

IEMAC-ARCHO

Assessment of Readiness
for **Chronicity** in Health
Care Organizations

Instrumento de Evaluación
de Modelos de Atención
ante la **Cronicidad**

www.iemac.org



ÍNDICE

	INTRODUCCIÓN	4
	AUTORÍA	6
	INSTRUCCIONES PARA LA AUTOEVALUACIÓN	7
	DIMENSIONES	13
1	ORGANIZACIÓN DEL SISTEMA DE SALUD	14
	1.1 Compromiso de los líderes	15
	1.2 Marco estratégico	16
	1.3 Enfoque poblacional	17
	1.4 Evaluación, mejora e innovación	18
	1.5 Sistemas de financiación	19
	1.6 Políticas sociales y sanitarias	20
2	SALUD COMUNITARIA	21
	2.1 Estrategias de Salud Comunitaria	22
	2.2 Alianza con los agentes comunitarios	23
	2.3 Conexión del paciente a recursos comunitarios	24



3	MODELO ASISTENCIAL	25
	3.1 Atención centrada en el paciente	26
	3.2 Competencias profesionales	27
	3.3 Trabajo en equipo multidisciplinar	28
	3.4 Integración y continuidad asistencial	29
	3.5 Seguimiento activo del paciente	31
	3.6 Innovación en las interacciones entre pacientes y profesionales	32
	3.7 Gestión clínica de la cronicidad y sistemas de incentivos	33
4	APOYO AL AUTOCAUIDADO DEL PACIENTE	34
	4.1 Evaluación del paciente para el autocuidado	35
	4.2 Educación terapéutica estructurada	36
	4.3 Activación psicosocial del paciente y apoyo mutuo	37
	4.4 Herramientas para facilitar el autocuidado	38
	4.5 Toma de decisiones compartida	39
5	APOYO A LA TOMA DE DECISIONES CLÍNICAS	40
	5.1 Protocolos y guías compartidas	41
	5.2 Formación continuada	42
	5.3 Consultoría y enlace	43
6	SISTEMAS DE INFORMACIÓN	44
	6.1 Información para la gestión y la práctica clínica	45
	6.2 Integración de la información clínica del paciente	46
	6.3 Comunicación de información clínica entre profesionales	47





INTRODUCCIÓN

IEMAC/ARCHO es un instrumento para la autoevaluación de organizaciones sanitarias y sociales en relación a su grado de implantación de modelos de gestión de la cronicidad. **IEMAC/ARCHO** está basado en el **CCM (Chronic Care Model)** y ha sido diseñado especialmente para un entorno de sistema nacional de salud. Permite la evaluación de organizaciones a niveles macro (formulación de políticas y estrategias y asignación de recursos), meso (gestión de organizaciones, centros y programas asistenciales) y micro (actividad clínica entre profesionales y pacientes).

La prevención y el control de las enfermedades crónicas es uno de los mayores retos de los sistemas sanitarios en todo el mundo. En la actualidad, existe un amplio consenso en la necesidad de nuevos modelos para gestionar mejor la enfermedad crónica, junto al reconocimiento de que no existe un modelo universal de gestión de enfermedades crónicas y de que cualquier iniciativa de mejora deberá adaptarse al contexto y circunstancias propios de cada sistema y organización.

Uno de los modelos que ha conseguido mayor aceptación y difusión a nivel internacional es el “Chronic Care Model”, conocido por sus siglas en inglés **CCM (Chronic Care Model)**, que ha sido desarrollado por el MacColl Institute for Health Care Innovation y adaptado a otros entornos con contribuciones adicionales (Expanded CCM, ICCG).

El **CCM** identifica los elementos esenciales de los sistemas sanitarios para lograr una atención de calidad a los enfermos crónicos. Se basa en las interacciones productivas entre un paciente crónico informado y activo y un equipo sanitario preparado y proactivo, que pueden hacerse

efectivas gracias a 6 elementos básicos: la organización del sistema sanitario, la comunidad, la prestación de servicios asistenciales, el autocuidado de los pacientes, herramientas de apoyo a la decisión y sistemas de información. **Existe una creciente evidencia de que la implementación de las intervenciones basadas en el CCM mejora los procesos y los resultados.**

Te presentamos IEMAC/ARCHO versión 1.1, la nueva versión de IEMAC 1.0, optimizada tras dos años y medio de experiencia en la autoevaluación de organizaciones sanitarias y analizar en detalle sus propiedades métricas como instrumento de evaluación. Como resultado de la validación y de la experiencia acumulada con usuarios, en esta nueva versión se han eliminado algunas intervenciones redundantes y se ha mejorado la redacción de otras.

IEMAC/ARCHO versión 1.1 tiene 6 dimensiones, 27 componentes y 75 intervenciones. En el apartado 10 de las instrucciones podrás ver cómo realizar la conversión de las puntuaciones de tu organización si se ha evaluado previamente con IEMAC 1.0. Esperamos que esta versión actualizada sea aún más fácil de administrar para ti y para tu organización.

IEMAC/ARCHO se inspira en el CCM, pero además incorpora perspectivas adicionales con las que avanzar en la reorientación de las políticas y servicios sanitarios y sociales para prevenir el desarrollo de enfermedades crónicas y prestar una atención integral y de calidad a las personas con dichas enfermedades. Puedes ver el desarrollo de IEMAC en Gaceta Sanitaria.¹



Los principios inspiradores de IEMAC/ARCHO son:

- Un enfoque sistémico, considerando la organización de forma holística y subrayando el valor sinérgico de las intervenciones.
- La mejor evidencia disponible como base para la formulación de las intervenciones.
- La orientación a la mejora continua a través de la evaluación sistemática y a la innovación, como garantía de avance en la atención a las personas con enfermedades crónicas.

IEMAC/ARCHO puede ser de utilidad para tu organización porque:

- Permite realizar el diagnóstico de una organización en relación al grado de implantación de un modelo de excelencia de atención a las personas con enfermedades crónicas, así como su evolución en el tiempo.
- Ofrece un mapa de intervenciones que conforman un modelo de abordaje de la cronicidad, pudiendo ser utilizado como hoja de ruta para la gestión del cambio por clínicos, gestores y planificadores.
- Es un instrumento de mejora de la calidad al permitir la comparación/ benchmarking entre organizaciones similares.
- Facilita la orientación de políticas de planificación, de reasignación de recursos y de cambios organizativos.

¹ Nuño R, Fernández P, Mira JJ, Toro N, Contel JC, Guilabert M, Solas O. Desarrollo de IEMAC, un Instrumento para la Evaluación de Modelos Asistenciales ante la Cronicidad. Gac Sanit. 2013;27:128-134.

IEMAC-ARCHO es una obra protegida y depositada en el Registro de la Propiedad Intelectual con asiento registral 09/2015/423. Sus titulares son la Fundación Vasca de Innovación e Investigación Sanitarias (BIOEF), la Universidad Miguel Hernández (UMH) y Merck Sharp & Dohme (MSD). IEMAC-ARCHO se ofrece de forma gratuita a entidades públicas y sin ánimo de lucro y está disponible en www.iemac.org para las organizaciones que deseen autoevaluarse. Para otros usos, póngase en contacto con los titulares info@iemac.org.





AUTORÍA

A continuación se relacionan, por orden alfabético, los profesionales que han participado en el proceso de elaboración y validación del instrumento.

Grupo de expertos:

- José María Beguiristáin Aranzasti
- Cristina Domingo Rico
- Carme Hernández Carcereny
- Manuel Ollero Baturone
- Domingo Orozco Beltrán
- Álvaro Sánchez Pérez

Grupo de Validación:

- | | |
|--------------------------------------|----------------------------------|
| • Begoña Barragán García | • José Pinazo Luque |
| • Jesús Casal Gómez | • Miriam Poole Quintana |
| • Jordi Custodi Canosa | • Joan Pou Bordoy |
| • Pilar Espelt Aluja | • María Ángeles Prieto Rodríguez |
| • M ^a Dolores Gerez Valls | • Álvaro Santos Gómez |
| • Emilio Herrera Molina | • Palmira Tejero Cabello |
| • Susana Lorenzo Martínez | • Itziar Vergara Micheltorena |
| • Javier Mar Medina | • Bernardo Vila Roig |
| • Juan Oliva Moreno | • Manuel Villacorta González |

Equipo de investigación y desarrollo:

- **Juan Carlos Contel Segura**
Plan Interdepartamental Atenció Integrada Social i Sanitari.
Departament de Salut de Catalunya.
- **Paloma Fernández Cano**
Departamento de Políticas Públicas.
Merck Sharp & Dohme de España.
- **Mercedes Guilabert Mora**
Departamento de Psicología de la Salud.
Universidad Miguel Hernández de Elche.
- **José Joaquín Mira Solves**
Departamento de Psicología de la Salud.
Universidad Miguel Hernández de Elche.
Departamento de Salud Alicante-Sant Joan d'Alacant.
- **Roberto Nuño Solinís**
Instituto Vasco de Innovación Sanitaria, O+Berri.
País Vasco.
- **Olga Solas Gaspar**
Investigadora Asociada NewHealth Foundation. España.
- **Nuria Toro Polanco**
Instituto Vasco de Innovación Sanitaria, O+Berri.
País Vasco.





