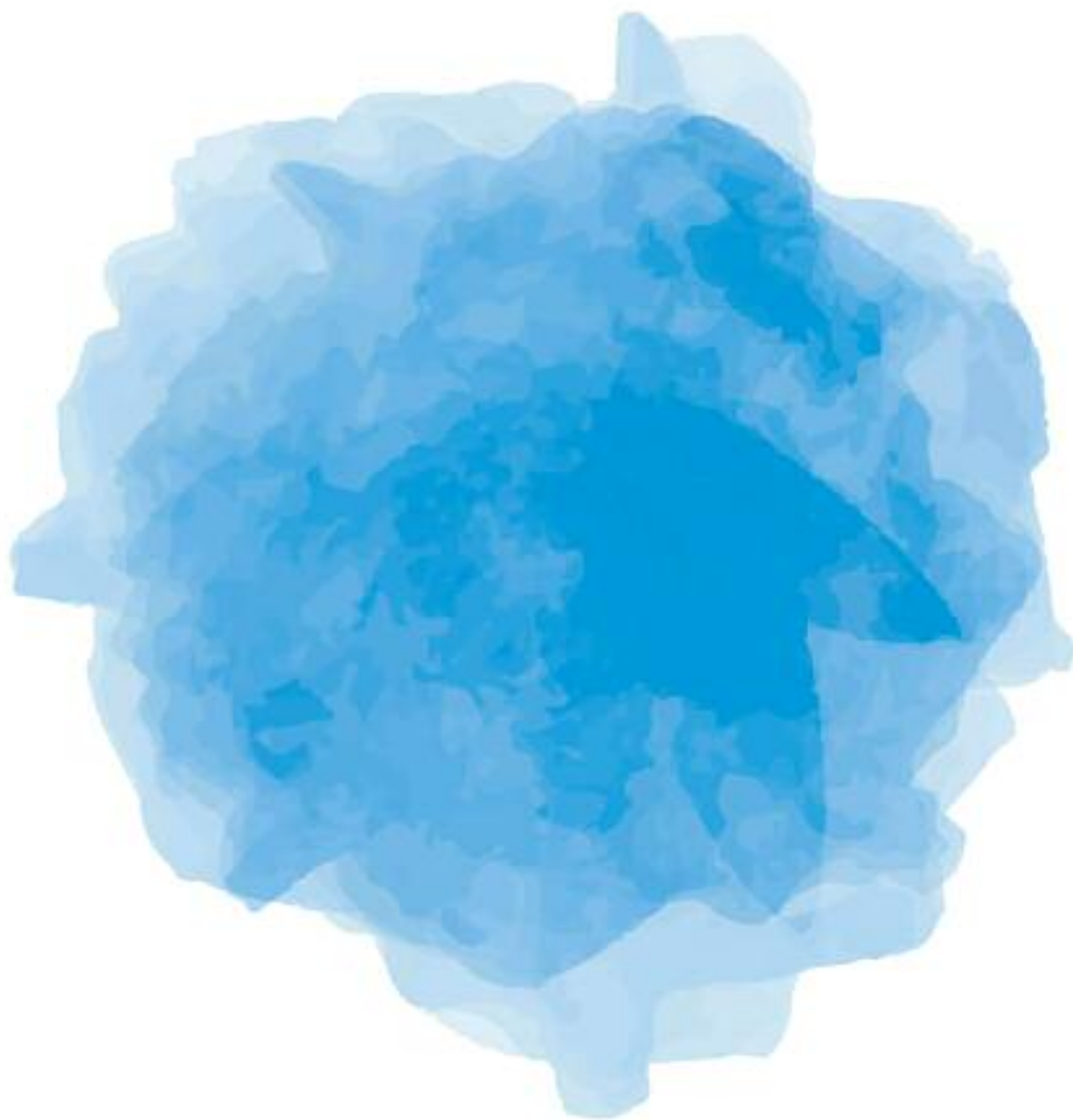
que eviti la dispersió de cites, que provoquen la falta d'assistència a l'escola i al lloc laboral dels pares i mares.

L'Estratègia per a l'Abordatge de la Cronicitat (EAC) en el Sistema Nacional de Salut (SNS)¹² inclou com a recomanació específica per a la població infantojuvenil, “desenvolupar la col·laboració dels sistemes sanitari i social amb el sistema educatiu, amb la implicació de les famílies i del professorat en el disseny, la realització, el seguiment i l'avaluació de les intervencions de promoció de la salut en la infància i en l'adolescència”; però no fa referència a la necessitat de suport, de supervisió i d'atenció de l'infant amb una malaltia crònica a l'escola, especialment davant la falta d'autonomia del menor.

És necessari l'abordatge de la cronicitat en la infància de manera interdisciplinària i coordinada perquè l'infant i les famílies rebin una atenció segura i de qualitat i perquè l'infant pugui tenir una vida en la comunitat i en l'escola tan normalitzada com sigui possible.

A close-up photograph of a doctor wearing a white lab coat over a blue button-down shirt. A stethoscope is draped around the doctor's neck. The doctor is holding a light blue folder or tablet with both hands. The background is a blurred pharmacy shelf filled with various bottles and containers.

3. MODELS DE REFERÈNCIA



3. MODELS DE REFERÈNCIA

En diferents països i comunitats autònomes, s'han posat en marxa experiències adreçades a atendre aquest perfil de pacient gran i amb malalties cròniques que han demostrat efectivitat. Tot i així, aquests anys hem seguit gestionant hospitals d'aguts que tracten el pacient crònic de manera episòdica i fragmentada, per la qual cosa és de pitjor qualitat, més insegur i menys eficient.

Un dels models que ha aconseguit més acceptació y difusió en l'àmbit internacional és el "Chronic Care Model", conegut per les seves sigles en anglès CCM, que ha estat desenvolupat per Ed Wagner i els seus col·laboradors en el MacColl Institute for Health Care Innovation de Seattle, als EUA, i que ha estat adaptat a altres entorns amb contribucions addicionals (Expanded CCM, ICCF). El CCM identifica els elements essencials dels sistemes sanitaris per assolir una atenció de qualitat en els malalts amb malalties cròniques^{17,18}.

En aquest model (Fig. 1), l'atenció al pacient amb malalties cròniques discorre en tres plànols que se superposen:

1. La comunitat amb les seves polítiques i múltiples recursos públics i privats.
2. El sistema sanitari amb les seves organitzacions proveïdores i esquemes d'assegurament.
3. La interacció que es produeix entre un pacient crònic informat i actiu i un equip preparat i proactiu.

El model identifica sis elements bàsics per aconseguir millorar l'atenció a les persones amb malalties cròniques: l'organització del sistema sanitari, la comunitat, la prestació de serveis assistencials, l'autocura dels pacients, les ei-

nes de suport en la presa de decisions als professionals i els sistemes d'informació. Hi ha una evidència creixent que la implementació de les intervencions basades en el CCM millora els processos i els resultats, perquè entre altres, les interaccions es produeixen entre un equip assistencial proactiu i format i un pacient apoderat.

De les adaptacions del CCM destaca el model proposat per l'OMS l'any 2002, denominat "Model d'Atenció Innovadora a Condicions Cròniques" The Innovative Care for Chronic Conditions Framework (ICCC). En aquest model, es fa més èmfasi en la comunitat i en les polítiques per millorar l'atenció sanitària de les malalties cròniques no transmissibles^{18,19}.

El Kaiser Permanente és un altre model d'atenció amb un enfocament poblacional que es basa en el lideratge clínic i l'atenció integrada. Es potencia al màxim la capacitat resolutiva en l'àmbit d'Atenció Primària (AP) i es presta una especial atenció a la minimització de les hospitalitzacions, que són vistes com una "fallada del sistema"²⁰.

El compromís fonamental de Kaiser és satisfer les necessitats sanitàries de la població en els centres d'atenció primària i comunitària, sempre que sigui possible i sense comprometre la qualitat. Aquest compromís es reflecteix potenciant l'atenció primària, impulsant el programa de gestió de les malalties cròniques i donant accés a les proves diagnòstiques als professionals d'Atenció Primària.

El Programa de Gestió de Malalties Cròniques és un programa específic de Kaiser Permanente, que implica la segmentació de la població amb malalties cròniques en tres grups amb diferents necessitats d'atenció sanitària i d'objectius. Les necessitats de cada grup es corresponen amb tres nivells d'atenció. A mesura que l'estat de salut del pacient varia (millora o empitjora), es pot canviar el pacient de nivell.

L'objectiu a cada nivell és implementar intervencions proactives i planificades per a maximitzar la salut i la satisfacció del pacient i fomentar l'ús racional dels recursos, tal i com es pot veure a la Fig.2.

Juntament amb les conductes relacionades amb la salut o amb els estils de vida, hi ha determinants socials, tals com les condicions de vida i de treball, l'educació o els ingressos, entre altres, que



Fig. 1. Font: The MacColl Institute. ©ACP-ASIM Journals and Books

Piràmide de Kaiser ampliada



Fig. 2. Font: Kaiser Permanente®. Adaptat

fan necessària una resposta multisectorial per millorar l'atenció contra les malalties cròniques.¹² El King's Fund model fa una adaptació de la piràmide del Kaiser Permanente® que destaca la visió sanitària i la social com dues parts integrades de l'atenció que requereix un individu¹⁸. Fig. 3

El King's Fund model és una organització benèfica que estudia com es pot millorar el sistema de salut del Regne Unit. El seu treball inclou investigació, anàlisi, desenvolupament de lideratge i millora de serveis. També ofereix una àmplia gamma de recursos per ajudar tots els professionals de la salut a compartir coneixements, aprenentatge i idees.

Segons aquests models, hi ha un percentatge de pacients crònics complexos als quals es fa imprescindible separar-los del circuit del pacient agut i oferir-los una atenció adequada en el seu domicili, aquests són els pacients amb més complexitat.

En aquests models d'atenció i en les estratègies amb relació a la cronicitat dels últims 10 anys, hi ha consens pel que fa a les accions claus per al disseny d'un sistema d'atenció orientat a les persones amb malalties cròniques que doni respostes adequades a les necessitats de salut que té actualment la població. L'Organització Mundial de la Salut, en el document publicat per l'Organització Panamericana de la Salut el 2013, defineix

de manera clara les accions claus per al disseny del sistema d'atenció a la cronicitat¹⁹:


- Organitzar l'atenció al voltant de l'Atenció Primària (APS).
- Definir funcions i distribuir tasques entre els membres de l'equip.
- Assegurar una atenció proactiva i un seguiment regular dels pacients.
- Usar una classificació o estratificació del risc.
- Assegurar la gestió dels casos o un coordinador per a l'atenció dels pacients amb malalties complexes.
- Brindar una atenció que els pacients comprenguin i que s'ajusti al seu entorn cultural.
- Desenvolupar xarxes per a la prestació de serveis integrats de salut.

Piràmide definida pel King's Fund en el Regne Unit

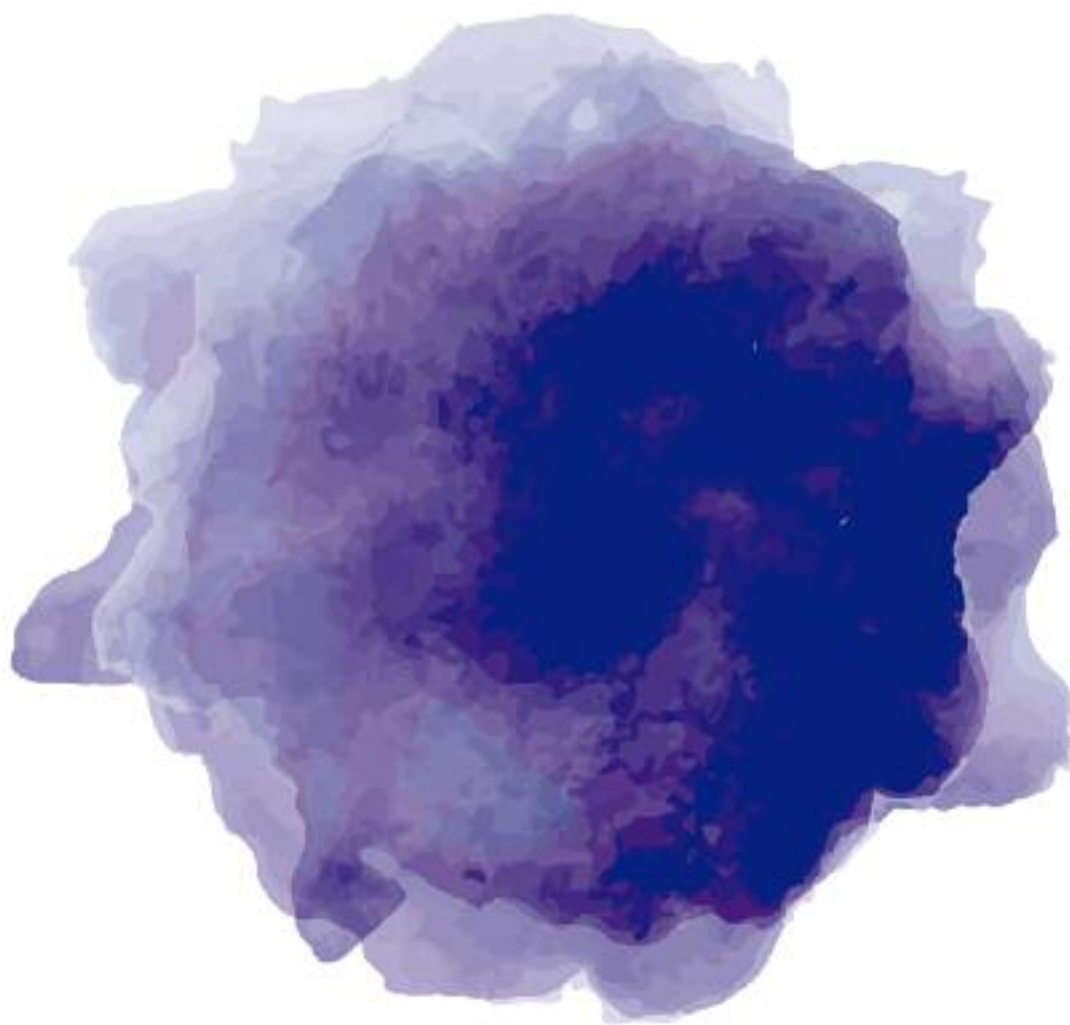
Adequar el servei a l'individu



Fig.3. Font: King's Fund (C. Ham)



**4. ATENCIÓ
A LES
PERSONES AMB
PROBLEMES DE
SALUT CRÒNICS
EN EL NOSTRE
SISTEMA DE
SALUT.
ANÀLISI DE
SITUACIÓ I
REPTES
ACTUALS**



4. ATENCIÓ A LES PERSONES AMB PROBLEMES DE SALUT CRÒNICS EN EL NOSTRE SISTEMA DE SALUT. ANÀLISI DE SITUACIÓ I REPTES ACTUALS

Els pacients crònics presenten necessitats noves i el nostre model organitzatiu ha de proporcionar respostes eficients a les noves i emergents necessitats de salut dels pacients amb malalties cròniques, especialment als més complexos.

Exposam a continuació elements claus per establir els fonaments d'un model d'atenció proactiu, integral i individualitzat, que permetrà una atenció de qualitat i personalitzada i, a la vegada, eficient i sostenible.

A. Elements transversals en tots els àmbits de l'atenció sanitària amb relació a la cronicitat

- Apoderament i responsabilitat en salut

Les persones amb problemes de salut tenen el dret de participar de manera activa en el seu procés de salut-malaltia. Cal treballar l'afrontament de la malaltia així com l'augment de les seves capacitats i habilitats per poder-ne realitzar un control eficaç amb l'objectiu final d'aconseguir el màxim nivell d'autonomia i la major qualitat de vida possible.

El desenvolupament del Programa de Pacient Actiu comporta un canvi en la relació entre pacients i professionals de la salut i suposa avançar cap a un model menys paternalista. Els professionals han d'assumir un paper d'acompanyament, facilitadors i capacitadors de la persona. D'aquesta manera, s'assolirà un model centrat en la persona, atorgant-li protagonisme i recollint les seves necessitats, creences i vivència de la malaltia.

Es necessari continuar amb la formació dels professionals en metodologia d'educació per a la salut perquè puguin desenvolupar intervencions de promoció de la salut i de prevenció primària i secundària.