INSTRUCCIONES PARA LA AUTOEVALUACIÓN

IEMAC/ARCHO ha sido concebido como un instrumento de ayuda a los agentes sanitarios que deseen mejorar su sistema de salud adaptándolo a las necesidades de los pacientes con enfermedades crónicas. Se recomienda leer estas instrucciones antes de realizar la autoevaluación para obtener un mejor aprovechamiento de la herramienta.

1. Herramienta de autoevaluación

IEMAC/ARCHO es una herramienta que permite la autoevaluación de las organizaciones en relación a su grado de implantación de modelos de gestión de la cronicidad. Mide la progresión de las organizaciones en su transformación hacia el abordaje de la cronicidad de forma sencilla, válida y con sensibilidad suficiente.

El procedimiento de evaluación se completa utilizando una herramienta web de registro y tratamiento de los resultados, disponible en el link www.iemac.org.

2.- Ámbitos de aplicación y perspectiva de evaluación

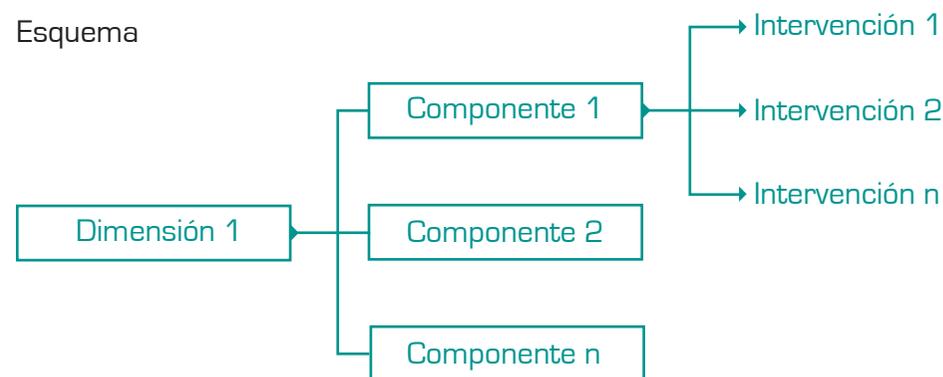
IEMAC/ARCHO permite la autoevaluación de organizaciones en distintos contextos y niveles organizativos. Puede ser utilizado a todos los niveles de decisión: macro (formulación de políticas y estrategias, y asignación de los recursos para hacerlas efectivas), meso (gestión de organizaciones, centros y programas asistenciales) y micro (actividad de los profesionales clínicos y pacientes) y en los diferentes ámbitos asistenciales.

IEMAC/ARCHO propone y evalúa el grado de implantación de 75 intervenciones. Al ser un instrumento sistémico, existe interconexión entre todas sus dimensiones y entre los distintos ámbitos de aplicación y, por tanto, es importante abordarlo en su totalidad. Aunque algunas intervenciones puedan resultar más próximas a la actividad de un profesional u organización determinados, todas en su conjunto permiten una completa evaluación de los enfoques y su despliegue en la práctica..

3.- Estructura del cuestionario

El cuestionario se compone de 6 Dimensiones, que guardan relación con los 6 elementos del Chronic Care Model. De las 6 dimensiones se derivan 27 componentes y, de éstos, 75 intervenciones, según la siguiente taxonomía:

Esquema



Para cada dimensión y componente se plantean una serie de intervenciones o ítems que se deben evaluar teniendo en cuenta la realidad de la organización que se somete a evaluación, utilizando una escala de puntuación en rango de 0 a 100. Algunas de las intervenciones cuentan con un texto de apoyo o glosario en donde se describe algún concepto clave, el alcance de la intervención o se citan ejemplos para facilitar la mejor comprensión de la intervención.

4.- Proceso de autoevaluación

IEMAC/ARCHO se ha ideado para ser autoaplicado mediante un proceso de autoevaluación, si bien permite evaluaciones externas. Para conducir la autoevaluación, es necesario contar con un equipo de autoevaluación compuesto por diferentes profesionales que, de forma consensuada, respondan a las cuestiones planteadas en IEMAC/ARCHO.

Se recomienda que el equipo de autoevaluación esté formado por profesionales con diferentes perfiles y competencias de gestión de los pacientes crónicos. Es aconsejable que integre los distintos ámbitos asistenciales (atención primaria, hospital), así como a otros proveedores de cuidados de atención social. Para algunas intervenciones puede ser útil incorporar también la perspectiva de los pacientes y/o cuidadores.

Con carácter previo a la reunión, es necesaria la lectura del instrumento de evaluación de forma que cada evaluador pueda familiarizarse con la herramienta, su estructura: dimensiones, componentes e intervenciones y la escala de puntuación antes de comenzar a evaluar.

Se aconseja seguir el orden de lectura que marca el propio cuestionario, esto es, empezar por la dimensión 1 y finalizar con la dimensión 6. A la hora de puntuar, se ha observado que en organizaciones micro resulta más facilitador comenzar por la dimensión 3, Modelo asistencial.

La puntuación de cada intervención deberá ir acompañada por las actuaciones concretas puestas en marcha que la justifiquen. Es importante registrar estas actuaciones en el espacio destinado para ello en la herramienta, así como sus principales descriptores: objetivos, población diana, fases y tiempos de realización, indicadores de proceso y resultados y otros, con el fin de precisar las puntuaciones y objetivar su interpretación. Esto facilitará al equipo la evaluación y el seguimiento de las mismas.

Una reunión de autoevaluación puede durar entre 4 y 5 horas dependiendo del grado de preparación de la misma y de la facilidad de alcanzar consensos sobre las puntuaciones entre los miembros del equipo de autoevaluación. Para facilitar la conducción de la sesión y construir consensos sobre las puntuaciones se recomienda que dos miembros del equipo asuman dos roles importantes: facilitador o conductor y relator o secretario de la sesión. Conocer las intervenciones previamente y describir las actuaciones implementadas según los criterios de la escala de puntuación facilita el consenso del equipo.

5.- Escala de puntuación

La escala de puntuación de IEMAC/ARCHO tiene un rango de 0 a 100. Cada intervención debe puntuarse en base a los siguientes criterios:



- **Despliegue**, entendido como profundidad y grado de implantación de la intervención. Según la naturaleza de cada intervención, el despliegue puede tener un significado diferente. En la mayoría de las intervenciones, el despliegue se refiere a la cobertura poblacional y/o a la cobertura de las patologías crónicas más prevalentes. En otras, en particular en intervenciones de la dimensión 1, Organización del sistema de salud, se refiere al alcance de la intervención en el ámbito de gestión que le corresponda.
- Existencia o no de un proceso de **Evaluación sistemática y continuada** en el tiempo de los progresos y resultados de las intervenciones puestas en práctica. La evaluación implica la realización de mediciones periódicas y controles tanto del despliegue como de los resultados obtenidos, así como su registro. La evaluación sistemática y continuada será la base para el aprendizaje de la organización, permitiendo la identificación, priorización, planificación y puesta en práctica de acciones de mejora. Dado que en no todas las intervenciones es posible realizar una evaluación “dura”, en la práctica, para evaluar las intervenciones pueden utilizarse diferentes diseños: desde estudios descriptivos, observaciones directas, informes de expertos hasta ensayos clínicos aleatorizados, utilizando información tanto cuantitativa como cualitativa.
- **Innovación**, a través de cambios en las intervenciones que den lugar a otras con mejores resultados en la atención a los pacientes con enfermedades crónicas.

La escala es un continuo que permite posicionar el grado de desarrollo de una organización con respecto a cada una de las intervenciones definidas en IEMAC/ARCHO. A pesar de ello, se ha dividido en 5 segmentos para facilitar la asignación de la puntuación.

Primer segmento: Existen actuaciones aisladas o se está definiendo la intervención (o el plan de acción de la intervención). El despliegue (cobertura territorial, número de patologías, número de pacientes y/o profesionales implicados) es limitado. Corresponde a experiencias piloto, actuaciones puntuales con algún grupo de pacientes o intervenciones que se encuentran en fase de diseño.

Segundo segmento: La intervención (o el plan de acción de la intervención) se ha puesto en marcha aunque no se hayan evaluado resultados. El despliegue alcanza a un 25% de los ámbitos relevantes. Se puntuará aquí cuando los planes de acción se hayan puesto en marcha en algunos centros o por algunos profesionales o en determinadas consultas y para alguna patología crónica, con un despliegue en torno al 25%. En este segmento no se exige que se haya realizado evaluación de resultados.

Tercer segmento: La intervención (o el plan de acción de la intervención) se está desarrollando de forma sistemática. Se han evaluado resultados. El despliegue alcanza al 50% de los ámbitos relevantes. Supone que la intervención se está implantando de forma sistemática. Es decir, que no se trata de experiencias aisladas o basadas exclusivamente en el voluntarismo de unos pocos profesionales o de acciones desarrolladas en el marco de un proyecto de investigación. La



implantación de la intervención abarca un número mayor de centros, de profesionales de diferentes disciplinas y a varias patologías crónicas, normalmente las más prevalentes (como diabetes, hipertensión, asma, EPOC, depresión, artrosis y otras), con un despliegue en torno al 50%. Además, ya se ha diseñado el sistema de evaluación y se han evaluado resultados.

Cuarto segmento: La intervención (o el plan de acción de la intervención) se ha evaluado sistemáticamente al menos durante 2 años. El despliegue alcanza a un 75% de los ámbitos relevantes.

Este segmento se utilizará cuando el plan de acción cuente con una trayectoria de implantación en la práctica de, al menos, 2 años. El despliegue de las intervenciones se sitúa en torno al 75% y en ellas intervienen un amplio conjunto de profesionales, centros o consultas, según los casos. Estas intervenciones se realizan en un amplio número de patologías crónicas. Las intervenciones han podido ser evaluadas y el resultado de la evaluación está permitiendo identificar innovaciones en la atención al paciente.

Quinto segmento: La intervención (o plan de acción de la intervención) está integrada en el modelo de atención de la organización, alcanza un despliegue superior al 85% y favorece la innovación.

Este segmento se reserva para las situaciones en las que la intervención está plenamente integrada en la práctica asistencial y alcanza un despliegue en el conjunto de la organización superior al 85%. La evaluación está orientada a la mejora y a la innovación hacia nuevas intervenciones sustancialmente diferentes, posiblemente de otra naturaleza o de nueva generación tecnológica.

Es importante tener en cuenta que la herramienta ha sido desarrollada bajo un criterio restrictivo, por lo que para posicionarse en un determinado segmento hay que cumplir íntegramente los requisitos contenidos en el segmento anterior.

6.- Puntuación

La puntuación global IEMAC/ARCHO corresponde a la suma de las puntuaciones en cada una de las intervenciones. Oscila en un rango de 0 a 7500 y ha sido diseñada para facilitar comparaciones evolutivas de la organización.

De forma operativa y una vez consensuadas las puntuaciones de cada intervención por el equipo evaluador, puede obtenerse una información (en rango de 0 a 100) del grado de implementación y desarrollo en relación con cada componente y dimensión de IEMAC, a partir del cálculo de la puntuación media de las intervenciones evaluadas en cada componente y dimensión.

A la hora de interpretar las puntuaciones ha de tenerse en cuenta que lo habitual es comenzar con puntuaciones modestas. Es lógico que, a medida que los profesionales se van familiarizando con los modelos de atención a pacientes crónicos y con los elementos clave de su gestión, se vayan introduciendo mejoras y las puntuaciones vayan aumentando. No obstante, se ha documentado que, en ocasiones, no se comprende totalmente el proceso de mejora hasta que se está inmerso en él, por lo que podría ocurrir que en alguna evaluación la puntuación sea más baja que en la evaluación previa, a pesar de haber introducido mejoras.



7.- Periodicidad de evaluación

La implantación de intervenciones de mejora ante la cronicidad de una organización sanitaria requiere un tiempo que puede variar en función del tipo de intervención y de la propia organización.

En un primer momento, se recomienda que la organización se autoevalúe con una periodicidad de un año y, en función de los niveles alcanzados y del número, intensidad y tipo de intervenciones de mejora que se hayan desarrollado, distanciar las autoevaluaciones. Las organizaciones más avanzadas en el manejo del paciente crónico requerirán plazos de tiempo mayores para visualizar mejoras significativas.

8.- Utilidades

La herramienta IEMAC/ARCHO:

- Permite realizar el diagnóstico de una organización en relación al grado de implantación de un modelo de excelencia de atención a las personas con enfermedades crónicas, así como su evolución en el tiempo.
- Ofrece un mapa de intervenciones que conforman un modelo de abordaje de la cronicidad, pudiendo ser utilizado como hoja de ruta para la gestión del cambio por clínicos, gestores y planificadores.
- Es un instrumento de mejora de la calidad al permitir la comparación/ benchmarking entre organizaciones similares.

- Facilita la orientación de políticas de planificación, de reasignación de recursos y de cambios organizativos.

El proceso de autoevaluación con IEMAC/ARCHO ofrece:

- La oportunidad de compartir experiencias y perspectivas entre el equipo de profesionales que atienden a los pacientes crónicos.
- La identificación de fortalezas y áreas de mejora para avanzar en el cambio de modelo de atención al paciente crónico.
- Una puntuación en rango de 0 a 7500, que posiciona a la organización respecto a su abordaje de la cronicidad.
- Una posición relativa frente a organizaciones similares.

Ha de tenerse en cuenta que:

- Este instrumento mide las percepciones de los evaluadores sobre la atención al paciente crónico. Como ocurre con otros instrumentos de autoevaluación, estas percepciones pueden estar influenciadas por las motivaciones, expectativas y por la propia comprensión e interpretación de las intervenciones por parte de los respondedores.
- Aunque este instrumento aborda múltiples dimensiones de mejora, no pretende ser un plan integral de mejora de la atención a pacientes crónicos. Aspectos fundamentales, como por ejemplo, los recursos humanos, la financiación o los incentivos, sólo se abordan



cuando están relacionados con la mejora de la atención a pacientes crónicos.

- IEMAC/ARCHO no ha sido diseñado para comparar organizaciones, centros, servicios o prácticas asistenciales en base a la puntuación agregada.

9.- Evaluación a través de la web www.iemac.es

Hacer las evaluaciones de las organizaciones en la web, permite obtener los siguientes informes:

- Informe de posición de la organización con sus puntuaciones en cada intervención, componente y dimensión.
- Informe evolutivo de la organización a lo largo del tiempo.
- Informe de posición relativa (comparativo) de la organización respecto a organizaciones similares.

La persona que cumplimente la evaluación en la web, deberá asegurarse de que cuenta con la autorización del responsable de la organización que se autoevalúe y de que la misma organización no ha cargado otra evaluación en la web en los últimos tres meses.

Igualmente, se deberá especificar el tipo de organización (pública o privada) y su ámbito de decisión: macro (servicios regionales de salud, organizaciones sociosanitarias integradas, etc.), meso (áreas de salud,

departamentos, comarcas, gerencias de atención primaria, hospitales, centros de especialidades, centros sociosanitarios o de larga estancia, programas asistenciales, etc.) o micro (equipos de atención primaria, servicios hospitalarios, programas clínicos, unidades de gestión clínica, etc.). Este registro permite la emisión de informes comparativos con las organizaciones similares.

10. Conversión de las puntuaciones con IEMAC 1.0 a las puntuaciones de IEMAC/ARCHO 1.1

Las organizaciones que se hayan autoevaluado previamente en la web de IEMAC 1.0, pueden obtener fácilmente su(s) puntuación(es) equivalentes con IEMAC/ARCHO 1.1 en la propia web.

El administrador de la web hace el cálculo directo considerando las intervenciones que se han fusionado y aquellas que han cambiado su numeración. En caso de duda, puede consultar al administrador en info@iemac.org.