El ràpid accés a la informació i el desenvolupament de les noves tecnologies han promogut que cada vegada hi hagi més pacients actius i responsables. Un pacient actiu és el que està afectat per un procés crònic, que és copartícip i corresponsable de la gestió de la pròpia salut, que és capaç d'identificar els símptomes i de respondre adequadament i d'adquirir eines que li permetin gestionar l'impacte físic, emocional i social de la malaltia, i millorar així la qualitat de vida¹⁴.

- La coordinació entre àmbits assistencials com a garant de qualitat en l'atenció i de seguretat clínica

La manca de coordinació entre nivells d'atenció sanitària (Atenció Primària-Atenció Hospitalària) i entre el sistema sanitari i el social és un dels principals condicionants de la qualitat assistencial, de la seguretat en l'atenció i de la ineficiència en la provisió, en el desenvolupament i en la gestió dels recursos disponibles. A més, fa que els serveis no es prestin en el nivell més adequat ni pel professional més idoni²¹, i genera frustració i malestar entre els professionals.

Per això, a l'any 2009-2010, s'inicià el projecte d'infermera gestora de casos i s'impulsà un projecte de coordinació perquè el pacient que, en ser donat alta de l'hospital, requereís una continuïtat assistencial, fos citat, des del mateix hospital, a l'agenda de la infermera d'Atenció Primària. Des del 2010, aquest circuit està funcionant molt bé a Eivissa i amb l'Hospital Sant Joan de Déu, i els usuaris es mostren molt satisfets quan es posen en contacte amb ells després de l'alta per continuar el procés.

El 2010, s'inicià un projecte pilot per atendre de manera coordinada els pacients més fràgils i pluripatològics. Es dissenyà un pilotatge amb tres centres de salut en coordinació amb els hospitals de referència d'aguts i de convalescència o de mitjana estada. De 2011 a 2015, fruit de les retallades que van trobar justificació en la crisi econòmica, el projecte quedà paralitzat. Malgrat tot, gràcies al compromís dels professionals sanitaris implicats, el pilotatge es va consolidar. El 2015, quedava una infermera gestora de casos a Atenció Primària i una altra a l'Hospital General. Aquest projecte ha estat el precursor dels projectes actuals d'atenció al pacient crònic complex avançat i de gestió de casos.

L'estratègia per a l'abordatge de la cronicitat publicada pel Ministeri de Sanitat el 2012 deixa palès que els pacients amb una major complexitat i/o amb una pluripatologia necessiten una gestió integral del cas en el seu conjunt, amb cures fonamentalment professionals, adreçades als pacients i al seu entorn cuidador¹². És necessari fer una gestió de casos que es dugui a terme mitjançant un procés de valoració, planificació i coordinació, per facilitar la provisió, el monitoratge i l'avaluació de les opcions i dels recursos professionals o organitzatius que siguin neces-

saris per a la resolució del cas¹². S'ha d'entendre com a resolució del cas la qualitat de l'atenció, la continuïtat assistencial, l'atenció en l'àmbit més adequat i l'accés als recursos necessaris. Cal implementar la gestió de casos a la nostra Comunitat per assegurar la continuïtat de les cures i l'activació dels recursos necessaris en cada cas.

- La polimediació i les seves repercussions en la salut dels més fràgils

L'edat és un factor fortament associat a les reaccions adverses a medicaments (RAM). La bibliografia publicada imputa als ancians un major percentatge de iatrogènia greu i d'ingressos per aquest motiu a causa dels factors de polimediació, comorbiditat i minves funcionals imputables a la vellesa²².

A la nostra Comunitat, un 14% de les persones de més de 65 anys pren 10 o més de 10 fàrmacs de manera crònica. La polimediació suposa més risc d'ús de medicacions inadequades, de falta d'adherència al tractament, d'aparició de reaccions adverses, de duplicitats i d'interaccions entre principis actius i, en conseqüència, més risc de fracassos terapèutics, d'intoxicacions així com d'un augment d'ingressos hospitalaris i de caigudes. Els factors que afavoreixen la polimediació són d'índole biològica, psicològica, social i pròpia del sistema sanitari (mala coordinació assistencial, minimització dels riscos per part del personal sanitari)^{23,24}.

El 2010, Ramos S. *et al.* demostraren, en un estudi fet a Espanya, que un de cada tres pacients atesos a urgències hospitalàries hi acudeix per un problema relacionat amb la medicació (PRM)²⁵.

Les RAM més comunes en els ancians són les: cardiovasculars (hipotensió postural, desordres en el ritme cardíac o en la conducció), neurològiques (agitació, confusió, marejos, síndromes extrapiramidals), digestives (diarrea, vòmits, restrenyiment), alteracions hidroelectrolítiques, insuficiència renal, alteracions en la glucèmia, hemorràgies i neutropènia²².

Es proposa una atenció interdisciplinària i una valoració geriàtrica integral (VGI) per optimitzar l'atenció al pacient fràgil i evitar la polimediació²⁶.

- Les cures pal·liatives

L'estratègia per a l'abordatge de la cronicitat (EAC) del Sistema Nacional de Salut (SNS) recomana adequar els models

de cures pal·liatives per millorar l'atenció a les persones amb malalties cròniques avançades i/o en situació de final de vida¹². La necessitat de cures pal·liatives es fa patent a mesura que augmenta la complexitat. En els infants, el diagnòstic d'una malaltia incurable o una situació clínica irreversible fa que el pacient sigui tributari de cures pal·liatives.

El 2009, es publicà l'estratègia de cures pal·liatives de les Illes Balears²⁷, posteriorment, es publicà el Programa de Cures Pal·liatives 2013-2016, liderat pel Centre Coordinador de Pal·liatius, que en va regularitzar l'estructura i les funcions en el Decret 49/2014, de 28 de novembre de 2014²⁸. El Centre Coordinador ha estat molt actiu i ha dut a terme una gran tasca de difusió, formació i investigació en tots els àmbits sanitaris. Finalment, el març de 2015, es publicà la Llei de drets i garanties de la persona en el procés de morir, amb el consens de tots els grups parlamentaris²⁹.

El mes de gener de 2013, es creà la Unitat de Cures Pal·liatives Pediàtriques amb la missió de proporcionar qualitat de vida als infants amb malalties cròniques complexes i avançades i a les seves famílies.

Cal seguir impulsant les activitats de difusió, formació i investigació des del Centre Coordinador de Cures Pal·liatives per garantir l'accés a les cures pal·liatives de totes les persones que estan en una situació de complexitat o de malaltia avançada. Les cures pal·liatives bàsiques s'han de garantir en tots els àmbits assistencials i els professionals sanitaris han de reconèixer quan és necessari derivar un pacient a una unitat especialitzada en cures pal·liatives davant la dificultat de la gestió dels signes i símptomes i la manca de garanties del confort esperat.

- El paper de les tecnologies de la informació i de la comunicació (TIC) i els sistemes d'informació sanitaris (SIS)

La comunitat autònoma de les Illes Balears va ser pionera en l'ús de les TIC a l'entorn sanitari. L'Hospital Son Llàtzer va ser el primer hospital sense papers de l'Estat espanyol i la digitalització de l'Atenció Primària, iniciada el 2002, també va ser pionera.

La informatització de la informació clínica-administrativa dels hospitals i d'Atenció Primària va permetre que, l'any 2005, s'iniciàs el projecte de la Factoria d'Informació Corporativa (FIC) i que s'automatitzassin la majoria dels quadres de comandament del Servei de Salut.

Aquesta digitalització va continuar a tots els hospitals del

Servei de Salut i va concloure l'any 2009 amb la implantació de la Història de Salut, una plataforma innovadora en la qual es centralitzava la informació del pacient provinent de tots els sistemes d'informació d'hospitals i d'Atenció Primària, i que ajudava el professional a la presa de decisions ja que li proporcionava una visió més integral i completa de la història sanitària del pacient.

En el camp de l'estratègia de la cronicitat, també l'any 2009, es va implementar el Programa d'Atenció a Persones amb Malalties Cròniques (PAPEC), fruit del treball d'un excel·lent grup de professionals sanitaris i tecnològics, que foren visionaris i desenvoluparen les vies clíniques transversals de la malaltia pulmonar obstructiva crònica, de la malaltia renal crònica i de la patologia cardiovascular. La manca de finançament necessari per al desenvolupament tecnològic que donàs suport a aquest programa integrat en tots els sistemes d'informació ha motivat el fracàs d'aquesta eina que, actualment, usen menys d'un 1% dels professionals sanitaris. Aquests professionals expressen que no usen el PAPEC per la manca d'integració dels diferents sistemes d'informació, per l'obligatorietat d'haver de registrar-se una altra vegada i de treballar amb dos entorns diferents, per la manca de retorn de la informació als sistemes locals i per la manca d'explotació de les dades.

La manca d'inversió en TIC i SIS durant el període 2011-2015 ha derivat en una situació desoladora per la impossibilitat d'obtenció d'informació clau necessària per gestionar i per implementar tots els projectes. El mes de juliol de 2015, la situació amb relació als sistemes d'informació era la següent:

- Manca de suport tècnic en els gabinets tècnics, en els Sistemes d'Informació i en els departaments de TIC, tant del Servei de Salut com de les gerències, la qual cosa va provocar la desaparició de qualsevol estructura d'anàlisi d'informació clínica, de docència, de recerca i de gestió de Tecnologies de la Informació.
- Manteniment mínim dels sistemes d'informació assistencials, amb una escassa evolució dels esmentats sistemes i poc orientats.
- Un manteniment mínim de la Factoria d'Informació Corporativa (FIC), que va derivar en una falta d'informació per gestionar i en la impossibilitat d'avaluar i retornar als professionals el resultat de la seva pràctica assistencial.
- Una infraestructura tecnològica obsoleta, essencial per

al bon funcionament dels sistemes d'informació, eina de treball dels nostres professionals.

Aquesta situació ha condicionat l'avançament de tots els projectes assistencials i tecnològics del Servei de Salut. Des del segon semestre de 2015, s'està treballant activament en el projecte d'Història Clínica (HC) integrada, en el desenvolupament i millora de la HC d'Atenció Primària i en el desenvolupament i en l'homogeneització dels sistemes d'informació assistencials per adaptar-los en el mesurament de resultats i d'avaluació clínica.

- Identificar la població amb una morbiditat major, una prioritat. Aplicació d'eines de classificació de la població per grups de morbiditat ajustats (GMA)

Les persones amb condicions de salut i limitacions en l'activitat de caràcter crònic són les que troben més dificultats per accedir i circular a través del sistema ja que no hi ha un ajustament adequat entre les seves necessitats i l'atenció que reben, resulta especialment inapropiada l'organització de l'assistència sanitària per al grup de pacients que presenten una pluripatologia, una comorbiditat o que es troben en una situació d'especial complexitat¹². Per a aquest perfil de pacients, la identificació proactiva mitjançant el GMA i la conseqüent inclusió en programes específics resultarà ser de gran benefici per a la seva qualitat de vida i, per descomptat, per a la sostenibilitat del nostre sistema sanitari.

Diversos sistemes sanitaris a tot el món han treballat en la identificació proactiva dels pacients en funció de la seva morbiditat per poder adequar la prestació dels serveis. El Ministeri de Sanitat, Política Social i Igualtat ha facilitat la implementació de la classificació de la població amb l'eina de Grups de Morbiditat Ajustats³⁰ (GMA), que ha permès estratificar tota la població de les Illes Balears el 2015 i el 2016. Per a l'agrupació-classificació de la morbiditat és primordial identificar la patologia crònica i agrupar els diferents codis diagnòstics. A partir de la informació anterior, podem identificar si un individu presenta una o més d'una malaltia crònica. Els GMA tenen en compte: la tipologia de la malaltia, la presència de multimorbiditat i la complexitat.

Els GMA són de gran utilitat a la nostra Comunitat per:

- Oferir informació poblacional i individual als professionals sanitaris.
- Identificar pacients per realitzar intervencions proactives en pacients amb una major complexitat.
- Elaboració d'indicadors assistencials.

- Assignar recursos (pressupost de farmàcia comunitària)
- Gestionar els recursos humans
- Avaluar i comparar resultats en salut (Benchmarking)

Des de l'any 2016, s'està treballant per integrar aquesta eina a la història clínica perquè sigui visible per a tots els professionals sanitaris. En el cas d'Atenció Primària, a més, permetrà accedir a les dades poblacionals al metge de família, a la infermera d'Atenció Primària i a la infermera gestora de casos comunitària, amb l'objectiu de tenir una visió poblacional i poder realitzar una intervenció proactiva individualitzada, especialment en els pacients més complexos.

L'estratificació de 2016 de la població de les Illes Balears es mostra a la Fig. 4. A la part de la dreta de la piràmide, s'especifica el grau d'intervenció que requereix la població en funció de la situació de morbiditat i de complexitat.

Per identificar els pacients que es troben a la punta de la piràmide, que són les persones amb una major multimorbiditat i complexitat, diversos autors i organitzacions han introduït els conceptes de pacient crònic complex (PCC) i pacient crònic avançat³¹ (PCA), aquests representen entre el 3% i el 5% de la població i consumeixen un alt percentatge de recursos, suposen entre un 20% i un 40% dels ingressos hospitalaris (40,5% ≥ 3 ingressos/any, 13% ≥ 5 ingressos/any). El 10% de pacients crònics són els responsables del 55% de les estades hospitalàries i un 5% d'aquests pacients del 42%³².

Per identificar el pacient en el sistema i per mantenir-lo en

el radar sanitari, és imprescindible comptar amb un desenvolupament adequat de les TIC i uns SIS que permetin identificar el pacient a la història clínica mitjançant alarmes que orientin els professionals en el procés i que els facilitin la presa de decisions. Aquest aspecte és de vital importància per garantir l'atenció integrada.

B. Atenció a les persones amb malalties cròniques en els hospitals d'aguts

Els hospitals són estructures que generen una influència poderosa sobre el conjunt global del sistema sanitari. La seva eficàcia en la resolució d'algunes malalties agudes, sobretot quirúrgiques, els dona un gran prestigi social. Aquesta circumstància, però, no hauria d'amagar que hi ha dos problemes estructurals que dificulten l'atenció integral i coordinada a les persones amb cronicitat complexa i amb fragilitat: 1) la burocràcia interna que repercuteix en la qualitat dels serveis i en la seguretat dels pacients ingressats, i 2) la superioritat jeràrquica dels hospitals sobre el conjunt global del sistema que els manté allunyats de la realitat comunitària i de l'atenció primària³³. És important emfatitzar també en el tipus d'atenció orientada a la ràpida resolució i a les estades breus que no s'ajusta a les necessitats de les persones amb malalties cròniques complexes.

Els pacients crònics complexos (PCC), en ingressar a un hospital d'aguts, sovint presenten una major polifarmàcia i complicacions afegides al motiu que ocasiona l'ingrés. Entre aquests problemes, hi solen destacar: la pèrdua funcional, les caigudes, el deteriorament cognitiu, els dèficits auditiu i visual, l'insomni, la simptomatologia depressiva, la malnutrició, les úlceres cutànies. Tot això provoca dependència per a les activitats bàsiques de la vida diària (ABVD) o per a les activitats instrumentals de la vida diària (AIVD)³⁴.

Les persones de més de 65 anys suposen el 26% dels pacients que acudeixen a urgències hospitalàries i constitueixen el 40% dels ingressos hospitalaris per aquesta via³⁵; per aquest motiu, es fa imprescindible reorientar l'atenció per aconseguir millors

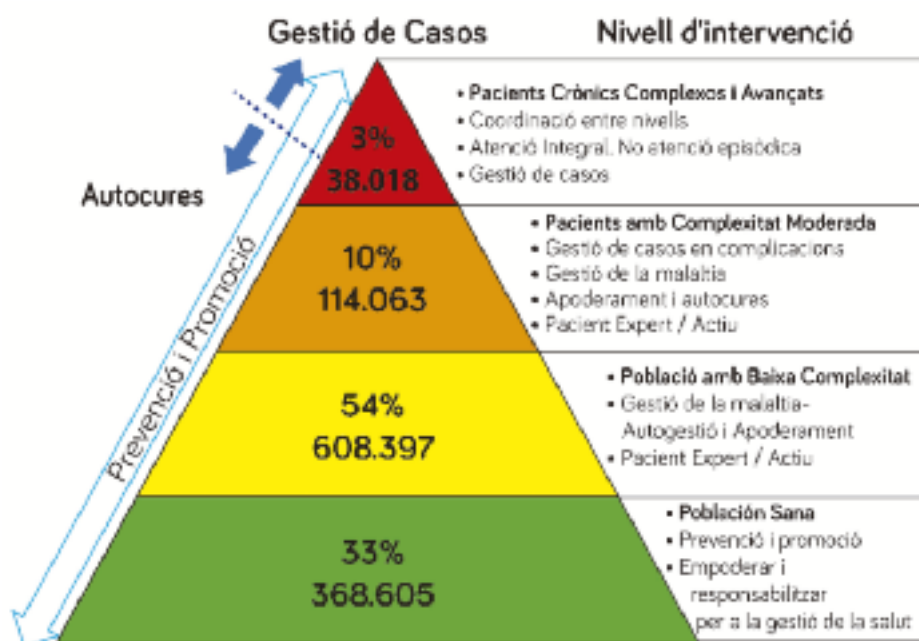


Fig. 4. Estratificació 2016 de les Illes Balears. Fuente: SIS del Servicio de Salud.

resultats a un menor cost en termes econòmics i de qualitat de vida.