DIMENSIONES

- 1 DIMENSIÓN 1- ORGANIZACIÓN DEL SISTEMA DE SALUD
- 2 DIMENSIÓN 2- SALUD COMUNITARIA
- 3 DIMENSIÓN 3- MODELO ASISTENCIAL
- 4 DIMENSIÓN 4- APOYO AL AUTOCUIDADO DEL PACIENTE
- 5 DIMENSIÓN 5- APOYO A LA TOMA DE DECISIONES CLÍNICAS
- 6 DIMENSIÓN 6- SISTEMAS DE INFORMACIÓN



DIMENSIÓN 1 - ORGANIZACIÓN DEL SISTEMA DE SALUD

Esta dimensión se refiere a la transformación del sistema de salud con un enfoque de mejora de la salud poblacional a través de una visión compartida. Se apoya en esquemas de financiación adecuados, sistemas de información que permitan la evaluación, mejora e innovación y el alineamiento de las políticas sociales y sanitarias.

1.1 Compromiso de los líderes

1.2 Marco Estratégico

1.3 Enfoque poblacional

1.4 Evaluación, mejora e innovación

1.5 Sistemas de financiación

1.6 Políticas sociales y sanitarias



1.1 Compromiso de los líderes *

1.1.1 Los líderes transmiten una visión explícita del modelo de atención a la cronicidad.



1.1.2 Los líderes reasignan recursos para la transformación del modelo sanitario buscando mejorar la atención a los pacientes crónicos.



1.1.3 Los directivos de las organizaciones promueven el liderazgo clínico entre los miembros de los equipos multidisciplinares. *



Existen actuaciones aisladas y/o un plan de acción. El despliegue es limitado.

El plan de acción se ha puesto en marcha aunque no se hayan evaluado resultados. El despliegue alcanza a un 25% de los ámbitos relevantes.

El plan de acción se está desarrollando de forma sistemática. Se han evaluado resultados. El despliegue alcanza a un 50% de los ámbitos relevantes.

El plan de acción se ha evaluado sistemáticamente al menos durante 2 años. El despliegue alcanza a un 75% de los ámbitos relevantes.

El plan de acción está integrado en el modelo asistencial, alcanza un despliegue superior al 85% y favorece la innovación.

i Describir las actuaciones que se han llevado a cabo que justifiquen dicha puntuación:

*1.1 En este contexto, se entiende por líderes a quienes ejercen un papel directivo en las organizaciones sanitarias y a aquellos responsables de equipos de personas según el entorno que se analice: Servicio Regional de Salud, Área de Salud (Distrito, Departamento, Comarca), Hospital, Centro de Atención Primaria.

*1.1.3. El liderazgo clínico se basa en el desarrollo de competencias para liderar estrategias, inspirar una visión y valores compartidos en el ejercicio profesional, fomentar el trabajo en equipo, crear una cultura organizativa de innovación y excelencia, desarrollar y capacitar a otros profesionales con el objetivo de mejorar la práctica clínica y los resultados clínicos y de gestión y prestar una atención excelente a los pacientes y familias.



1.2 Marco Estratégico

1.2.1 Existe una estrategia o un plan de atención a la cronicidad, que incluye visión, objetivos, actuaciones, evaluación y seguimiento.



1.2.2 En la estrategia se definen indicadores de resultados de salud poblacional, de calidad asistencial y experiencia del paciente y de eficiencia.



Existen actuaciones aisladas y/o un plan de acción. El despliegue es limitado.

El plan de acción se ha puesto en marcha aunque no se hayan evaluado resultados. El despliegue alcanza a un 25% de los ámbitos relevantes.

El plan de acción se está desarrollando de forma sistemática. Se han evaluado resultados. El despliegue alcanza a un 50% de los ámbitos relevantes.

El plan de acción se ha evaluado sistemáticamente al menos durante 2 años. El despliegue alcanza a un 75% de los ámbitos relevantes..

El plan de acción está integrado en el modelo asistencial, alcanza un despliegue superior al 85% y favorece la innovación.

i Describir las actuaciones que se han llevado a cabo que justifiquen dicha puntuación:

1.3 Enfoque poblacional*

1.3.1 El modelo asistencial está orientado a la ganancia en salud y la reducción de desigualdades, monitorizándose su progreso mediante indicadores.



1.3.2 Se han desarrollado e implantado sistemas de estratificación de la población que aportan información útil para la toma de decisiones clínicas y de gestión.*



Existen actuaciones aisladas y/o un plan de acción. El despliegue es limitado.

El plan de acción se ha puesto en marcha aunque no se hayan evaluado resultados. El despliegue alcanza a un 25% de los ámbitos relevantes.

El plan de acción se está desarrollando de forma sistemática. Se han evaluado resultados. El despliegue alcanza a un 50% de los ámbitos relevantes.

El plan de acción se ha evaluado sistemáticamente al menos durante 2 años. El despliegue alcanza a un 75% de los ámbitos relevantes..

El plan de acción está integrado en el modelo asistencial, alcanza un despliegue superior al 85% y favorece la innovación.

i Describir las actuaciones que se han llevado a cabo que justifiquen dicha puntuación:

*1.3 Se entiende por "enfoque poblacional" el considerar a toda la población de un territorio determinado a la hora de diseñar las políticas, estrategias y planes de acción frente a la cronicidad. Incluye, por tanto, no solo a los pacientes atendidos, sino a la población sana para desarrollar actividades de promoción de la salud y prevención y a los pacientes que no utilizan los servicios sanitarios pero que podrían beneficiarse de ellos.

*1.3.2. Se refiere a la clasificación de la población en grupos según su situación de salud, riesgo, complejidad o necesidades específicas considerando que cada grupo podría requerir intervenciones o programas de actuación diferenciados. Los modelos de estratificación más utilizados hasta ahora clasifican a la población según su situación de salud, riesgo de hospitalización urgente o mayor coste en un futuro. Esta intervención se aborda desde una perspectiva de planificación y se complementa con la intervención 6.1.1 referida a la clasificación individual de cada paciente y que consta en su historia clínica.



1.4 Evaluación, mejora e innovación

1.4.1 Se han difundido los indicadores de la estrategia de cronicidad y los resultados de su evaluación a toda la organización.



1.4.2 Se han implantado métodos de aprendizaje colaborativo y de identificación y difusión de buenas prácticas.



1.4.3 Se promueve la innovación con la participación de todos los agentes implicados.



Existen actuaciones aisladas y/o un plan de acción. El despliegue es limitado.

El plan de acción se ha puesto en marcha aunque no se hayan evaluado resultados. El despliegue alcanza a un 25% de los ámbitos relevantes.

El plan de acción se está desarrollando de forma sistemática. Se han evaluado resultados. El despliegue alcanza a un 50% de los ámbitos relevantes.

El plan de acción se ha evaluado sistemáticamente al menos durante 2 años. El despliegue alcanza a un 75% de los ámbitos relevantes..

El plan de acción está integrado en el modelo asistencial, alcanza un despliegue superior al 85% y favorece la innovación.

i Describir las actuaciones que se han llevado a cabo que justifiquen dicha puntuación:

1.5 Sistemas de financiación

1.5.1 Se ha implantado un esquema de financiación de base poblacional con ajuste por riesgos, alineado con la mejora de la calidad y de los resultados en salud.*



1.5.2 Se incentiva el cumplimiento de objetivos compartidos entre distintos ámbitos de atención a los pacientes crónicos (primaria, hospital, social, comunitario).



Existen actuaciones aisladas y/o un plan de acción. El despliegue es limitado.

El plan de acción se ha puesto en marcha aunque no se hayan evaluado resultados. El despliegue alcanza a un 25% de los ámbitos relevantes.

El plan de acción se está desarrollando de forma sistemática. Se han evaluado resultados. El despliegue alcanza a un 50% de los ámbitos relevantes.

El plan de acción se ha evaluado sistemáticamente al menos durante 2 años. El despliegue alcanza a un 75% de los ámbitos relevantes..

El plan de acción está integrado en el modelo asistencial, alcanza un despliegue superior al 85% y favorece la innovación.

i Describir las actuaciones que se han llevado a cabo que justifiquen dicha puntuación:

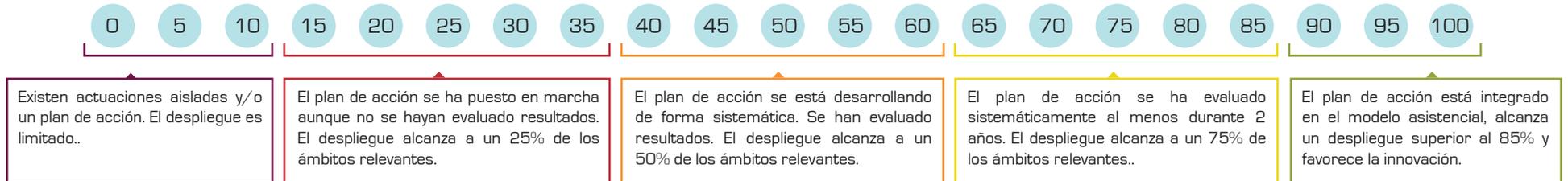
*11.5.1. Entre los sistemas de financiación alineados con la mejora de los resultados en salud, se encuentra la financiación capitativa, es decir la financiación basada en el número de personas adscritas a un territorio como alternativa a los esquemas basados en la financiación por centros asistenciales o programas basados en actividad. La financiación capitativa supone

un incentivo para mantener sana a la población. El ajuste por riesgos puede corregir el pago per cápita según circunstancias. En cualquier caso, el esquema utilizado debe incentivar la mejora de la calidad y resultados en salud.



1.6 Políticas sociales y sanitarias

1.6.1 Se han definido e implementado políticas de coordinación y/o integración de cuidados sociales y sanitarios, especialmente en situaciones de fragilidad y dependencia.



i Describir las actuaciones que se han llevado a cabo que justifiquen dicha puntuación:

2 DIMENSIÓN 2 - SALUD COMUNITARIA

Esta dimensión se refiere a la cooperación entre el sistema sanitario y los recursos, organizaciones e instituciones de la comunidad en la prevención y el manejo de las enfermedades crónicas.

2.1 Estrategias de salud comunitaria

2.2 Alianza con los agentes comunitarios

2.3 Conexión del paciente a recursos comunitarios



2.1 Estrategias de salud comunitaria

2.1.1 Se desarrollan programas y/o proyectos comunitarios en base a las necesidades de salud de la comunidad.



2.1.2 Se han definido políticas de salud comunitaria contando con la participación de agentes del sector salud y de otros sectores: educación, instituciones, empresas, entidades locales y ciudadanía.



Existen actuaciones aisladas y/o un plan de acción. El despliegue es limitado.

El plan de acción se ha puesto en marcha aunque no se hayan evaluado resultados. El despliegue alcanza a un 25% de los ámbitos relevantes.

El plan de acción se está desarrollando de forma sistemática. Se han evaluado resultados. El despliegue alcanza a un 50% de los ámbitos relevantes.

El plan de acción se ha evaluado sistemáticamente al menos durante 2 años. El despliegue alcanza a un 75% de los ámbitos relevantes..

El plan de acción está integrado en el modelo asistencial, alcanza un despliegue superior al 85% y favorece la innovación.

i Describir las actuaciones que se han llevado a cabo que justifiquen dicha puntuación:

2.2 Alianza con los agentes comunitarios

2.2.1 Se utiliza un mapa actualizado de recursos comunitarios que impactan sobre la salud.*



2.2.2 Existen acuerdos de colaboración y cooperación entre los agentes del sistema de salud y cuidados y los recursos de la comunidad.*



Existen actuaciones aisladas y/o un plan de acción. El despliegue es limitado.

El plan de acción se ha puesto en marcha aunque no se hayan evaluado resultados. El despliegue alcanza a un 25% de los ámbitos relevantes.

El plan de acción se está desarrollando de forma sistemática. Se han evaluado resultados. El despliegue alcanza a un 50% de los ámbitos relevantes.

El plan de acción se ha evaluado sistemáticamente al menos durante 2 años. El despliegue alcanza a un 75% de los ámbitos relevantes..

El plan de acción está integrado en el modelo asistencial, alcanza un despliegue superior al 85% y favorece la innovación.

i Describir las actuaciones que se han llevado a cabo que justifiquen dicha puntuación:

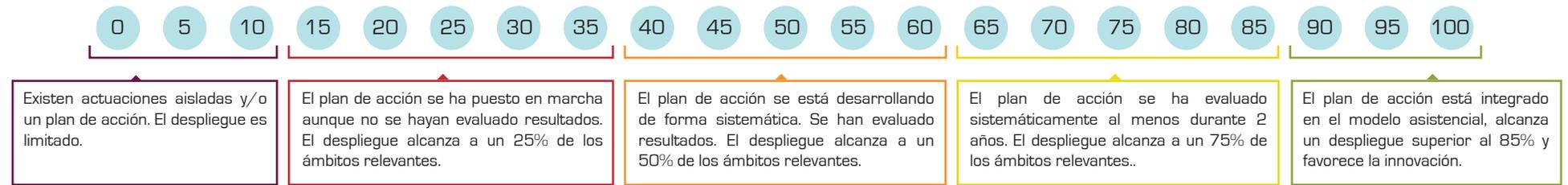
*2.2.1. Se refiere al uso de un directorio de recursos sociales y comunitarios, con el tipo de servicios que prestan, proveedores, perfil de usuarios, forma de acceso, etc. en el área geográfica de referencia.

*2.2.2. Se refiere a establecer mecanismos activos que promuevan la coordinación de los servicios sanitarios con los recursos comunitarios del área geográfica de referencia.



2.3 Conexión del paciente a recursos comunitarios

2.3.1 Los procesos asistenciales contemplan la derivación de los pacientes crónicos a los programas y recursos comunitarios.



i Describir las actuaciones que se han llevado a cabo que justifiquen dicha puntuación:

3 DIMENSIÓN 3 - MODELO ASISTENCIAL

Esta dimensión se refiere a cómo avanzar hacia modelos de atención proactivos que contemplen a la persona en su globalidad, con un enfoque integrado, por parte de los distintos dispositivos y profesionales de los ámbitos social y sanitario que desempeñan sus funciones de forma planificada, estructurada y coordinada.

3.1 Atención centrada en el paciente

3.2 Competencias profesionales

3.3 Trabajo en equipo multidisciplinar

3.4 Integración y continuidad asistencial

3.5 Seguimiento activo del paciente

3.6 Innovación en las interacciones entre pacientes y profesionales

3.7 Gestión clínica de la cronicidad y sistemas de incentivos



3.1 Atención centrada en el paciente*

3.1.1 La organización asigna a cada paciente crónico un profesional para que ejerza como su referente asistencial en cada ámbito de atención.*



3.1.2 Los pacientes de alto riesgo disponen de una línea de consulta durante 7 días / 24 horas con profesionales con acceso a su historia clínica (excluidos los servicios de urgencia).



3.1.3 Se ha definido un plan específico de actuación con pacientes en situación de enfermedad crónica avanzada, de acuerdo a sus valores y preferencias.



3.1.4 La atención social y sanitaria está dirigida a que el paciente permanezca en su entorno y en la comunidad con la mejor calidad de vida posible.



Existen actuaciones aisladas y/o un plan de acción. El despliegue es limitado.

El plan de acción se ha puesto en marcha aunque no se hayan evaluado resultados. El despliegue alcanza a un 25% de los ámbitos relevantes.

El plan de acción se está desarrollando de forma sistemática. Se han evaluado resultados. El despliegue alcanza a un 50% de los ámbitos relevantes.

El plan de acción se ha evaluado sistemáticamente al menos durante 2 años. El despliegue alcanza a un 75% de los ámbitos relevantes..

El plan de acción está integrado en el modelo asistencial, alcanza un despliegue superior al 85% y favorece la innovación.

i Describir las actuaciones que se han llevado a cabo que justifiquen dicha puntuación:

*3.1. Se refiere a que la planificación, organización y prestación de atención tiene en cuenta los valores, preferencias y necesidades del paciente y promueve su implicación en todo el proceso, facilitándole su interacción con el sistema sanitario y los profesionales como medio para mejorar la calidad de la atención que recibe.

*3.1.1. Se refiere al profesional a quien el paciente identifica como su referente ante cualquier evento o consulta que requiera y de quien conoce su nombre. Puede ser su médico o enfermero de familia, su especialista médico o enfermera, gestor de caso u otro profesional en función del ámbito de atención. Puede haber más de un referente.

3.2 Competencias profesionales *

3.2.1 Se incorporan y desarrollan las competencias profesionales que deben intervenir en la atención al paciente crónico.