Els treballs clàssics de Covinsky *et al.* i de Sager *et al.* fets per estudiar l'evolució funcional dels pacients majors de 70 anys ingressats a unitats de medicina interna, descriuen que el 31% i el 35% respectivament dels pacients donats d'alta presentaren un deteriorament funcional a l'alta hospitalària (DFH) global. Dades similars es varen obtenir en l'estudi HOPE, en què, a més, els pacients varen presentar una pèrdua funcional rellevant (el 40% dels que mostraren deteriorament a l'alta fou degut al deteriorament en tres o en més de tres de les ABVD). En un altre estudi, Zisberg *et al.* descriuen un 46% de DFH global en les persones de més de 70 anys ingressades en medicina interna. Segons aquest estudi, al mes de l'alta hospitalària, el 49% presentaven un deteriorament en alguna ABVD i el 57% en alguna AIVD. En estudis de seguiment als tres mesos, el 40% presentaven deteriorament en alguna AIVD i el 19% en les ABVD³⁶. A Espanya, Gutiérrez Rodríguez *et al.* varen descriure, el 1999, una incidència de deteriorament funcional a l'alta hospitalària (DFH) del 70,66% en una població de pacients majors de 65 anys amb un alt nivell d'independència en les ABVD, ingressats en una unitat hospitalària d'aguts. Al cap d'un mes, el deteriorament va persistir en el 29,3% dels subjectes³⁷.

El deteriorament funcional (DF) és una de les complicacions més importants de l'hospitalització per l'elevada freqüència i per les greus conseqüències que comporta com la dependència, la institucionalització, un major consum de recursos sanitaris i un augment de la mortalitat³⁶.

La prevenció de complicacions evitables en aquest perfil de població ha de ser un objectiu fonamental en l'atenció hospitalària, no només per millorar la qualitat assistencial, sinó per eficiència i sostenibilitat del sistema sanitari.

Es recomana la creació d'unitats específiques en els hospitals perquè els pacients grans amb pluripatologia siguin atesos en una estructura física adequada i per un equip interdisciplinari expert en cronicitat complexa, que potencii la mobilització, la deambulació precoç i la conservació de les ABVD, i que afavoreixi sempre la reintegració en el domicili³⁸.

En els hospitals d'aguts de la comunitat autònoma de les Illes Balears s'han implementat projectes molt interessants d'atenció al pacient amb insuficiència cardíaca, MPOC, malaltia renal crònica, ictus, etc., però no d'una

manera homogènia ni amb la coordinació necessària entre àmbits assistencials i serveis socials. És necessari emmarcar totes les actuacions en una atenció integral i coordinada i seguir les recomanacions amb una potent evidència científica de crear unitats i rutes específiques per als pacients amb una complexitat més gran.

C. Atenció a les persones amb malalties cròniques en els hospitals de cures intermèdies o d'estada mitjana

Les unitats d'estada mitjana o convalsència van ser definides per l'Insalud, el 1996, com el nivell assistencial hospitalari destinat a restablir les funcions, activitats o seqüeles, alterades com a resultat de diferents processos previs³⁹. Els objectius primordials d'aquestes unitats són la recuperació funcional i la reducció de la incidència d'institucionalització definitiva. La consecució d'aquests objectius s'han d'ajustar a un temps d'atenció no gaire prolongat, a fi d'augmentar l'eficiència d'aquestes unitats. En aquest sentit, l'avaluació de factors clínics, funcionals, mentals i socials és un dels aspectes bàsics per optimitzar el rendiment d'aquestes unitats. Alguns autors han postulat que l'aplicació de l'índex de Barthel podria ser un instrument d'avaluació eficaç en aquestes unitats, considerant que l'ingrés seria adequat mentre els pacients aconseguissin una millora de la situació funcional. No obstant això, tant el guany funcional com l'estada hospitalària i l'eficiència poden estar condicionades per la complexitat de les característiques dels pacients⁴⁰.

Les unitats d'estada mitjana o convalsència són el primer nivell assistencial que va ser avaluat i que compta amb el major grau d'evidència científica. Malgrat això, el grau de desenvolupament en els diferents sistemes sanitaris és més lent del que els seus beneficis establerts farien preveure. Aquestes unitats han demostrat, un any després de l'alta hospitalària, una reducció de la mortalitat del 23,8% en el grup de pacients tractats en la unitat ubicada en un hospital d'aguts enfront del 48,3% en el grup control tractat de manera convencional, una reducció de la institucionalització del 12,7% enfront del 30%, una millora de la situació funcional en les activitats bàsiques de la vida diària del 48,4% enfront del 25,4% i en les activitats instrumentals del 46,8% enfront del 30,5%, una millora de la situació cognitiva del 35,6% enfront del 22,4% i de l'afectiva del 42,4% enfront del 24,1%, i una reducció de l'estada hospitalària, reingressos i costos de la atenció⁴¹.

L'any 2002, coincidint amb l'obertura de l'Hospital Son Llàtzer, l'Hospital General i el Joan March acabaren la se-

va activitat com a hospitals d'aguts i iniciaren la reconversió en hospitals d'estada mitjana amb programes de convalsència, rehabilitació i cures pal·liatives dirigits a pacients amb malalties cròniques que necessitaven tractament, cures i/o rehabilitació després de l'ingrés en un hospital d'aguts. Paral·lelament, es creà el primer equip de suport domiciliari per a cures pal·liatives.

L'any 2010, el Servei de Salut va publicar "el Pla d'accions sanitàries a l'àmbit sociosanitari"⁴² amb la intenció de coordinar tots els recursos sociosanitaris. Desafortunadament el pla no va tenir una aplicació pràctica i se seguiren mantenint dispositius sense un projecte que preveïés l'accés als recursos sociosanitaris a tota la població de les Illes Balears.

Les amenaces de tancament dels hospitals d'estada mitjana o de cures intermèdies a la nostra Comunitat feren escac als hospitals General (HG) i Joan March (HJM). A l'HJM, a poc a poc, van anar desapareixent els programes i els protocols, a excepció del programa de RESC, que va seguir amb la mateixa metodologia i orientació adreçada als pacients amb una malaltia pulmonar obstructiva crònica de tota l'illa de Mallorca. L'Hospital General ha estat l'estendard de l'atenció a la cronicitat a la nostra Comunitat, ha sabut mantenir una estructura i una metodologia de treball orientada realment a les necessitats de les persones que necessitaven millorar la seva autonomia o fer una convalsència sense pèrdua de funcionalitat. La satisfacció dels pacients i de les seves famílies per l'atenció rebuda, tant a l'HG com a l'HJM, s'ha mantingut molt elevada gràcies a la gran professionalitat i humanització de l'atenció.

El suport dels hospitals Sant Joan de Déu i Creu Roja ha estat constant al llarg dels anys i han format part de la xarxa hospitalària pública atès que el seus models d'atenció i valors s'alineen perfectament amb l'atenció al Servei de Salut de les Illes Balears.

D. Atenció a les persones amb malalties cròniques a Atenció Primària

Els sistemes sanitaris orientats a Atenció Primària que centren l'atenció en les persones i les seves necessitats aconseguen millors resultats en salut a costos menors. Per millorar l'efectivitat clínica en el context actual de cronicitat i fragilitat i per reduir l'epidèmia de sobrediagnòstic i de sobreactuació mèdica, cal reforçar l'Atenció Primària. Barbara Starfield, tot un referent per a la gestió sanitària, va demostrar que l'Atenció Primària dona bons resultats

en salut amb costos menors i arriba a un major nombre de persones^{43,44}.

L'estratègia nacional per a l'abordatge de la cronicitat és contundent en afirmar que l'Atenció Primària és l'eix de l'atenció al pacient amb condicions de salut i limitacions en l'activitat de caràcter crònic i que és necessari impulsar el paper dels equips d'Atenció Primària i, en particular, dels professionals de medicina de família, de pediatria i d'infermeria, com a coordinadors dels processos d'atenció sanitària relacionats amb la cronicitat¹².

L'Organització Mundial de la Salut, en el document publicat per l'Organització Panamericana de la Salut el 2013, deixa clars els atributs d'una assistència eficaç per a les condicions cròniques¹⁹. Taula 2.

La crisi economico-financera que s'inicià l'any 2009 va provocar retalls agressius en el període 2011-2015 que

ATENCIÓN ANTICUADA	ATENCIÓN EFICAZ
• Centrada en la enfermedad	• Centrada en el paciente
• Atención especializada/hospitalaria	• Con base en la APS
• Centrada en los pacientes individuales	• Centrada en las necesidades de la población
• Reactiva, actúa según los síntomas	• Proactiva, planificada
• Centrada en el tratamiento	• Centrada en la prevención

Taula 2. Font: Organització Panamericana de la Salut. Cures innovadores per a les condicions cròniques: organització i prestació d'atenció d'alta qualitat a les malalties cròniques no transmissibles a les Amèriques. Washington DC. 2013.

abocaren l'Atenció Primària a una situació de dificultat i de disminució de l'accessibilitat als ciutadans. La situació de l'any 2015 es pot resumir en els punts següents:

- Menor accessibilitat i finançament de les activitats d'Educació per a la Salut durant el torn d'horabaixa pel tancament dels centres de salut a partir de les 17.30 h.
- Absència general de substitucions i temporalitat laboral.
- Falta de projecte per a l'Atenció Primària.
- Disminució de les activitats de promoció de la salut i prevenció de la malaltia.
- Manca d'inversió i escàs manteniment d'infraestructures dels centres transferits als hospitals, la qual cosa ha provocat un deteriorament progressiu no resolt en alguns sectors.
- Cap infraestructura nova en el període 2011-2015.
- Retalls en el Gabinet de Docència i Investigació que van produir una manca important en el suport tècnic.
- La mitjana de quota de pacients assignats al metge i a la infermera de família en les Balears és de les més altes d'Espanya.

- Disminució de l'activitat d'atenció domiciliària, programa que dona suport als pacients més fràgils que no es poden desplaçar al centre de salut per ser atesos. L'acompliment se situà, a finals de 2014, en un 58% de la població esperada, però encara és més alarmant que de tots els pacients inclosos en l'atenció domiciliària només el 13,22% tenen un test de Barthel per avaluar l'autonomia i quatre visites a l'any.

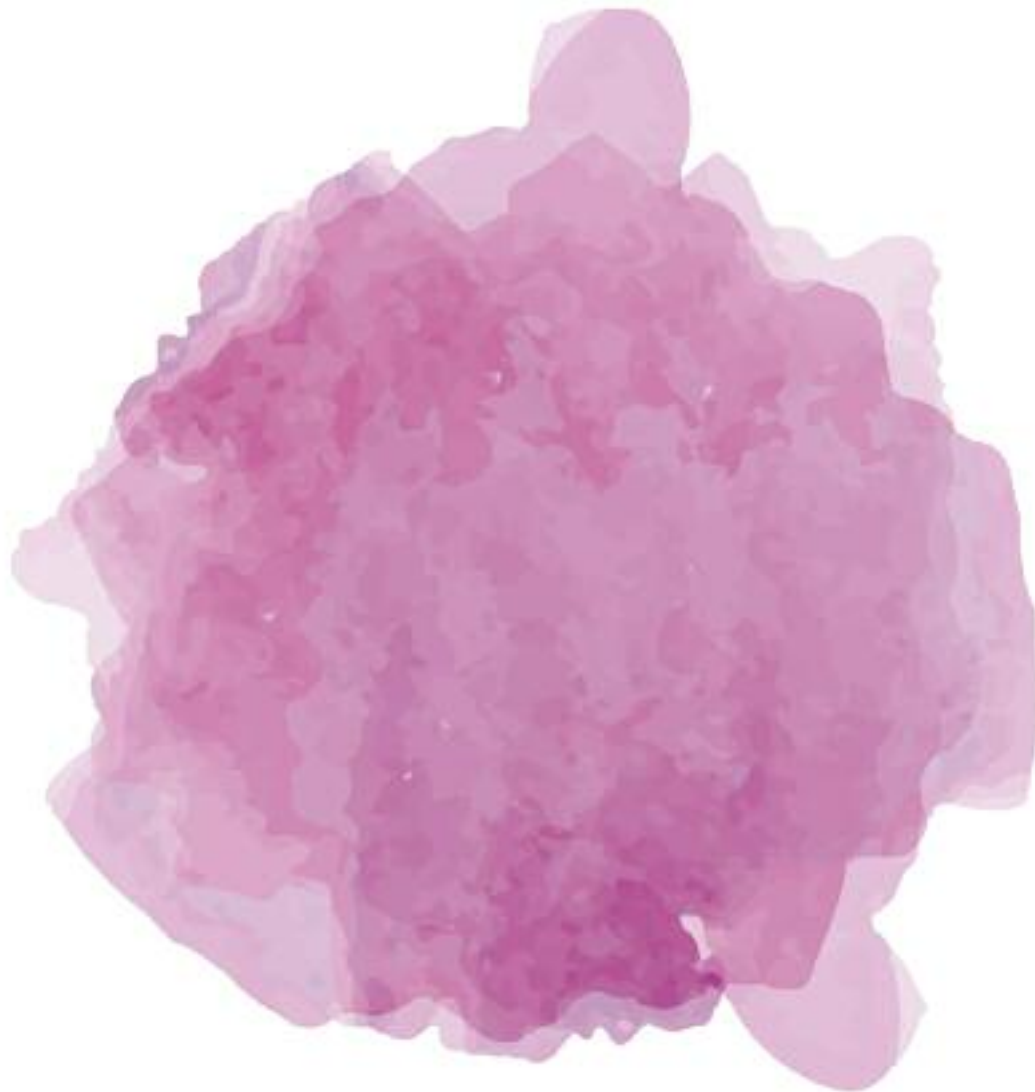
En resum, ens trobam una Atenció Primària aïllada del sistema, sense coordinació i sense el protagonisme que necessita per garantir una atenció de qualitat i més cost-efectiva. Malgrat el progressiu envelliment de la població, no s'ha impulsat cap acció per abordar la situació de cronicitat i l'envelliment de la població i s'ha deixat els ciutadans de les Balears en una situació d'inequitat respecte a la d'altres comunitats autònomes.