3.2.2 Existen profesionales responsables de la coordinación y continuidad asistencial, especialmente en procesos de transición entre ámbitos asistenciales y en la planificación del alta hospitalaria. *



3.2.3 Se dispone de profesionales con competencia en gestión de casos en la comunidad para el manejo de los pacientes crónicos de mayor riesgo.



3.2.4. Se desarrollan las competencias de los profesionales en el ámbito relacional y de motivación del paciente para que se implique en su autocuidado.



Existen actuaciones aisladas y/o un plan de acción. El despliegue es limitado.

El plan de acción se ha puesto en marcha aunque no se hayan evaluado resultados. El despliegue alcanza a un 25% de los ámbitos relevantes.

El plan de acción se está desarrollando de forma sistemática. Se han evaluado resultados. El despliegue alcanza a un 50% de los ámbitos relevantes.

El plan de acción se ha evaluado sistemáticamente al menos durante 2 años. El despliegue alcanza a un 75% de los ámbitos relevantes..

El plan de acción está integrado en el modelo asistencial, alcanza un despliegue superior al 85% y favorece la innovación.

i Describir las actuaciones que se han llevado a cabo que justifiquen dicha puntuación:

3.2. Se refiere a incorporar y desarrollar nuevas competencias y a desarrollar nuevos perfiles de profesionales con un mapa de competencias, de forma que estén preparados para prestar una mejor atención a los pacientes crónicos. Ejemplos de nuevas competencias pueden ser consejeros de salud, atención telefónica o las referidas en 3.2.2, 3.2.3 y 3.2.4.

3.2.2. Son profesionales, como las enfermeras de enlace, que participan activamente en el proceso de planificación del alta en pacientes hospitalizados o institucionalizados con el objetivo de garantizar la continuidad asistencial en el proceso de atención, mantener los cuidados en el domicilio, centro sociosanitario o residencia y prevenir el reingreso.



3.3 Trabajo en equipo multidisciplinar

3.3.1 Se trabaja en equipo multidisciplinar en los centros y dispositivos asistenciales.*



3.3.2 Se promueve la relación formal e informal entre los profesionales de los diferentes ámbitos asistenciales con actividades conjuntas.*



3.3.3 Se facilita el trabajo colaborativo entre profesionales de los ámbitos sanitario, social, laboral y comunitario para mejorar la atención al paciente crónico.



3.3.4 Existen objetivos compartidos entre los diferentes equipos y dispositivos asistenciales alineados con el buen manejo del paciente crónico.



Existen actuaciones aisladas y/o un plan de acción. El despliegue es limitado..

El plan de acción se ha puesto en marcha aunque no se hayan evaluado resultados. El despliegue alcanza a un 25% de los ámbitos relevantes.

El plan de acción se está desarrollando de forma sistemática. Se han evaluado resultados. El despliegue alcanza a un 50% de los ámbitos relevantes.

El plan de acción se ha evaluado sistemáticamente al menos durante 2 años. El despliegue alcanza a un 75% de los ámbitos relevantes..

El plan de acción está integrado en el modelo asistencial, alcanza un despliegue superior al 85% y favorece la innovación.

i Describir las actuaciones que se han llevado a cabo que justifiquen dicha puntuación:

* 3.3.1. Se refiere a que esté implementada una estrategia de desarrollo de equipos que incluye los siguientes elementos clave: identificación de los miembros del equipo, definición de sus roles y funciones, objetivos compartidos con evaluación sistemática de su grado de consecución, de canales de información y comunicación con su periodicidad, de forma que se potencie la cooperación eficaz entre sus miembros. Los equipos pueden ser la unidad básica asistencial (UBA) de médico y enfermera de atención primaria, equipos extendidos

(internistas, otros especialistas, farmacéuticos, psicólogos, fisioterapeutas), u otros más amplios multidisciplinarios y/o inter-ámbitos asistenciales.

* 3.3.2. Se refiere a la promoción de espacios de encuentro y debate entre los profesionales, tanto a través de la organización de actividades estructuradas (seminarios, conferencias, jornadas conjuntas, etc.) como a través de la facilitación de espacios de interacción más informales (redes sociales, plataformas de gestión de conocimiento, actividades sociales, etc.).

3.4 Integración y continuidad asistencial - 1/2

3.4.1 Se han elaborado y aplicado rutas asistenciales entre atención primaria y especializada para las patologías crónicas más prevalentes. Estas rutas incorporan circuitos y dispositivos asistenciales en función de las necesidades del paciente.



3.4.2 Las rutas asistenciales incorporan los ámbitos social, sociolaboral y comunitario.



3.4.3 Está definido e implementado el proceso de atención integrada y multidisciplinar del paciente pluripatológico.



Existen actuaciones aisladas y/o un plan de acción. El despliegue es limitado.

El plan de acción se ha puesto en marcha aunque no se hayan evaluado resultados. El despliegue alcanza a un 25% de los ámbitos relevantes.

El plan de acción se está desarrollando de forma sistemática. Se han evaluado resultados. El despliegue alcanza a un 50% de los ámbitos relevantes.

El plan de acción se ha evaluado sistemáticamente al menos durante 2 años. El despliegue alcanza a un 75% de los ámbitos relevantes..

El plan de acción está integrado en el modelo asistencial, alcanza un despliegue superior al 85% y favorece la innovación.

i Describir las actuaciones que se han llevado a cabo que justifiquen dicha puntuación:

3.4 Integración y continuidad asistencial - 2/2

3.4.4 Existen alertas para informar y activar a los equipos clínicos en procesos de interconsulta y en situaciones de transición (urgencias, ingreso y alta hospitalaria y de centros sociosanitarios).



3.4.5 Existen circuitos alternativos a urgencias para pacientes crónicos en situación de dificultad de manejo y/o agudización: hospital de día, ingreso dirigido desde atención primaria, acceso telefónico u otros.



3.4.6 Se realiza la conciliación farmacológica en las transiciones entre ámbitos asistenciales.*



Existen actuaciones aisladas y/o un plan de acción. El despliegue es limitado.

El plan de acción se ha puesto en marcha aunque no se hayan evaluado resultados. El despliegue alcanza a un 25% de los ámbitos relevantes.

El plan de acción se está desarrollando de forma sistemática. Se han evaluado resultados. El despliegue alcanza a un 50% de los ámbitos relevantes.

El plan de acción se ha evaluado sistemáticamente al menos durante 2 años. El despliegue alcanza a un 75% de los ámbitos relevantes..

El plan de acción está integrado en el modelo asistencial, alcanza un despliegue superior al 85% y favorece la innovación.

i Describir las actuaciones que se han llevado a cabo que justifiquen dicha puntuación:

* 3.4.6. Se refiere al proceso formal de verificación de la medicación habitual de un paciente en el momento de ingresar o de ser dado de alta en un hospital o de ser atendido en una consulta externa y su comparación con la nueva medicación prescrita, evitando duplicidades, interacciones o contraindicaciones entre ambos tratamientos. El proceso de conciliación

debe asegurar la continuidad terapéutica durante la transición asistencial (entre atención primaria, especializada y sociosanitaria) garantizando la continuidad y compatibilidad de los tratamientos.

3.5 Seguimiento activo del paciente

3.5.1 Existen planes de actuación estandarizados según perfiles de pacientes, que abordan el proceso integrado de atención, incluyendo actividades de promoción y prevención.



3.5.2 Existe un plan terapéutico integral para cada paciente con objetivos de prevención, de control clínico y de síntomas, así como de autocuidado, incorporado a su historia clínica.



3.5.3 Existen alertas en la historia clínica que advierten al profesional cuando el paciente tiene un control inadecuado (parámetro fuera de rango, no realización de una prueba, falta de su registro, etc).



3.5.4. Se revisa sistemáticamente la medicación con el paciente para detectar y resolver problemas relacionados con su efectividad, seguridad y adherencia.



Existen actuaciones aisladas y/o un plan de acción. El despliegue es limitado.

El plan de acción se ha puesto en marcha aunque no se hayan evaluado resultados. El despliegue alcanza a un 25% de los ámbitos relevantes.

El plan de acción se está desarrollando de forma sistemática. Se han evaluado resultados. El despliegue alcanza a un 50% de los ámbitos relevantes.

El plan de acción se ha evaluado sistemáticamente al menos durante 2 años. El despliegue alcanza a un 75% de los ámbitos relevantes..