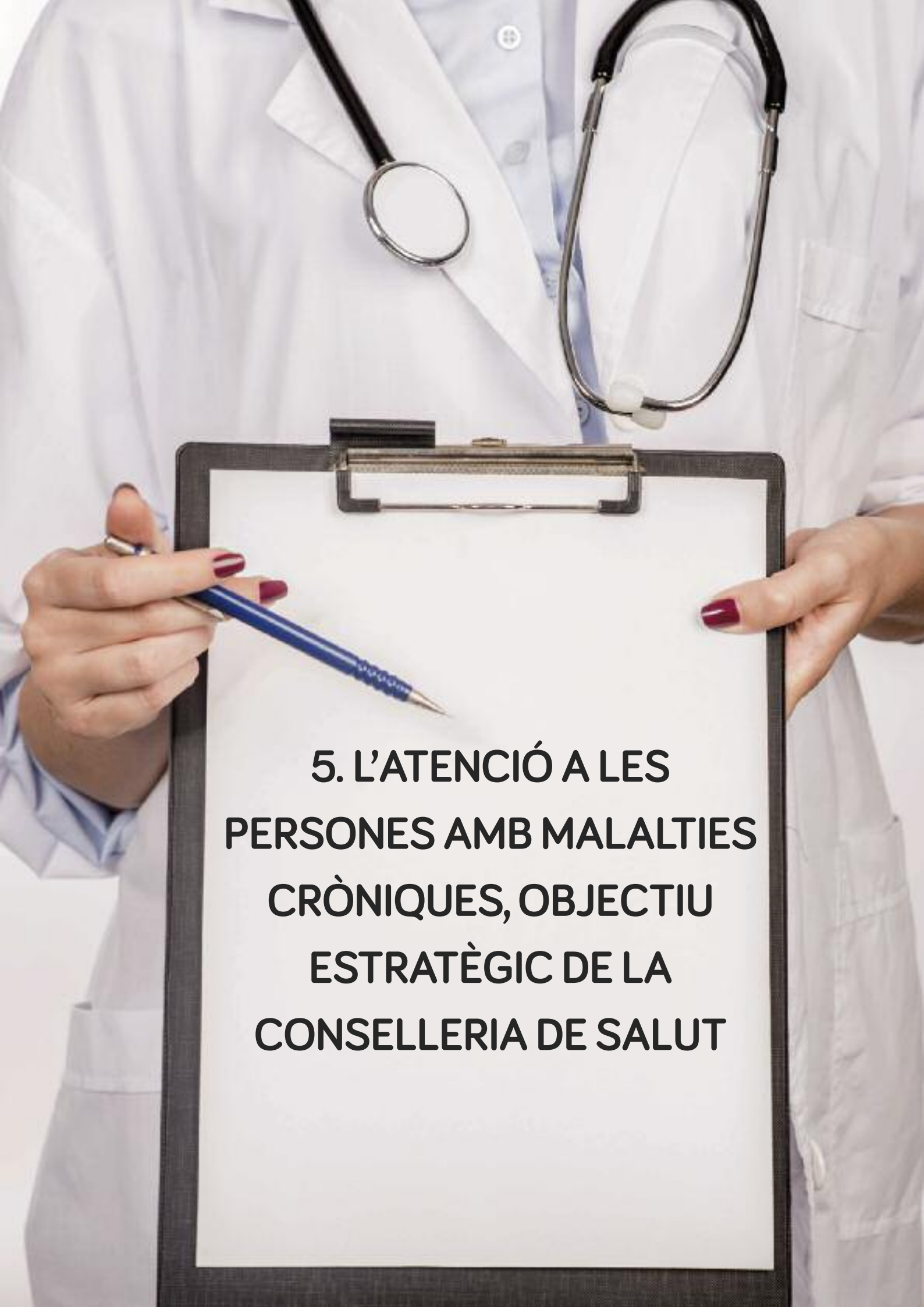
Una altra causa de sobrecàrrega de l'Atenció Primària ha estat el nul creixement de places residencials a la nostra Comunitat Autònoma, que ha suposat que els pacients en situació de dependència que sol·licitaven un recurs residencial haguessin d'esperar més de dos anys per accedir-hi. Aquesta situació ha obligat molts d'ancians a romandre

en domicilis que no reuniten les condicions de seguretat i confort mínim per falta de cuidador, per infraestructures inadequades o insuficients i/o per la presència de greus problemes econòmics.

La Conselleria de Salut té el ferm propòsit de potenciar l'Atenció Primària i de seguir les recomanacions de l'EAC del SNS:

- Aconseguir una organització innovadora amb capacitat resolutiva dels professionals d'Atenció Primària, especialment en els casos de pacients amb pluripatologia o d'especial complexitat i/o en situació pal·liativa.
- Prioritzar una atenció domiciliària proactiva que permeti el manteniment de les persones en el seu entorn de manera segura i potenciar l'actuació dels professionals d'infermeria d'Atenció Primària.
- Impulsar la participació i la co-responsabilitat de les persones amb malalties cròniques a través de la implementació del programa "Pacient actiu".
- Assegurar la coordinació assistencial per donar una resposta ràpida en el domicili, amb la intensitat que requereixi en cada moment i amb l'ús dels recursos més adequats en el cas de necessitar hospitalitzacions.





**5. L'ATENCIÓ A LES
PERSONES AMB MALALTIES
CRÒNIQUES, OBJECTIU
ESTRATÈGIC DE LA
CONSELLERIA DE SALUT**



5. L'ATENCIÓ A LES PERSONES AMB MALALTIES CRÒNIQUES, OBJECTIU ESTRATÈGIC DE LA CONSELLERIA DE SALUT

La meta 5 del Pla Estratègic de la Conselleria de Salut defineix el model d'atenció a la cronicitat, a la salut mental i a les malalties poc freqüents.

El 2015, s'inicià el disseny del mapa estratègic del Servei de Salut, en què queden reflectits tots els objectius estratègics i les accions que s'han d'implementar per dur-los a terme. L'atenció a les persones amb malalties cròniques és un objectiu clau en aquest mapa estratègic, que ha requerit un desenvolupament específic, tenint com a referència l'EAC del SNS i altres models d'atenció de provada eficàcia i exposats en aquest document.

Per abordar aquest objectiu estratègic d'atenció a la cronicitat es començà a dissenyar un projecte transversal adreçat a l'atenció integral dels pacients crònics complexos i avançats, en el qual es proposà avaluar la qualitat en termes de pèrdua/guany funcional amb l'índex de Barthel, el consum de recursos sanitaris en termes d'ingressos hospitalaris que es poden evitar i polifarmàcia, la institucionalització posterior i l'oferta de cures pal·liatives.

La finalitat del projecte és que el pacient crònic complex (PCC) i el pacient crònic avançat (PCA) rebin una atenció proactiva, resolutiva, adequada, eficient i satisfactòria en qualsevol moment i etapa de la vida, amb la intensitat que necessiti. Aquesta atenció s'ha de proporcionar en el dispositiu més adequat i el domicili és l'eix sobre el qual han de pivotar tots els recursos per millorar la qualitat de vida i els resultats en salut, a la vegada que assegura la sostenibilitat del sistema.

L'atenció d'aquests pacients requereix un canvi de model assistencial que afecta organitzacions sanitàries, professionals, pacients i persones cuidadores, per aquest motiu, es crea, l'any 2015, en el Servei de Salut de les Illes Balears la Subdirecció d'Atenció a la Cronicitat, Coordinació Sociosanitària, Salut Mental i Malalties poc Freqüents. Des d'aquesta Direcció, s'impulsa el disseny i la implementació del present Pla d'Atenció a les Persones amb Malalties Cròniques. El nou model organitzatiu assenta les seves bases en el desenvolupament i en la implementació de:

- Equips multiprofessionals amb àrees de coneixement específiques que treballen de manera interdisciplinària.
- Equips proactius en tots els àmbits assistencials per

aconseguir una identificació de les persones amb més risc, que permeti una actuació precoç per assegurar el màxim nivell d'autonomia possible de la persona.

- Valoració integral multidimensional realitzada per l'equip que inclogui les àrees clínica, funcional, cognitiva/emocional i social.
- Plans de cures individualitzats que permetin fixar objectius compartits per pacients i professionals en tot el procés assistencial.
- Coordinació assistencial eficaç.

El marc conceptual per al nou model d'atenció sanitària queda reflectit en el mapa estratègic d'atenció a la cronicitat de la Figura 5.



Fig. 5. Marc Conceptual de Atenció a la Cronicitat al Servei de Salut de les Illes Balears. Font: pròpia

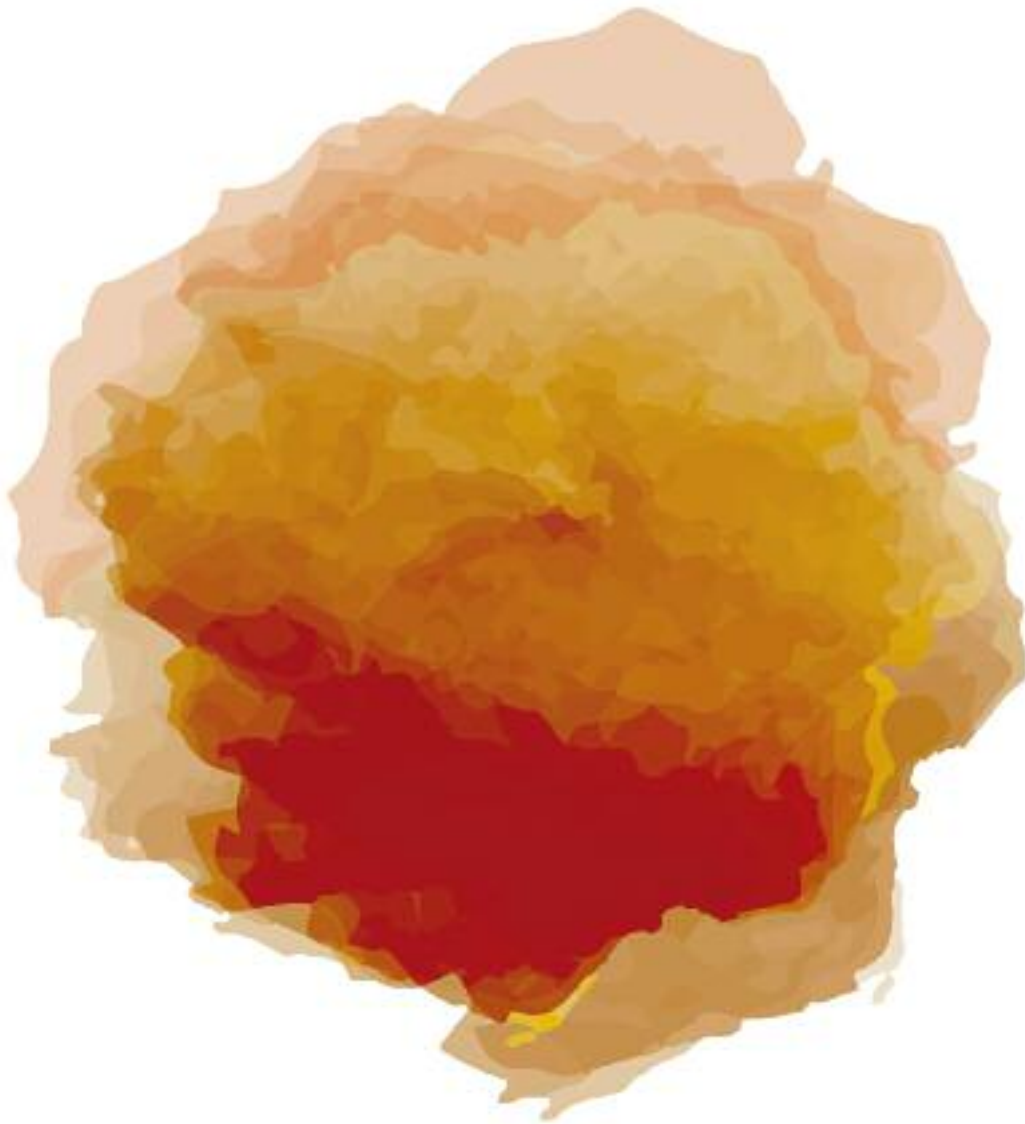
Per millorar l'atenció als pacients crònics complexos i avançats, s'han dissenyat els projectes següents:

1. Millora de la resolució de l'Atenció Primària, que ha de ser l'eix de l'atenció a les persones amb malalties cròniques
2. Creació de nous rols professionals: infermera gestora de casos en tots els àmbits sanitaris per garantir la continuïtat assistencial
3. Programa d'Atenció Domiciliària
4. Creació d'unitats de crònics complexos en els hospitals d'aguts
5. Creació d'unitats de crònics avançats en hospitals d'estada mitjana
6. Estratificació de la població en funció de la morbiditat i de la complexitat
7. Programa del pacient actiu



6. MISSIÓ, VISIÓ i VALORS





6. MISSIÓ, VISIÓ i VALORS

MISSIÓ

Millorar l'atenció sanitària a les persones amb malalties cròniques, tenint en compte les persones que les cuiden i les seves famílies, impulsant una atenció de qualitat, integral, transversal i sostenible.

VISIÓ

Proporcionar una atenció de qualitat, integral i coordinada a les persones amb malalties cròniques i a les seves famílies. S'ha de prestar l'atenció en l'àmbit més adequat i ha de ser prestada pel professional més preparat en el marc d'un equip multiprofessional.

VALORS

1. La persona i les seves necessitats són el centre del sistema
2. Atenció integral
3. La tecnologia i els SIS al servei de les persones i dels professionals
4. Accessibilitat
5. Equitat
6. Respecte a l'autonomia de les persones i al seu dret a decidir
7. Qualitat
8. Eficiència
9. Sostenibilitat
10. Innovació
11. Recerca
12. Ètica professional





7. OBJECTIUS I ACCIONS



7. OBJECTIUS I ACCIONS

A. Objectiu general

Gestionar la cronicitat i la complexitat de manera eficient i amb la millor evidència disponible, per assegurar una atenció sanitària de qualitat que doni respostes a les necessitats en salut de la nostra població en totes les etapes de la vida, essent eficients i assegurant la universalitat i la sostenibilitat del sistema sanitari.

B. Objectius específics

Objectiu 1. Identificar la població amb malalties cròniques en funció de la seva morbiditat per establir el grau d'atenció adequada

L'estratificació classifica la població en grups en funció de la morbiditat i de la complexitat i permet identificar les persones segons les seves necessitats i, d'aquesta manera, ens podem anticipar a les complicacions i a les reaguditzacions. Pel fet de tenir aquesta eina una visió poblacional, també permet planificar els recursos necessaris i definir el lloc en el qual, preferentment, ha de ser atès el pacient. La identificació de les persones amb una major complexitat permet una actuació proactiva i el disseny d'un pla d'actuació integral per prevenir complicacions, donar suport a la persona i facilitar la seva autonomia en la mesura del que sigui possible.

Accions

1.1 Automatitzar l'estratificació de pacients a partir del GMA i efectuar-la cada sis mesos.

1.2 Proporcionar, en la història clínica informatitzada d'Atenció Primària (e-siap), un sistema de marcatge dels pacients crònics amb les alarmes següents: PCC Pacient Crònic Complex i PCA Pacient Crònic Avançat. Visibles per a tots els professionals sanitaris.

1.3 Estendre aquestes alarmes a tots els sistemes locals de manera que puguin ser consultats i modificats des de qualsevol nivell assistencial.

1.4 Oferir al professional sanitari el valor d'estratificació automàtic suggerit pel GMA que permeti identificar les necessitats de salut de les persones i planificar els recursos necessaris.

1.5 Proporcionar les piràmides de la població assignada als metges i a les infermeres d'Atenció Primària perquè puguin dur a terme actuacions proactives, especialment amb les persones amb una complexitat major, amb l'objectiu d'evitar complicacions.

1.6 Pressupostar el capítol IV (farmàcia comunitària) amb les dades de morbiditat de la piràmide de grups de morbiditat ajustats.

Objectiu 2. Millorar la salut de les persones amb problemes de salut crònics de les Illes Balears, de les seves famílies i de les persones cuidadores a través de la formació entre iguals en el marc del Programa de pacient actiu

Cal donar resposta a les demandes generades per la cronicitat i apoderar la ciutadania. L'apoderament consisteix a desenvolupar les habilitats i enfortir les capacitats de les persones i de les comunitats per millorar i mantenir la seva salut i la capacitat funcional al llarg de tota la vida, i desenvolupar condicions i estils de vida saludables⁴⁵.

Els programes adreçats a potenciar l'autocura faciliten l'apoderament del pacient amb relació al seu procés de salut-malaltia. A més, creen un espai en el qual la persona pot identificar millor els seus recursos personals per afrontar la malaltia. El pacient és més conscient del seu problema de salut i està més compromès amb la millora de la salut i amb l'assistència que rep, i presenta, a més, un millor acompliment terapèutic⁴⁵.

Per dur a terme aquests programes, cal sensibilitzar i conscienciar els professionals cap a aquest nou enfocament, necessari en l'atenció a les persones amb malalties cròniques, ja que repercuteixen directament en la seva qualitat de vida.

Aquests programes es basen en la col·laboració pacient-professional i en el treball en equip. Són diferents de l'educació simple i de l'entrenament d'habilitats dels pacients que s'ha fet fins ara. Els pacients, en aquests programes, assumeixen una funció activa en la gestió de la seva malaltia, ajuden altres persones que tenen el mateix diagnòstic i fan una funció important de sensibilització social i de suport¹⁴.

Accions

2.1 Fer partícips els pacients i les associacions de pacients del disseny i de la implementació del programa.

2.2 Desenvolupar el programa de pacient actiu en el marc de l'Escola de Salut.

2.3 Dissenyar la formació específica dels tres àmbits d'intervenció del projecte: professionals sanitaris co-líders del

projecte, pacients que han de ser actius i líders en el futur, pacients que rebran la formació entre iguals.

2.4 Efectuar la difusió entre les associacions i els pacients per motivar a començar la formació.

2.5 Identificar persones amb problemes de salut crònics que siguin actives en el procés de la seva malaltia i que puguin participar com a formadors entre iguals.

2.6 Capacitar els pacients i les persones cuidadores com a formadors (pacient actiu) perquè puguin desenvolupar un programa de formació entre iguals.

2.7 Impulsar estratègies de difusió i de sensibilització als professionals sanitaris en tots els àmbits sanitaris.

2.8 Facilitar l'ús de noves tecnologies per millorar la gestió de la malaltia.

2.9 Desenvolupar els sistemes d'informació i les TIC perquè el pacient pugui accedir a la seva història clínica amb totes les mesures de seguretat i efectuar els tests i les escales de valoració necessaris per a l'avaluació de la formació a curt, a mitjan i a llarg termini.

Objectiu 3. Implementar el projecte d'atenció al pacient crònic complex i avançat en tots els àmbits assistencials del Servei de Salut de les Illes Balears

Els canvis demogràfics dels darrers anys han fet que el sistema de salut atengui cada vegada més un major nombre de pacients d'edat avançada amb pluripatologia i dependència funcional progressiva. El model actual d'atenció, orientat a l'atenció de pacients amb problemes aguts, no dona una resposta adequada a les necessitats d'aquests pacients, és necessari fer canvis en el model organitzatiu que s'adaptin a aquesta nova i emergent realitat⁴⁶

Els pacients crònics complexos són persones amb una o més patologies cròniques d'òrgan, símptomes continus i descompensacions freqüents amb un risc alt de pèrdua funcional i/o cognitiva.

Seguint les recomanacions de l'estratègia nacional per a l'abordatge de la cronicitat, es planteja un projecte d'atenció al pacient crònic complex i avançat centrat a Atenció Primària i que el principal objectiu del qual sigui millorar la qualitat de l'atenció als pacients crònics complexos i avançats, a les persones que en tenen cura i a les seves famílies, i mantenir-los, el màxim temps possible, en l'entorn comunitari i amb la millor qualitat de vida possible.

En aquest marc, també s'impulsa la creació d'unitats

d'hospitalització específiques en els hospitals d'aguts, la creació de rutes assistencials diferenciades i una coordinació estreta d'aquesta unitat a través de la gestió de casos, amb l'objectiu d'evitar, en la mesura del que sigui possible, el deteriorament funcional i/o cognitiu durant l'ingrés a l'hospital i que puguin tornar al seu domicili al més aviat i en les millors condicions d'autonomia possibles.

Tot això implica un canvi de model de prestació de serveis sanitaris que requereix la motivació i la formació dels professionals de referència, la creació de nous rols, com el de la infermera gestora de casos (IGC) i la potenciació dels hospitals de cures intermèdies o d'estada mitjana com hospitals rehabilitadors que poden donar suport també a Atenció Primària i a l'hospital d'aguts a través dels diferents programes d'atenció com ortogeriatria, pluripatològic, RESC, convallescència, neurorehabilitació, etc.

Accions

3.1 Dissenyar el projecte d'atenció al pacient crònic o complex i avançat.

3.2 Difondre el projecte en tots els àmbits i implicar els equips directius i els professionals.

3.3 Planificar la formació sobre cronicitat complexa i avançada en els equips d'Atenció Primària, en els serveis d'urgències d'Atenció Primària, en el O61, en atenció hospitalària d'aguts i de mitjana estada.

3.4 Impulsar la creació de comissions de cronicitat sectorials per avançar en el projecte de manera coordinada i transversal.

3.5 Definir els circuits en funció de la realitat de cada sector i de cada àrea de salut.

3.6 Impulsar una atenció primària resolutive en la qual el metge de família sigui el referent de la persona amb processos crònics pel fet de ser el professional que coneix millor el pacient i el seu entorn i perquè és el que està més capacitada per dur a terme el control i el seguiment en l'àmbit comunitari.

3.7 Assegurar que cada centre de salut compti amb un internista o un geriatre de referència.

3.8 Dur a terme tallers per a les persones cuidadores de pacients crònics complexos i avançats per millorar la seva qualitat de vida.

3.9 Desenvolupar les competències de la infermera comunitària per fomentar l'autonomia i l'autocura del pacient, de la persona cuidadora i de la família, facilitant el coneixements i les habilitats necessaris per aconseguir una gestió adequada de la salut.

3.10 Facilitar les ajudes tècniques i els recursos necessaris mitjançant els circuits establerts.

3.11 Crear les unitats de crònics complexos en tots els hospitals d'aguts.

3.12 Implementar la consulta de resolució ràpida per evitar visites a urgències o ingressos hospitalaris de pacients en la mesura del que sigui possible. Aquesta consulta és un suport important per al metge de família davant una reagudització d'un pacient crònic complex.

3.13 Crear unitats de pacients crònics avançats en els hospitals de mitjana estada i establir un circuit amb Atenció Primària i amb el O61 perquè el pacient, davant una descompensació, pugui ingressar i rebre una atenció adequada sense passar per Urgències.

3.14 Crear la Unitat Ambulatoria d'Estimulació Cognitiva a l'Hospital General.

3.15 Posar en funcionament l'Hospital de Dia Avaluator i Rehabilitador a l'Hospital General.

3.16 Definir els processos assistencials dels hospitals d'aguts i d'estada mitjana.

3.17 Evitar la polimediació per prevenir activament les caigudes, el deteriorament funcional i cognitiu i altres reaccions adverses a medicaments (RAM)

3.18 Impulsar el cribratge nutricional i una valoració adequada de la Desnutrició Relacionada amb la Malaltia, per detectar situacions de risc o desnutrició i efectuar un seguiment.

3.18 Establir una coordinació eficaç amb els dispositius socials per solucionar la problemàtica social, especialment en els pacients amb gran dependència.

3.20 Aconseguir que tots els equips d'Atenció Primària i hospitalaris que atenguin PCC i PCA tinguin formació bàsica en cures pal·liatives per assegurar una atenció pal·liativa en tots els recursos i àmbits, i adequar la intensitat a les necessitats de cada moment evolutiu.

3.21 Establir un circuit directe de derivació des del domicili a les unitats de cures pal·liatives juntament amb els hospitals d'estada mitjana, O61 i Atenció Primària.

3.22 Impulsar la planificació anticipada de les decisions en el PCA per centrar l'atenció en el pacient i en la família i evitar intervencions indesitjables en fases avançades de la malaltia.

3.23 Implicar el O61 perquè efectui la gestió de les rutes establertes quan un pacient crònic complex o avançat es descompensa o pateix una reagudització.

3.24 Difondre el projecte d'atenció a pacients crònics complexos i avançats i de cures pal·liatives entre els pacients i els ciutadans.

3.25 Crear un registre de pacients de més de 65 anys amb més de dos ingressos hospitalaris no programats durant el darrer any per dur a terme una intervenció proactiva que prevengui els ingressos.

3.26 Desenvolupar les TIC per establir un quadre de comandaments que permeti el seguiment del projecte i la creació de registres específics.

3.27 Establir una gestió col·laboradora amb els serveis socials per disminuir les estades hospitalàries innecessàries de pacients per problemes de recursos socials.

Objectiu 4. Implementar el projecte Infermera Gestora de Casos, garantia de coordinació i de continuïtat assistencial en tots els àmbits assistencials del Servei de Salut de les Illes Balears.

La manca de coordinació sanitària repercuteix en la qualitat de l'atenció, en la seguretat clínica i en els costos sanitaris²¹. La infermera gestora de casos ha d'assegurar la coordinació i la gestió global, facilitar la continuïtat de les cures de manera coordinada i planificada i garantir l'accés a les ajudes tècniques i als recursos més adequats.

Accions

4.1 Dissenyar el projecte de gestió de casos per assegurar la continuïtat assistencial i la coordinació eficaç.

4.2 Difondre el projecte en tots els àmbits i implicar els equips directius i els professionals assistencials.

4.3 Definir el nou rol d'infermera gestora de casos a tots els àmbits assistencials i crear el lloc d'infermera gestora de casos d'hospital i d'infermera gestora de casos comunitària.

4.4 Dissenyar la formació que han de rebre les IGC per desenvolupar, de manera eficaç, la seva competència i el nou rol.

4.5 Realitzar dues edicions del curs de formació d'IGC anuals fins a l'any 2018.

4.6 Definir els circuits d'atenció en funció de la realitat de cada sector i àrea de salut.

4.7 Implementar la gestió de casos en tots els àmbits assistencials.

4.8 Assegurar la coordinació entre Atenció Primària i hospitalària amb els mitjans tecnològics adequats.

Objectiu 5. Dissenyar un projecte per a l'atenció d'infants i d'adolescents amb problemes de salut crònics complexos i/o avançats, tenint en compte la coordinació necessària entre Salut, Serveis Socials i Educació, per garantir a l'infant i a la seva família una infància i una escolarització el més normalitzada possible.

L'augment progressiu d'infants amb malalties cròniques complexes i el grau de satisfacció dels infants i de les famílies pel que fa al model d'atenció ens fa plantejar el desenvolupament

lupament d'un projecte específic que pugui donar respostes coordinades i eficients a aquests infants i a les seves famílies.

La cronicitat complexa en els infants es produeix en un nombre de malalties poc prevalent i, moltes vegades, poc freqüents. Aquesta característica dificulta l'establiment de protocols estandarditzats, per la qual cosa és necessari dur a terme una gestió individualitzada i integral de cada cas. Per aquest motiu, el contacte d'aquests pacients amb l'hospital és freqüent i es generen múltiples consultes a diferents especialitats i ingressos hospitalaris freqüents.

També és important tenir en compte l'impacte que tenen sobre la salut de l'infant malalt els determinants socials com la pobresa, la precarietat laboral dels progenitors o dels tutors, la qualitat de l'habitatge, l'entorn residencial i el nivell educatiu⁴⁷.

Tal com reconeix l'Acadèmia Americana de Pediatria (AAP), el diagnòstic d'una malaltia incurable o una situació clínica irreversible fa al pacient tributari d'una atenció paliativa. En cada moment de l'evolució, pot requerir recursos assistencials diferents⁴⁸.

Hi ha una àmplia varietat de malalties susceptibles de rebre cures pal·liatives (neurològiques, metabòliques, cromosòmiques, cardiològiques, respiratòries, etc.), la durada de les quals és impredecible. Moltes d'aquestes malalties pertanyen al grup de les denominades malalties rares i de caràcter familiar, algunes d'elles sense diagnòstic. És important identificar tots els infants amb malalties cròniques complexes que requereixen una atenció integral i coordinada, amb una gestió de casos eficaç i una mirada paliativa, que no és exclouent mai d'un tractament actiu.

La unitat de cures pal·liatives pediàtriques, molt orientada als infants amb aquest perfil de malalties cròniques complexes a la infància, té com a missió proporcionar qualitat de vida als infants que tenen un diagnòstic de malaltia que amenaça o limita la seva vida i a les seves famílies i poder-los proporcionar cures integrals en les seves quatre esferes perquè puguin participar en les seves cures de manera plena. Per desenvolupar aquesta labor, és important comptar amb els pediatres i amb les infermeres de pediatria d'Atenció Primària per assegurar a l'infant i a la família una continuïtat assistencial. En el cas dels infants també és imprescindible que el sistema de salut es coordini amb el sistema educatiu i social per garantir a l'infant una infància i una escolarització el més normalitzada possible.

També és important tenir present la prevalença d'alteració o de trastorn del desenvolupament infantil, que se situa en un 7,5% en els infants menors de 6 anys. Quant als menors de 15 anys, la prevalença s'estima en un 5,6%⁴⁹.

Accions

5.1 Reactivar la comissió tècnica entre Salut i Educació per impulsar accions de promoció i d'atenció sanitària coordinades i eficaces en els centres educatius.

5.2 Implementar el protocol de comunicació i d'atenció dels infants i adolescents amb problemes de salut crònics en els centres educatius.

5.3 Dur a terme una formació específica als professionals i als docents per assegurar que l'infant rebi una atenció de qualitat a l'escola i en el domicili.

5.4 Potenciar el Centre Coordinador d'Atenció Primària per al desenvolupament infantil (CAPDI).

5.5 Crear una comissió amb la participació de professionals i de ciutadans per desenvolupar un projecte d'atenció integral i coordinat de la cronicitat pediàtrica complexa.

5.6 Realitzar canvis organitzatius per assegurar una atenció integral a l'infant amb una malaltia crònica complexa i/o avançada.

5.7 Implementar la gestió de casos per als infants amb una malaltia complexa i/o avançada.

Objectiu 6. Impulsar una coordinació eficaç entre els serveis sanitaris i els serveis socials amb l'objectiu d'assegurar una atenció integral

El Pla d'accions sanitàries en l'àmbit sociosanitari del Servei de Salut 2010-2014 deixa patent la necessitat de coordinació i de col·laboració entre els serveis de salut i els socials. Per donar respostes a aquest perfil de persones en situació de complexitat i dependència, amb importants necessitats sanitàries i socials, s'ha d'impulsar la cooperació multiprofessional i assegurar la continuïtat de les cures, amb la finalitat d'evitar els solapaments i les mancances en l'obtenció de serveis. Per assolir aquests objectius, és fonamental compartir els sistemes d'informació⁴².

Les persones que requereixen cures constants i professionalitzades, que no tenen un suport familiar o social per poder viure en el seu domicili i que estan a l'espera d'una residència, han de rebre una resposta equitativa i coordinada.

Accions

6.1 Establir canals de comunicació i projectes comuns

amb la Conselleria de Serveis Socials i amb els Consells de Mallorca, de Menorca i d'Eivissa.

6.2 Impulsar una gestió col·laboradora i coordinada des del Servei de Salut amb els Serveis Socials mitjançant la gestió de casos i el desenvolupament competencial dels treballadors socials.

6.3 Impulsar convenis per aconseguir una gestió col·laboradora i coordinada, especialment a les àrees amb més manca de recursos socio-sanitaris.

6.4 Assegurar la contractació d'un treballador social per facilitar l'accés als recursos socials de les persones que romanguin ingressades als hospitals únicament per estar pendents d'accedir a una plaça residencial o a un recurs social.

6.5 Impulsar el projecte d'atenció als pacients amb demència associada a un trastorn de conducta entre els serveis de Neurologia, Psiquiatria, hospitals d'estada mitjana i serveis socials.

6.6 Promoure la sortida del psiquiàtric de les persones sense criteris d'ingrés a l'hospital, i facilitar-los el millor recurs social.

6.7 Mantenir les reunions periòdiques amb els Consells Insulars i la Direcció General de Dependència i Cooperació per avançar en l'atenció integrada i en l'accés a recursos socials de tots els àmbits d'atenció.

Objectiu 7. Implementar el programa d'Atenció Domiciliària per millorar la qualitat assistencial i la seguretat dels pacients amb malalties cròniques complexes i/o avançades o que requereixen atenció sanitària i que tenen dificultats per desplaçar-se al centre de salut

L'envelliment, l'augment de la prevalença de les malalties cròniques complexes i l'augment de l'esperança de vida han provocat un increment important de persones que pateixen una situació de dependència i de discapacitat. L'objectiu principal del Programa d'Atenció Domiciliària és mantenir la màxima autonomia de la persona i prevenir i retardar el deteriorament funcional i les complicacions potencials⁵⁰.

Aquestes persones necessiten algú que els ajudi contínuament per a la realització de les activitats de la vida diària. Les persones cuidadores dels pacients malalts i amb problemes d'autonomia pateixen també una gran càrrega derivada d'aquesta cura, per la qual cosa també són objecte del programa d'atenció domiciliària.

Accions

7.1 Dissenyar i difondre el programa d'atenció domiciliària.

7.2 Identificar la població diana de manera proactiva per part de metges de família, infermeres i infermeres gestores de casos utilitzant l'eina de classificació dels grups de morbiditat ajustats (GMA).

7.3 Desenvolupar objectius i indicadors específics d'atenció domiciliària en els contractes de gestió d'Atenció Primària.

7.4 Difondre entre els professionals i els ciutadans el Programa d'Atenció Domiciliària.

7.5 Impulsar jornades de treball i de discussió sobre atenció domiciliària.

7.6 Impulsar mesures organitzatives innovadores que facilitin l'atenció domiciliària.

7.7 Desenvolupar les competències professionals de les infermeres d'Atenció Primària per assegurar una atenció domiciliària proactiva integral i de qualitat.