El plan de acción está integrado en el modelo asistencial, alcanza un despliegue superior al 85% y favorece la innovación.

i Describir las actuaciones que se han llevado a cabo que justifiquen dicha puntuación:



3.6 Innovación en las interacciones entre pacientes y profesionales

3.6.1 Se utilizan tecnologías que permiten la interacción entre pacientes y profesionales de forma no presencial (teléfono, correo electrónico, consulta telemática, telemonitorización, teleasistencia, apps).



3.6.2. Se realizan consultas grupales.



3.6.3 Se prescriben sitios web, redes sociales, blogs con contenidos de educación sanitaria de calidad contrastada.



3.6.4. Existen programas estructurados y proactivos no presenciales para el control y seguimiento de los pacientes crónicos.



Existen actuaciones aisladas y/o un plan de acción. El despliegue es limitado.

El plan de acción se ha puesto en marcha aunque no se hayan evaluado resultados. El despliegue alcanza a un 25% de los ámbitos relevantes.

El plan de acción se está desarrollando de forma sistemática. Se han evaluado resultados. El despliegue alcanza a un 50% de los ámbitos relevantes.

El plan de acción se ha evaluado sistemáticamente al menos durante 2 años. El despliegue alcanza a un 75% de los ámbitos relevantes..

El plan de acción está integrado en el modelo asistencial, alcanza un despliegue superior al 85% y favorece la innovación.

i Describir las actuaciones que se han llevado a cabo que justifiquen dicha puntuación:

3.7 Gestión clínica de la cronicidad y sistemas de incentivos

3.7.1 Los equipos de atención cuentan con capacidad de gestión de sus recursos, organización y funcionamiento.



3.7.2 El sistema de incentivos de los profesionales está alineado con el buen manejo del paciente crónico.



3.7.3 Se facilita el retorno de información a los clínicos para que puedan mejorar su práctica.



Existen actuaciones aisladas y/o un plan de acción. El despliegue es limitado.

El plan de acción se ha puesto en marcha aunque no se hayan evaluado resultados. El despliegue alcanza a un 25% de los ámbitos relevantes.

El plan de acción se está desarrollando de forma sistemática. Se han evaluado resultados. El despliegue alcanza a un 50% de los ámbitos relevantes.

El plan de acción se ha evaluado sistemáticamente al menos durante 2 años. El despliegue alcanza a un 75% de los ámbitos relevantes.

El plan de acción está integrado en el modelo asistencial, alcanza un despliegue superior al 85% y favorece la innovación.

i Describir las actuaciones que se han llevado a cabo que justifiquen dicha puntuación:

4 DIMENSIÓN 4 - APOYO AL AUTOCUIDADO DEL PACIENTE

Esta dimensión se refiere a cómo el paciente se implica en la gestión y cuidados de su enfermedad. Supone el uso eficaz de estrategias de apoyo y capacitación que faciliten que el paciente adquiera la motivación, los conocimientos, las habilidades y los recursos necesarios para afrontar su proceso crónico.

4.1 Evaluación del paciente para el autocuidado

4.2. Educación terapéutica estructurada

4.3. Activación psicosocial del paciente y apoyo mutuo

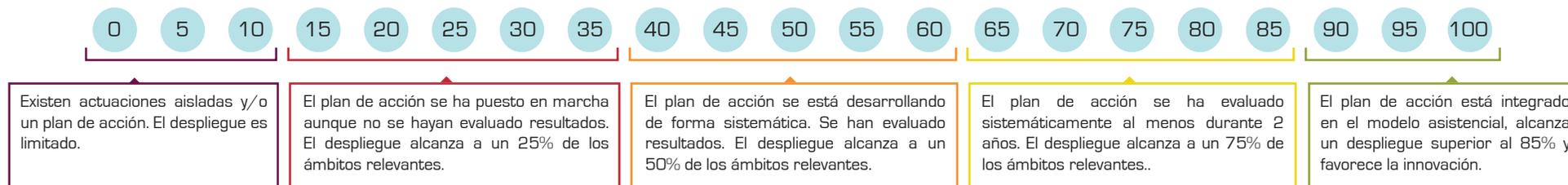
4.4 Herramientas para facilitar el autocuidado

4.5 Toma de decisiones compartida



4.1 Evaluación del paciente para el autocuidado

4.1.1 Los profesionales, junto con el paciente o su cuidador*, llevan a cabo una valoración integral del caso para detectar sus necesidades, actitud y competencia hacia el autocuidado.



i Describir las actuaciones que se han llevado a cabo que justifiquen dicha puntuación:

* 4.1.1. Si el paciente tiene déficit de autonomía.



4.2. Educación terapéutica estructurada

4.2.1. Se realiza educación terapéutica al paciente en todo lo concerniente a su proceso crónico, según programas estructurados.



4.2.2 Se proporcionan distintos formatos de educación terapéutica según necesidades y preferencias del paciente: consulta individual, grupal, telefónica, on-line, webs especializadas, talleres, materiales didácticos, etc.



Existen actuaciones aisladas y/o un plan de acción. El despliegue es limitado.

El plan de acción se ha puesto en marcha aunque no se hayan evaluado resultados. El despliegue alcanza a un 25% de los ámbitos relevantes.

El plan de acción se está desarrollando de forma sistemática. Se han evaluado resultados. El despliegue alcanza a un 50% de los ámbitos relevantes.

El plan de acción se ha evaluado sistemáticamente al menos durante 2 años. El despliegue alcanza a un 75% de los ámbitos relevantes.

El plan de acción está integrado en el modelo asistencial, alcanza un despliegue superior al 85% y favorece la innovación.

i Describir las actuaciones que se han llevado a cabo que justifiquen dicha puntuación:

4.3. Activación psicosocial del paciente y apoyo mutuo*

4.3.1 Se desarrollan las competencias de gestión de los pacientes (resolución de problemas, toma de decisiones, uso adecuado de recursos sanitarios y sociales) para aumentar su motivación y confianza en su capacidad de autocuidado (programas tipo paciente-experto).



4.3.2 Se promueve la participación de pacientes y cuidadores en asociaciones, grupos de ayuda mutua, redes sociales y foros de pacientes.



Existen actuaciones aisladas y/o un plan de acción. El despliegue es limitado.

El plan de acción se ha puesto en marcha aunque no se hayan evaluado resultados. El despliegue alcanza a un 25% de los ámbitos relevantes.

El plan de acción se está desarrollando de forma sistemática. Se han evaluado resultados. El despliegue alcanza a un 50% de los ámbitos relevantes..

El plan de acción se ha evaluado sistemáticamente al menos durante 2 años. El despliegue alcanza a un 75% de los ámbitos relevantes..

El plan de acción está integrado en el modelo asistencial, alcanza un despliegue superior al 85% y favorece la innovación.

i Describir las actuaciones que se han llevado a cabo que justifiquen dicha puntuación:

* 4.3 La interacción, el intercambio de conocimientos, experiencias y vivencias entre iguales facilitan la implicación del paciente en el manejo de su enfermedad.



4.4 Herramientas para facilitar el autocuidado

4.4.1 El paciente dispone de información escrita útil y comprensible de su plan terapéutico personalizado.



4.4.2 El paciente dispone de acceso electrónico seguro al canal de salud que contiene su carpeta personal de salud (parte de su historia clínica con información relevante para él), otros recursos de salud y opciones de comunicación con sus profesionales.



4.4.3 Se utilizan herramientas para el autocuidado (teléfono, control telemático, cartilla del paciente, sistema de alertas, medidores de parámetros biológicos, cuestionarios de autoevaluación, pastilleros y otros) adaptadas al perfil del paciente.



4.4.4 Se prescriben programas colectivos que promueven la autonomía personal del paciente crónico.*



Existen actuaciones aisladas y/o un plan de acción. El despliegue es limitado.

El plan de acción se ha puesto en marcha aunque no se hayan evaluado resultados. El despliegue alcanza a un 25% de los ámbitos relevantes.

El plan de acción se está desarrollando de forma sistemática. Se han evaluado resultados. El despliegue alcanza a un 50% de los ámbitos relevantes.

El plan de acción se ha evaluado sistemáticamente al menos durante 2 años. El despliegue alcanza a un 75% de los ámbitos relevantes..

El plan de acción está integrado en el modelo asistencial, alcanza un despliegue superior al 85% y favorece la innovación.

i Describir las actuaciones que se han llevado a cabo que justifiquen dicha puntuación:

* 4.4.4. Programas como gimnasia colectiva, deshabituación tabáquica, prevención de caídas, etc.

4.5 Toma de decisiones compartida

4.5.1 El paciente recibe información rigurosa, comprensible y de su interés sobre su problema de salud y las alternativas de cuidados.