7.8 Implementar la gestió de casos per prestar suport i facilitar la implementació del programa d'atenció domiciliària.

Objectiu 8. Realitzar una planificació dels recursos socio-sanitaris d'estada mitjana en el Sistema de Salut tenint en compte les projeccions de població i envelliment de l'Institut Nacional d'Estadística i de l'Institut Balear d'Estadística

És fonamental planificar els recursos necessaris d'infraestructures i de serveis per atendre, de manera eficient, les persones amb malalties cròniques, especialment les més fràgils i amb una major complexitat a partir d'una anàlisi de la situació.

L'objectiu principal de les unitats d'estada mitjana és rehabilitador, de promoció de l'autonomia i de reinserció en la comunitat després d'un procés agut o d'una complicació de la malaltia crònica.

Les Unitats d'Estada Mitjana (Convalescència i Rehabilitació) constitueixen una peça clau en l'eficàcia de l'assistència a aquests pacients, ja que prioritzen la recuperació funcional dels ancians amb incapacitat o amb un deteriorament inicialment reversible; però, també, administren cures adreçades a l'adaptació dels pacients a la incapacitat, la implicació i l'aprenentatge de familiars en la cura de persones grans incapacitades, la cura i la cicatrització d'úlceres i ferides, la planificació de la ubicació definitiva a l'alta hospitalària, l'avaluació de les síndromes geriàtriques i, fins i tot, l'estabilització clínica de malalties en fase subaguda⁵¹.

Es recomana que un terç d'aquestes places sigui destinat a persones amb processos subaguts, amb alguna malaltia

crònica evolutiva o a pacients postaguts complexos en una situació de malaltia prèvia, ja avaluats i diagnosticats, amb necessitats de rehabilitació i amb una morbiditat, re-agudització i mortalitat altes, que requereixin intensitat terapèutica i un temps més llarg per recuperar-se.

En virtut d'aquestes dades es proposa (fent referència a l'informe del Defensor del Poble publicat l'any 2000) que:

- Hi hagi d'haver una unitat d'estada mitjana per cada hospital general, amb una total recomanació de ser adscrita al Servei de Geriatria o a la Unitat de Crònics complexos.
- Es garanteixi l'equitat en l'accés a les unitats d'estada mitjana i convalsència.
- S'atenueï l'enorme variabilitat interterritorial millorant la provisió de recursos en les zones que en tenen una carència.
- Les persones grans que resideixen a la Comunitat han de tenir accés al nivell geriàtric amb una dedicació més alta a la recuperació funcional.

Segons un informe de la Societat Espanyola de Geriatria i Gerontologia, múltiples estudis han utilitzat diverses ràtios per estimar les necessitats actuals i futures d'aquest tipus de recurs en el nostre país. Aquests estudis tenen com a referència els que s'han dut a terme a altres països: la British Geriatric Society estimava, el 1990, una ràtio de 2,5 llits d'estada mitjana per cada 1.000 habitants > 65 anys, i l'informe de l'INSALUD, el 1995, estimava una necessitat de 0,93 llits d'estada mitjana per cada 1.000 habitants > 65 anys⁵¹. És necessari tenir en compte els dos criteris i situar-los en cada context d'envelliment.

Accions

- 8.1** Realitzar la planificació per sectors i àrees dels recursos sanitaris de mitjana estada i de cures pal·liatives.
- 8.2** Planificar unitats de recuperació i de rehabilitació cognitiva i funcional.
- 8.3** Efectuar el pla funcional de la Unitat d'Estada Mitjana de l'Hospital Can Misses a Eivissa i el procés de rehabilitació de l'edifici.
- 8.4** Realitzar el pla funcional de l'Hospital Verge del Toro de Menorca i el procés de rehabilitació de l'edifici.
- 8.5** Impulsar convenis per assegurar que tots els sectors i àrees disposen de llits d'estada mitjana que permetin una convalsència i rehabilitació en l'àmbit més adequat.
- 8.6** Realitzar el pla funcional del complex de Son Dureta i el procés de rehabilitació/construcció dels edificis per aconseguir una atenció integral i equitativa per als pacients crònics complexos i avançats.

Objectiu 9. Augmentar la capacitat de resolució de l'Atenció Primària

L'Atenció Primària de Salut és la clau per a l'atenció de les persones amb malalties cròniques. Els professionals sanitaris d'Atenció Primària (AP) han de liderar el procés assistencial i han de garantir-ne la continuïtat al llarg de la seva vida⁴.

Els professionals d'AP han de disposar d'una major capacitat de resolució per resoldre directament els problemes de salut de les persones amb malalties cròniques, de manera que els permeti desenvolupar funcions específiques en la promoció de la salut i prevenció de la cronicitat en l'àmbit comunitari, en la identificació precoç de pacients crònics, en el suport dels pacients i cuidadors, en la supervisió de l'adherència terapèutica, en la seguretat del pacient, en la gestió de casos, i en la utilització de recursos comunitaris, entre d'altres.

La capacitat de resolució s'ha d'adaptar a les necessitats dels pacients/ciudadans i ha de permetre que els professionals d'AP desenvolupin la tasca assistencial amb una visió més global i integrada entre les necessitats físiques, psíquiques i socials, seguint l'enfocament biopsicosocial proposat per Engel, que defineix els factors biològics, psicològics i socials com a principals determinants de la salut i de la malaltia⁵².

Accions

- 9.1** Augmentar progressivament el pressupost destinat a Atenció Primària fins aconseguir els recursos materials i humans suficients, i assignar quotes als professionals tenint en compte la càrrega de morbiditat (GMA) i altres factors clau com els determinants socials.
- 9.2** Adequar l'organització dels centres de salut i redefinir els rols dels professionals per aconseguir que cada un d'ells faci el que li permeti la seva capacitat i que sigui més eficient per respondre les necessitats de la població.
- 9.3** Afavorir models de gestió descentralitzats amb líders clínics.
- 9.4** Reordenar l'atenció continuada i afavorir la resolució de la urgència en el primer nivell assistencial.
- 9.5** Propiciar que el metge i l'infermer d'Atenció Primària siguin els coordinadors de l'atenció dels pacients en el sistema sanitari.
- 9.6** Vetlar per l'autonomia del pacient i per promoure la presa de decisions compartides, s'ha de incloure la participació dels pacients en la gestió i el control de la seva malaltia.

9.7 Afavorir i incrementar activitats de promoció de la salut i de prevenció de la malaltia.

9.8 Afavorir i incrementar les activitats comunitàries.

9.9 Adequar la tecnologia d'Atenció Primària a la seva capacitat de resolució, implementar el Pla de Renovació Tecnològica d'Atenció Primària.

9.10 Vetlar per l'ús de la tecnologia implementada amb criteris de qualitat i eficiència.

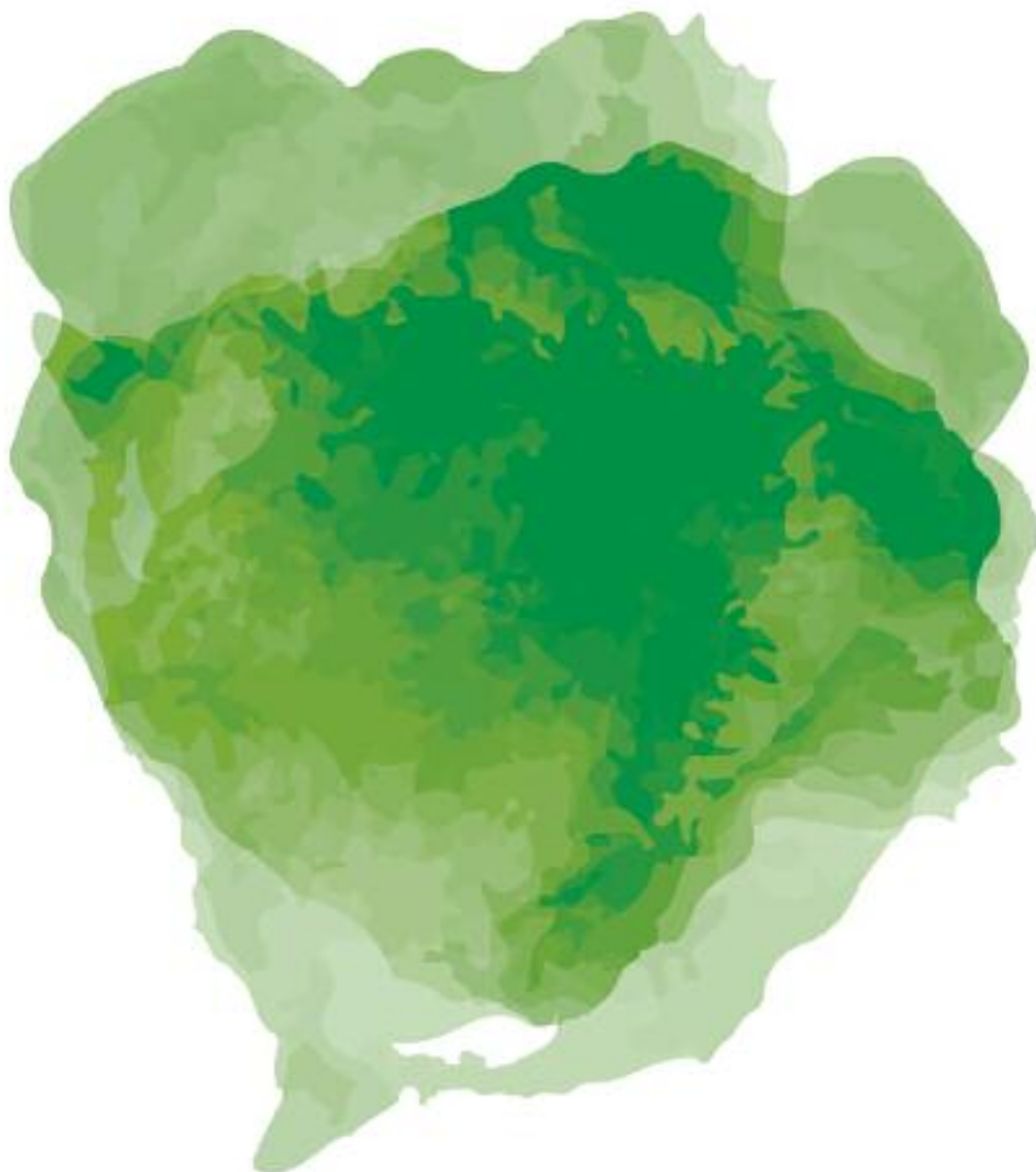
9.11 Facilitar l'accés protocol·litzat al catàleg de proves

complementàries en igualtat de condicions que a l'àmbit hospitalari.

9.12 Garantir la qualitat en l'atenció, disminuir la variabilitat i garantir la seguretat del pacient, consensuant vies clíniques i protocols amb el suport tècnic adequat.

9.13 Assegurar l'ús racional dels medicaments.

9.14 Implementar la renovació de la història clínica electrònica d'Atenció Primària i la història clínica integrada.



8. MEMÒRIA ECONÒMICA DEL PLA D'ATENCIÓ A LA CRONICITAT





8. MEMÒRIA ECONÒMICA DEL PLA D'ATENCIÓ A LA CRONICITAT

El pressupost estimat necessari per dur endavant aquest "Pla d'Atenció a les Persones amb Malalties Cròniques 2016-2021" s'ha elaborat tenint en compte les premisses següents:

- Funcionament al 100% del Pla, malgrat que som conscients que un pla d'aquesta magnitud s'ha de posar en marxa al llarg dels anys. Algunes actuacions ja s'han començat a efectuar els anys 2016 i 2017.
- El pressupost del capítol I estimat correspon al cost dels recursos humans.
- El pressupost del capítol II estimat és el cost d'assegurar l'estada mitjana a les comarques de Tramuntana i de Llevant (Mallorca), i a Menorca, fonamentalment mitjançant acords/convenis amb altres entitats.
- El pressupost del capítol VI (Inversions) estimat és el que es correspon amb les accions per agençar les infraestructures i/o els espais corresponents on s'han de fer les accions. S'entén que aquesta despesa només es produirà una vegada.

El pressupost estimat necessari per dur endavant aquest "Pla d'Atenció a les persones amb malalties cròniques 2016-2021" és el següent:

1. CAPÍTOL I (RECURSOS HUMANS): 3,9 M€

1.1 Equip d'implementació del Projecte Cronicitat i Pacient Actiu en els Serveis Centrals del Servei de Salut: 0,5 M€.

El pressupost per als Serveis Centrals del Servei de Salut es destinarà al Centre Coordinador de l'Atenció a la Cronicitat, al Centre Coordinador del Programa de Cures Pal·liatives (CCPP), a la Coordinació del programa de Pacient Actiu i al Centre d'Atenció Primària per al Desenvolupament Infantil (CAPDI).

1.2 Cronicitat Gerències del Servei de Salut: 3,4 M€

El pressupost que s'ha de destinar dins l'estructura de les

gerències del Servei de Salut correspon a la dotació dels recursos humans per garantir els projectes prou detallats al present Pla:

- **Projecte d'atenció a les persones amb malaltia crònica complexa i avançada:** infermeres per la gestió de casos, treballadors socials, metges, psicòleg, farmacèutic.
- **Projecte d'atenció a les persones amb deteriorament cognitiu:** Unitat estimulació cognitiva. Equip multiprofessional
- **Projecte Hospital de Dia evaluador i rehabilitador:** equip multiprofessional
- **Projecte d'Unitat Polivalent d'Eivissa:** equip multiprofessional

2. CAPÍTOL II (DESPESES CORRENTS): 4,6 M€

Correspon a la despesa aproximada per assegurar l'estada mitjana equitativa (convalescència y rehabilitació) en les comarques de Tramuntana i Llevant (Mallorca), i a l'illa de Menorca i que s'efectuarà, en principi, per via de convenis singulars (HSJD i CR).

3. CAPÍTOL VI (INVERSIONS): Pendent de determinar

Es plantegen una sèrie d'accions en infraestructures, la majoria d'elles ja existeixen, amb l'objectiu d'adequar espais en què es puguin dur a terme les actuacions del Pla:

- Unitat de Demència amb trastorn de conducta a l'Hospital Psiquiàtric
- Adequació estructural de l'Hospital General
- Unitat Polivalent ASEF
- Complex Verge del Toro
- Complex Son Dureta

En general, les inversions s'han de fer associades a aquest Pla, i s'engloben dins les actuacions generals més àmplies dels edificis.





9. SEGUIMENT I AVALUACIÓ



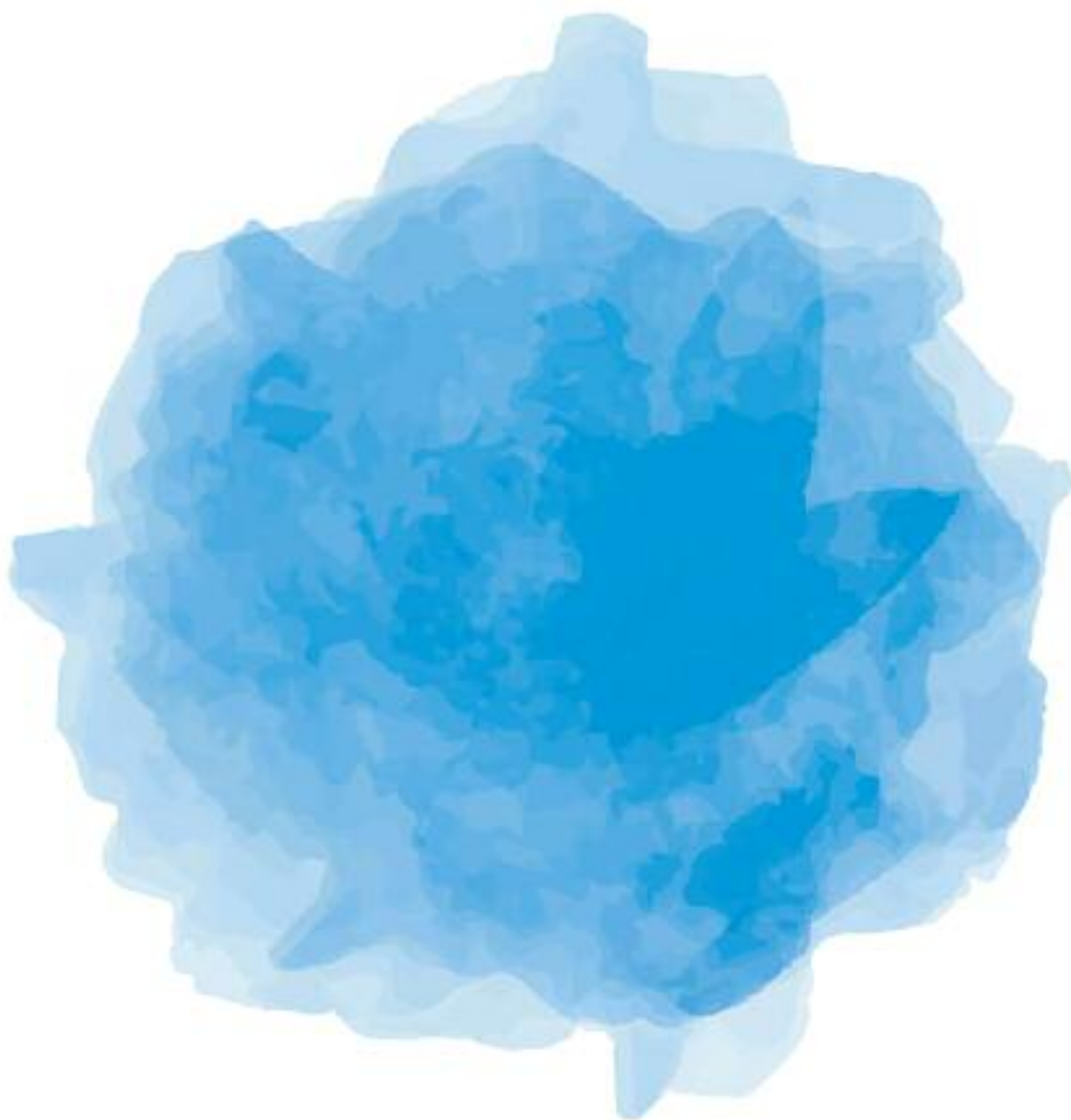
9. SEGUIMENT I AVALUACIÓ

Tal com reflecteix l'EAC del SNS, és un objectiu clau promoure la innovació en el procés d'avaluació, planificació i provisió de serveis per garantir l'equitat, l'eficiència i la sostenibilitat de l'atenció als pacients amb condicions de salut cròniques.

El Ministeri de Sanitat, Política Social i Igualtat publicà, el 2016, un document amb la proposta d'indicadors per avaluar l'atenció a la cronicitat en el marc de l'EAC del SNS⁵³. S'han proposat 11 indicadors que han mostrat un nivell d'acord moderat/elevat en les diferents fases de consens en la reunió final de consens presencial de totes les comunitats autònomes. Un dels punts clau en el procés de prioritització d'aquests indicadors és la necessitat d'avançar en l'homogeneïtzació del que impliquen les necessitats i la complexitat d'usuaris atesos amb problemes crònics en

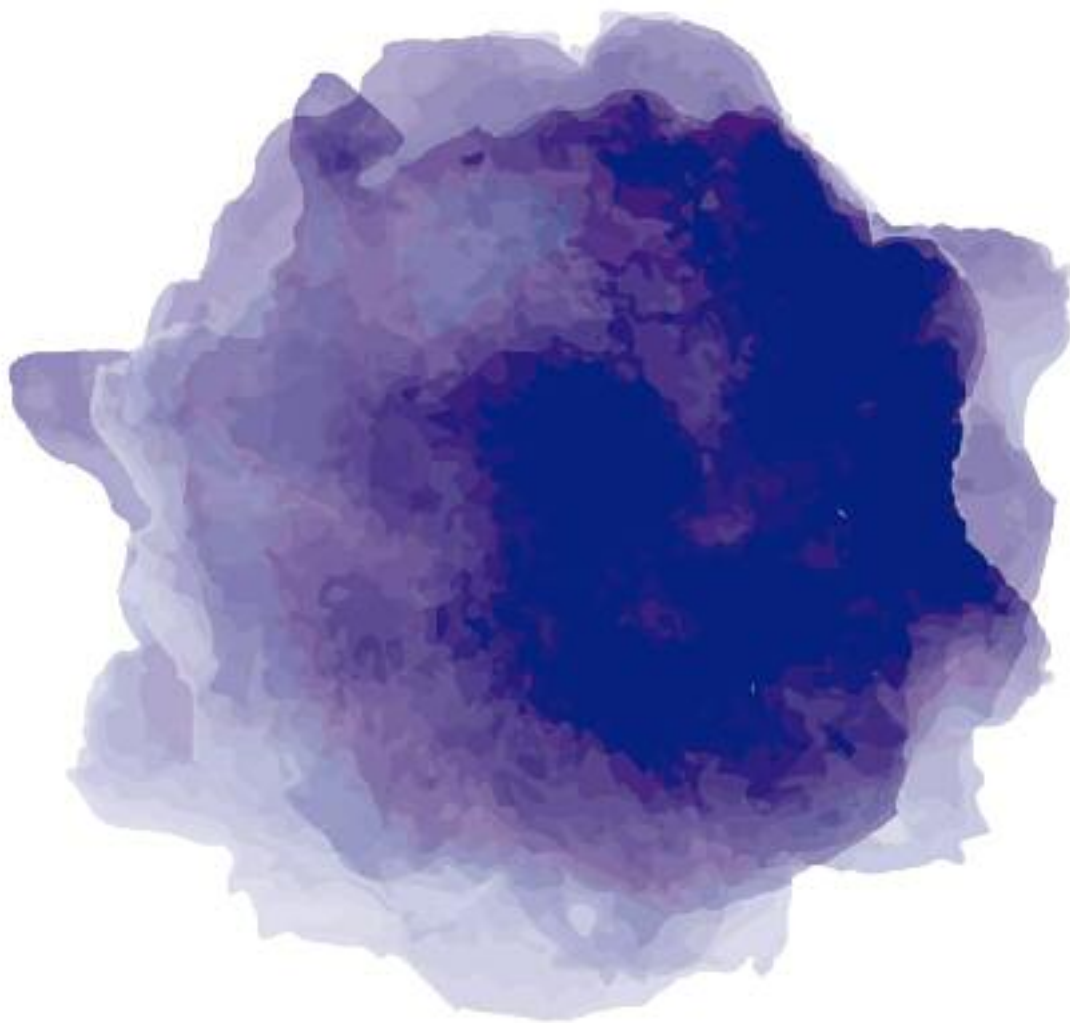
el Sistema Nacional de Salut. Es constata, al llarg d'aquest procés de consens, que cal aprofundir en la comprensió d'aquesta complexitat i en el mesurament de les seves necessitats de manera homogènia, per millorar la gestió clínica d'aquests usuaris i avançar en l'assignació adequada de recursos. Els 11 indicadors prioritzats permetrien, en part, avançar en aquesta homogeneïtzació. La nostra Comunitat està compromesa amb l'avaluació d'aquests indicadors. Vegeu el quadre resum a l'annex 1.

Per al seguiment de les accions proposades, a més, s'han dissenyat indicadors específics en cada projecte: pacient actiu, pacient crònic complex i avançat, gestió de casos i atenció domiciliària, i s'ha realitzat una prioritització que s'ha plasmat en els diferents contractes de gestió d'hospitals, Atenció Primària i O61 (Annex 2).





10. BIBLIOGRAFIA



10. BIBLIOGRAFIA

1. **World Health Organization.** Global status report on non communicable diseases. Geneva: Disponible en: http://www.who.int/nmh/publications/ncd_report_full_en.pdf. 2009
2. **Estrategia de cuidados paliativos pediátricos en el Sistema Nacional de Salud.** Criterios de Atención. SANIDAD 2014. MINISTERIO DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES E IGUALDAD. Disponible en: http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/01-Cuidados_Paliativos_Pediatricos_SNS.pdf
3. **Miguélez-Chamorro A, Ferrer-Arnedo C.** La enfermera familiar y comunitaria: referente del paciente crónico en la comunidad. *Enferm Clin.* 2014;24(1):5-11.
4. **Bengoa R.** Curar y cuidar. Innovación en la gestión de enfermedades crónicas: una guía para avanzar. Barcelona: Elsevier España- MASSON. 2008. P. 17-29
5. **BCG.** Informe Cronos: hacia el cambio de paradigma en la atención a enfermos crónicos. 2013. (Consultado el 15/12/2015.) Disponible en: www.thebostonconsultinggroup.es/documents/file165265.pdf
6. **Nuño-Solinís, Roberto.** Desarrollo e implementación de la Estrategia de Cronicidad del País Vasco: lecciones aprendidas. *Gac Sanit.* 2016;30(S1):106-110
7. **Haro J, Tyrovolas S, Garin N, et al.** The burden of disease in Spain: results from the global burden of disease study 2010. *BMC Med.* 2014;12:236.
8. <http://www.ine.es/prensa/np994.pdf>
9. http://ibestat.caib.es/ibestat/page?p=px_tablas&nodeId=c516a0cc-fd5e-48d5-8983-
10. <http://www.ine.es/jaxi/tabla.do?type=pcaxis&path=/t20/p251/proy/l0/&file=02001.px>
11. **Vidal Thomàs C, Alorda Terrasa C, Adover Barceló RM, Ripoll Amengual J, Taltavull Aparicio JM, Sáenz de Ormijana Hernández A.** Necesidades de las cuidadoras familiares de personas con accidente cerebrovascular en el domicilio: Revisión estructurada 2000-2007. *Enferm clin* 2009;19(2):83-89.
12. Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad [Internet]. 1st ed. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2012 [citado 9 Junio 2016]. Disponible en: http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/ESTRATEGIA_ABORDAJE_CRONICIDAD.pdf
13. **Coleman CF, Wagner E.** Mejora de la atención primaria a pacientes con condiciones crónicas: el modelo de atención a crónicos. Bengoa R, Nuño Solinis R. Curar y cuidar. Innovación en la gestión de enfermedades crónicas: una guía para avanzar. Barcelona: Elsevier España- MASSON. 2008. P. 3-15
14. **González Mestre A.** La autonomía del paciente con enfermedades crónicas: de paciente pasivo a paciente activo. *Enferm Clin.* 2014; 24 (1): 67-73. <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1130862113001769>
15. **Brady TJ, Murphy L, O'Colmain BJ, Beauchesne D, Daniels B, Greenberg M, et al.** A Meta-Analysis of Health Status, Health Behaviors, and Health Care Utilization Outcomes of the Chronic Disease Self-Management Program. *Prev Chronic Dis* 2013;10:120112. Disponible: <http://dx.doi.org/10.5888/pcd10.120112>

16. <http://patienteducation.stanford.edu/>
17. **Estrategia de Atención a Pacientes con Enfermedades Crónicas en la comunidad de Madrid.** Dic 2013. Disponible en: <https://ademadrid.files.wordpress.com/2014/03/estrategia-de-cronicos.pdf>
18. **Estrategia para abordar el reto de la cronicidad en Euskadi.** 2010. Gobierno Vasco. Departamento de Sanidad y Consumo. Estrategia para abordar el reto de la cronicidad en Euskadi. 2010. Disponible en: http://www.osakidetza.euskadi.eus/r85-skorga01/es/contenidos/informacion/estrategia_cronicidad/es_cronicos/estrategia_cronicidad.html
19. **Cuidados innovadores para las condiciones crónicas:** Organización y prestación de atención de alta calidad a las enfermedades crónicas no transmisibles en las Américas. Organización Panamericana de la Salud. Washington DC. 2013. Disponible en: http://www2.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=22257+&Itemid=270&lang=es
20. **Nuño Solinis, R; Toro Polanco, N.** Estudio de caso: kaiser permanente. Fundación Vasca de Innovación e Investigación Sanitarias / BIO Eusko Fundazioa. Agosto 2012. Disponible en: <http://externos.bioef.org/oberri/CasoKaiserDEFINITIVO.pdf>
21. **Estrategia para la Atención a la Cronicidad 2013-2015.** Consejería de Sanidad y Política Social. Murcia 2013
22. **Jara Zozalla A; Miralles Xamena J. Carandell Jägner E.** Guía de recomendaciones para la atención de los pacientes polimedicados (GRAPP) Conselleria de Salut i Consum de les Illes Balears. 2010. Disponible en: http://www.elcomprimido.com/PROTOCOLOS_SUPRASECTORIALES/pdf/GUIA%20POLIMEDICADOS_cast.pdf
23. **Villafaina A, Gavilán E.** Pacientes polimedicados frágiles, un reto para el sistema sanitario. *Inf Ter Sist Nac Salud.* 2011;35:114-23
24. **Al Hamid A1, Ghaleb M, Aljadhey H, Aslanpour Z.A** systematic review of hospitalization resulting from medicine-related problems in adult patients. *Br J Clin Pharmacol.* 2014 Aug;78(2):202-17. doi: 10.1111/bcp.12293
25. **Ramos S, Díaz P, Mesa J, Núñez S, Suárez M, Callejón G, et al.** Incidencia de resultados negativos de medicación en un servicio de urgencias hospitalario y factores asociados. *Farm Hosp.* 2010;34(6):271-278
26. **Documento de consenso sobre prevención de fragilidad y caídas en la persona mayor.** Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención en el SNS. Documento aprobado por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud el 11 de junio de 2014. Informes, estudios e investigación 2014. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Disponible en: http://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/Estrategia/docs/FragilidadyCaídas_personamayor.pdf
27. **Estrategia de cuidados paliativos de las Islas Baleares 2009-2014.** Conselleria de Salut i Consum. 2009. Disponible en: <http://cuidadospaliativos.caibes/sacmicrofront/contenido.do?mkey=M120109082736171656412&lang=ES&cont=45338>
28. **Decret 49/2014, de 28 de novembre de 2014,** pel qual es crea el Centre Coordinador del Programa de Cures Paliatives de les Illes Balears. Disponible en: <http://www.caibes.es/eboibfront/ca/2014/10211/554245/decret-49-2014-de-28-de-novembre-de-2014-pel-qual->
29. **Llei 4/2015, de 23 de març,** de drets i garanties de la persona en el procés de morir

- 30. Grupos de Morbilidad Ajustados** © David Monterde, Emili Vela, Montse Clèries. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. 2014 Servicio Catalán de la Salud
- 31. Programa de prevenció i atenció a la cronicitat.** Pla de Salut 2011-2015. Generalitat de Catalunya. Barcelona 2012. Disponible en: http://salutweb.gencat.cat/ca/el_departament/Pla_salut/pla-de-salut-2011-2015
- 32. Montes Santiago J, Casariego Vales E, de Toro Santos M, Mosquera E.** La asistencia a pacientes crónicos y pluri-patológicos. Magnitud e iniciativas para su manejo: la Declaración de Sevilla. Situación y propuestas en Galicia. Galicia Clin 2012; 73 (Supl.1): S7-S14
- 33. Varela J.** Las reformas necesarias en los hospitales: 10 recomendaciones para mejorar la eficiencia, la calidad y la efectividad. Med Clin(Barc).2016;146(3):133-137
- 34. Ortega Matas, M.ª Cristina.** Intervención proactiva desde una unidad de geriatría en la atención del paciente crónico complejo ingresado en un hospital de agudos Gerokomos. 2014;25(4):152-158. Disponible en: http://scielo.isciii.es/pdf/geroko/v25n4/05_originalesbreves3.pdf
- 35. Atención a las personas en situación de dependencia en España Libro Blanco.** Capítulo VI. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Secretaria de Estado de Servicios Sociales, Familias y Discapacidad. 2004. Disponible en: http://www.uab.cat/Document/580/416/LibroBlancoDependencia_01,0.pdf
- 36. Osuna Pozo, CM; Ortiz Alonso, J; Vidán, M; Ferrerira, G; Serra Rexach JA.** Revisión sobre el deterioro funcional en el anciano asociado al ingreso por enfermedad aguda. RevEspGeriatrGerontol. 2014;49(2):77-89. Disponible en http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet?_f=10&pident_articulo=90278590&pident_usuario=0&pcontactid=&pident_revista=124&ty=166&accion=L&origen=zonadelectura&web=www.elsevier.es&lan=es&fichero=124v49n02a90278590pdf001.pdf
- 37. Gutiérrez Rodríguez J, Domínguez Rojas V, Solano Jaurrieta JJ.** Functional deterioration secondary to hospitalization for an acute disease in the elderly. An analysis of its incidence and the associated risk factors. Rev Clin Esp. 1999; 199:418-23. Disponible en <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10481556>
- 38. García Navarro, José Augusto; Gómez Pavón, Javier; Maturana Navarrete, Nicolás; Ramírez Arrizabalaga, Reyes; Rodríguez Valcarce, Ana; Ruipérez Cantera, Isidoro; Salvà Casanovas, Antoni; Sánchez del Corral Usaola, Francisco; Sepúlveda Moya, Diego.** Análisis y evaluación de la red de servicios sanitarios dedicados a la dependencia: programas de prevención, atención domiciliaria y hospitalización. Informe de la Sociedad Española de Geriatría y Gerontología
- 39. Insalud.** Criterios de ordenación de servicios para la atención sanitaria a las personas mayores. Madrid: Insalud;1996
- 40. Baztán, JJ; Domenech, JR; González, M; Forcano, S; Morales, C; Ruipérez, I.** Ganancia funcional y estancia hospitalaria en la unidad geriátrica de media estancia del hospital central de cruz roja de Madrid. Rev. Esp. Salud Pública 2004; 78: 355-366 N.º 3 Mayo-Junio 2004. Disponible en: <http://www.scielosp.org/pdf/resp/v78n3/original2.pdf>
- 41. García Navarro, José Augusto; Gómez Pavón, Javier; Maturana Navarrete, Nicolás; Ramírez Arrizabalaga, Reyes; Rodríguez Valcarce, Ana; Ruipérez Cantera, Isidoro; Salvà Casanovas, Antoni; Sánchez del Corral Usaola, Francisco; Sepúlveda Moya, Diego.** Análisis y evaluación de la red de servicios sanitarios dedicados a la dependencia: programas de prevención, atención domiciliaria y hospitalización. Informe de la Sociedad Española de Geriatría y Gerontología

- 42. Starfield B, Fryer GE Jr.** The primary care physician workforce: ethical and policy implications. *Ann Fam Med.* 2007 Nov-Dec;5(6):486-91
- 43. The Contribution of Primary Care Systems to Health outcomes within Organization for Economic Cooperation and Development (OECD) Countries, 1970–1998.** *HSR: Health Services Research* 38:3 (June 2003)
- 44. OMS.** Promoción de la Salud Glosario. Disponible en <http://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/docs/glosario.pdf>. 1998
- 45. Jovell AJ, Navarro Rubio MD, Fernández Maldonado L, Blancafort S.** Nuevo rol del paciente en el sistema sanitario. Atención Primaria [Internet]. Elsevier; 2006 Sep 15 [cited 2015 Sep 27];38(4):234–7. Available from: <http://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-participacion-del-paciente-nuevo-rol-13092347>
- 46. World Health Organization.** Innovative care for chronic conditions: building blocks for action. WHO Global report. Geneva:WHO; 2002
- 47. PRINCEP;** Plataforma de Respuesta Integral a los Niños Crónicos con Elevada Dependencia. (Unidad de Crónicos Complejos OMIS. Observatorio de modelos integrados en salud de New Health foundation. Ganadores del premio “Integrated Care Award” entregado en la 16 Conferencia Internacional de Atención Integrada celebrada en Barcelona durante los días 23, 24 y 25 de mayo de 2016. Disponible: <http://www.newhealthfoundation.org/web/wp-content/uploads/2016/06/PRI%CC%81NCEP-REGISTRO.pdf>
- 48. Guía de cuidados paliativos pediátricos del Sistema Nacional de Salud.** Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Madrid 2014. Disponible: http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/01-Cuidados_Paliativos_Pediatricos_SNS.pdf
- 49. Pedrosa J, Mateu A.** Memoria 2016. Centro coordinador de Atención Primaria para el desarrollo infantil. Palma, 2017. Disponible: <http://www.ibsalut.es/ibsalut/es/profesionales/capdi>
- 50. Adrover Barceló, RM; Fuster Culebras J; Pomar Reynés J; Gómez Picard P; Castaño Riera, E.** Plan de acciones sanitarias en el ámbito sociosanitario del Servicio de Salud 2010-2014. Consejería de Salud y Consumo. Servicio de Salud. 2010. Disponible en: <http://www.ibsalut.es/ibsalut/documentospdf/esp/Pla-Cast.pdf>
- 51. Adrover Barceló RM, Miralles Xamena J, Taltavull Aparicio JM.** Programa d'Atenció Domiciliària. Conselleria de Salut del Govern de les Illes Balears. Palma, 2017
- 52. Informe de la Sociedad Española de Geriátría y Gerontología.** Análisis y evaluación de la red de servicios sanitarios dedicados a la dependencia: programas de prevención, atención domiciliaria y hospitalización. Disponible en: <https://www.segg.es/download.asp?file=media/descargas/libroBlancoDependencia.pdf>
- 53. Engel GL.** The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science.* 1977; 196:129-136
- 54. Serra Sutton V, Espallargues M, Escarrabill J.** Propuesta de indicadores para evaluar la atención a la cronicidad en el marco de la Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad en el Sistema Nacional de Salud. Barcelona: Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya; 2016 (Informes de Evaluación de Tecnologías Sanitarias)

SparSh

11. ANNEXOS

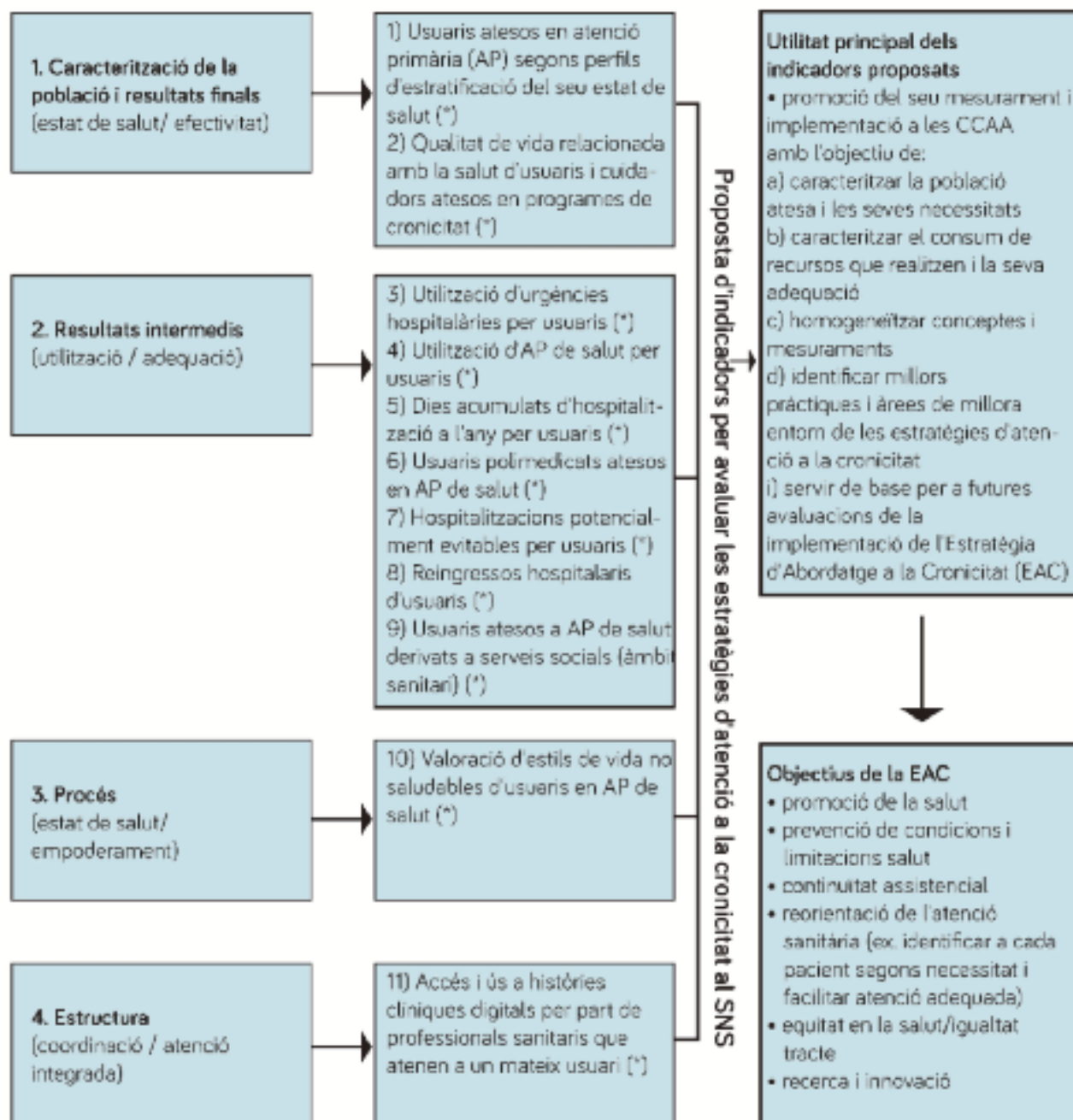




11. ANNEXOS

A. Annex 1. Indicadors de consens del Ministeri de Sanitat, Política Social i Igualtat

Descripció dels 11 indicadors proposats per a la promoció del mesurament i implementació per avaluar l'atenció en l'àmbit de la cronicitat en el Sistema Nacional de Salut segons la tipologia i la utilitat principal.



Font: Proposta d'indicadors per avaluar l'atenció a la cronicitat en el marc de l'EAC. Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya; 2016

B. Annex 2. Indicadors de contractes de gestió a. Atenció Hospitalària

CODI AH	INDICADORS proposats
CIH 4.1.1.3	% de llits d'hospitalització d'ESTADA MITJANA amb infermera referent assignada sobre els llits d'hospitalització. Únicament HUSE i HSLI
PIH 1.4.3.2	Cobertura diagnòstica de les úlceres per pressió (UPP) en els informes d'alta
PIH 1.4.3.3	Valoració del risc d'úlceres per pressió
PIH 1.5.1.2	Estandarditzar el registre de caigudes dels diferents hospitals
PIH 1.6.1.1	Definir el procés de pacient crònic complex (PCC)
PIH 1.6.1.2	Definir el procés de pacient crònic avançat (PCA) en els hospitals d'estada mitjana (únicament HUSE i HSLI)
PIH 4.2.1.1	Registre d'ingrés directe a sociosanitari des d'AP (únicament HUSE i HSLI)
PIH 7.1.2.2	Nombre de pacients crònics complexos i avançats donats d'alta d'hospital d'aguts i d'estada mitjana, amb cita a mòdul "continuitat assistencial" en les agendes de metge i d'infermer d'Atenció Primària
PIH 7.2.1.1	Projecte Infermera Gestora de Casos
PIH 8.3.1.1	Informe del projecte d'estimulació cognitiva al pacient amb demència a l'Hospital General (únicament HUSE)
PIH 8.4.1.1	% de CS amb internista de referència
PIH 8.5.2.1	Quantificació de les derivacions efectuades per metges o infermers a les unitats de suport hospitalari (USH)

b. 061

CODI 061	PROJECTE	ACCIONS	INDICADOR
PIU. 4.1.1.1	Cures paliatives a la fase final de la cronicitat	Protocols específics per a l'ajuda en la presa de decisions relacionades amb el suport vital en la fase final de la vida	Informe sobre els protocols específics per a l'ajuda en la presa de decisions relacionades amb el suport vital en la fase final de la vida

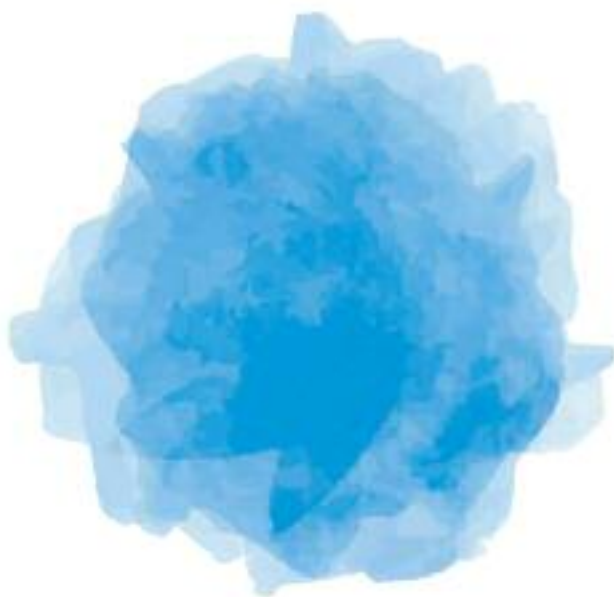
c. Atenció Primària

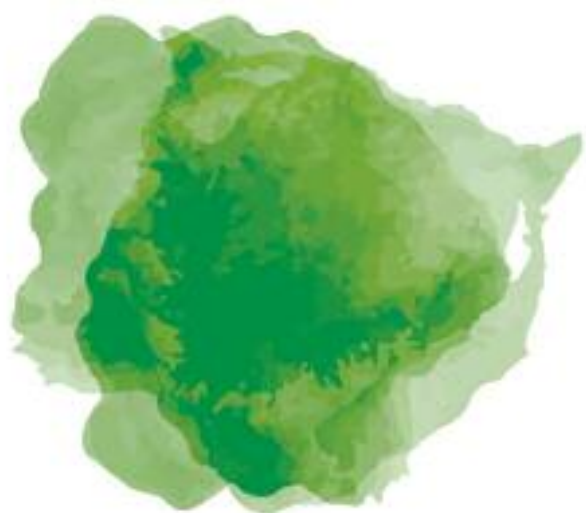
CODI AP	INDICADORS proposats
CIAP 1.1.2.1	Realització d'una espirometria als pacients amb MPOC (IQA* 1.8)
CIAP 1.2.2.1	Control metabòlic del pacient < 75 anys amb diabetis mellitus (IQA* 2.11)
CIAP 1.3.1.1	IQA 112 Cobertura de malaltia renal crònica (IQA* 1.12)
PIAP 1.3.1.1	Percentatge de dispensació de medicaments amb escassa experiència d'ús, comercialitzats en els darrers cinc anys (IQP**)
PIAP 1.4.2.1	Taxa de reaccions adverses a medicaments notificades per 1000.000 hab.
PIAP 1.5.1.1	Mantenir o implementar el registre de caigudes en ancians
PIAP 1.5.2.1	Prevalença d'ús de benzodiazepines i fàrmacs relacionats (fàrmacs "Z") en persones de més de 75 anys (IQP**)
PIAP 1.7.1.2	Definir el procés d'actuació i derivació en les úlceres cròniques (únicament GAP Mallorca)
PIAP 1.7.2.1	Nombre de pacients en Programa d'Atenció Domiciliària (PAD) amb escala de Braden / total de pacients en Programa de Atenció Domiciliària (IQA* 1.11)
PIAP 1.7.3.1	Quantificar la incidència i la prevalença d'úlceres cròniques detectades en atenció domiciliària
PIAP 6.1.1.2	% Professionals formats en el Projecte pacient expert
PIAP 6.2.1.2	Cobertura de pacient crònic complex (PCC)
PIAP 6.2.1.3	Cobertura de pacient crònic avançat (PCA)
PIAP 6.2.1.4	Definir el procés de PCA des de: identificació, coordinació, cartera de serveis, atenció domiciliària, derivacions, etc.
PIAP 6.2.1.5	Cobertura infermer gestor de casos PCC
PIAP 6.2.1.6	Cobertura infermer gestor de casos PCA
PIAP 6.3.1.1	Nombre de persones > 65 anys incloses en el PAD/població esperada de més de 65 anys (IQA* 6.1)
PIAP 6.3.1.2	Percentatge de pacients > 65 anys en PAD que tenen com a mínim sis visites d'infermeria a l'any.
PIAP 6.3.1.3	Percentatge de pacients > 65 anys en PAD que tenen com a mínim dues visites mèdiques a l'any.
PIAP 6.4.1.2	Percentatge de pacients crònics avançats amb NECPAL positiu***
PIAP 6.5.1.1	Intervenció en persones ≥ 65 anys polimedicades (IQA* 5.7)
PIAP 6.5.1.2	Pacients polimedicats d'actuació preferent (IQP**)
PIAP 6.5.2.1	Intervenció infermera en adults amb malaltia crònica (IQA*)
PIAP 6.5.3.2	Identificar el grau de dependència de les persones de més de 70 anys
PIAP 8.3.1.1	Detecció i registre dels menors amb trastorn del desenvolupament o amb risc de patir-ne algun

*IQA: Indicadors de qualitat assistencial, que es troba amplament explicat i justificat en el manual d'indicadors d'Atenció Primària que s'edita cada any.

**IQP: Indicadors de qualitat de prescripció farmacèutica.

***NECPAL: Escala que identifica la necessitat de cures pal·liatives a les persones amb malaltia crònica complexa o avançada.







G CONSELLERIA
O SALUT
I SERVEI SALUT
B ILLES BALEARS