4.5.2 El paciente participa en la definición de problemas, en el plan de acción para negociar prioridades y objetivos y en la evaluación de su progreso.



Existen actuaciones aisladas y/o un plan de acción. El despliegue es limitado.

El plan de acción se ha puesto en marcha aunque no se hayan evaluado resultados. El despliegue alcanza a un 25% de los ámbitos relevantes.

El plan de acción se está desarrollando de forma sistemática. Se han evaluado resultados. El despliegue alcanza a un 50% de los ámbitos relevantes.

El plan de acción se ha evaluado sistemáticamente al menos durante 2 años. El despliegue alcanza a un 75% de los ámbitos relevantes.

El plan de acción está integrado en el modelo asistencial, alcanza un despliegue superior al 85% y favorece la innovación.

i Describir las actuaciones que se han llevado a cabo que justifiquen dicha puntuación:

5

DIMENSIÓN 5 - APOYO A LA TOMA DE DECISIONES CLÍNICAS

Esta dimensión se refiere al compromiso de la organización para mejorar los resultados en salud mediante herramientas de ayuda a la toma de decisiones, la formación de los profesionales y el intercambio de conocimiento entre quienes prestan atención al paciente crónico.

5.1 Protocolos y guías compartidas

5.2 Formación continuada

5.3 Consultoría y enlace



5.1 Protocolos y guías compartidas

5.1.1 Se utilizan guías de práctica clínica compartidas entre ámbitos asistenciales.



5.1.2 Se dispone de algoritmos de ayuda, aviso y soporte a la intervención terapéutica basados en guías de práctica clínica, incorporados en la historia clínica.



5.1.3 El diseño de guías, protocolos y otros instrumentos de conocimiento experto incorpora las situaciones de comorbilidad más frecuentes.



Existen actuaciones aisladas y/o un plan de acción. El despliegue es limitado.

El plan de acción se ha puesto en marcha aunque no se hayan evaluado resultados. El despliegue alcanza a un 25% de los ámbitos relevantes.

El plan de acción se está desarrollando de forma sistemática. Se han evaluado resultados. El despliegue alcanza a un 50% de los ámbitos relevantes.

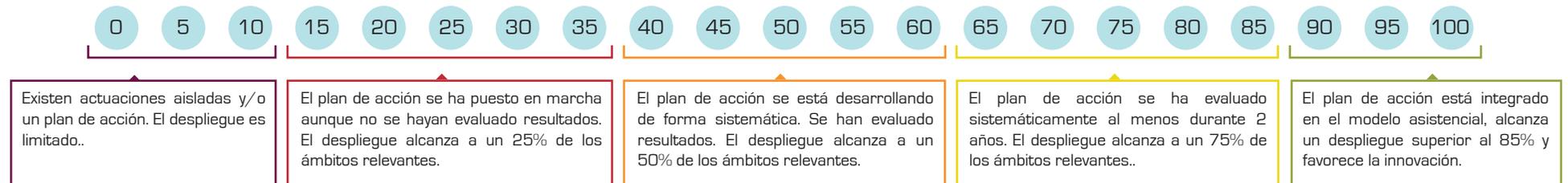
El plan de acción se ha evaluado sistemáticamente al menos durante 2 años. El despliegue alcanza a un 75% de los ámbitos relevantes.

El plan de acción está integrado en el modelo asistencial, alcanza un despliegue superior al 85% y favorece la innovación.

i Describir las actuaciones que se han llevado a cabo que justifiquen dicha puntuación:

5.2 Formación continuada

5.2.1. Se evalúa el impacto en la práctica clínica de la formación en torno al abordaje de la cronicidad.



i Describir las actuaciones que se han llevado a cabo que justifiquen dicha puntuación:

5.3 Consultoría y enlace*

5.3.1 Se recurre a consultoría presencial (sesiones clínicas, interconsultas, rotaciones) para transferir conocimiento experto de forma multidireccional.



5.3.2 Se recurre a consultoría no presencial (derivación electrónica de pacientes, interconsulta vía correo electrónico, plataforma virtual interconsulta) para transferir conocimiento experto de forma multidireccional.



Existen actuaciones aisladas y/o un plan de acción. El despliegue es limitado..

El plan de acción se ha puesto en marcha aunque no se hayan evaluado resultados. El despliegue alcanza a un 25% de los ámbitos relevantes.

El plan de acción se está desarrollando de forma sistemática. Se han evaluado resultados. El despliegue alcanza a un 50% de los ámbitos relevantes.

El plan de acción se ha evaluado sistemáticamente al menos durante 2 años. El despliegue alcanza a un 75% de los ámbitos relevantes..

El plan de acción está integrado en el modelo asistencial, alcanza un despliegue superior al 85% y favorece la innovación.

1 Describir las actuaciones que se han llevado a cabo que justifiquen dicha puntuación:

* 5.3. Se refiere a la transmisión de conocimiento teórico, empírico y experiencia entre profesionales para ayudar en la resolución de casos concretos o para aumentar la formación en áreas específicas. La transferencia de conocimiento puede darse entre profesionales con

distintos niveles de especialización, distintos niveles asistenciales (atención primaria, hospital, servicios sociales, salud pública) y ser interprofesional (medicina, enfermería, farmacia y otras). Igualmente puede funcionar en un sentido y en el inverso.



6

DIMENSIÓN 6 - SISTEMAS DE INFORMACIÓN

Esta dimensión se refiere a la utilización de la información y comunicación como soporte para la gestión clínica y poblacional de forma estructurada, proactiva e integrada entre los distintos subsistemas de información, para mejorar la atención a los pacientes crónicos.

6.1 Información para la gestión y la práctica clínica

6.2 Integración de la información clínica del paciente

6.3 Comunicación de información clínica entre profesionales



6.1 Información para la gestión y la práctica clínica

6.1.1 Está disponible en la historia clínica del paciente su clasificación predictiva en función de la previsión de sus necesidades asistenciales.*



6.1.2 Los clínicos tienen acceso directo a listados de pacientes según problemas de salud, parámetros clínicos o situaciones de riesgo.



6.1.3 Se dispone de un panel de indicadores de evaluación clínica que abordan aspectos significativos de las enfermedades crónicas más relevantes.*



6.1.4 Se facilita la información procesada y los indicadores de evaluación a clínicos y gestores con periodicidad establecida para mejorar la práctica y la gestión.



6.1.5 La historia clínica está diseñada de forma amigable y ergonómica para facilitar el seguimiento clínico por parte del profesional.



Existen actuaciones aisladas y/o un plan de acción. El despliegue es limitado.

El plan de acción se ha puesto en marcha aunque no se hayan evaluado resultados. El despliegue alcanza a un 25% de los ámbitos relevantes.

El plan de acción se está desarrollando de forma sistemática. Se han evaluado resultados. El despliegue alcanza a un 50% de los ámbitos relevantes.

El plan de acción se ha evaluado sistemáticamente al menos durante 2 años. El despliegue alcanza a un 75% de los ámbitos relevantes.

El plan de acción está integrado en el modelo asistencial, alcanza un despliegue superior al 85% y favorece la innovación.

* 6.1.1. La historia clínica del paciente incluye su nivel de riesgo según el grado de severidad de la enfermedad, comorbilidad, discapacidad asociada, riesgo de hospitalización, complicaciones previsible en el curso del tratamiento, tipo de medicación, dificultades de apoyo social, etc.

* 6.1.3. El sistema de indicadores debería incluir como mínimo: prevalencia esperada, nivel de diagnóstico, adecuación del tratamiento y cumplimiento, utilización de hospitalización y urgencias [generales y específicas], consultas preferentes, complicaciones, discapacidad y mortalidad.

6.2 Integración de la información clínica del paciente

6.2.1 La historia clínica electrónica es interoperable entre todos los ámbitos asistenciales.



6.2.2 Están implantados sistemas para garantizar la seguridad del paciente.*



6.2.3 El paciente puede incorporar información clínica en su carpeta personal de salud.*



6.2.4 Se comparte información generada en otros ámbitos (servicios sociales, salud pública, INSS) entre los profesionales.



Existen actuaciones aisladas y/o un plan de acción. El despliegue es limitado.

El plan de acción se ha puesto en marcha aunque no se hayan evaluado resultados. El despliegue alcanza a un 25% de los ámbitos relevantes.

El plan de acción se está desarrollando de forma sistemática. Se han evaluado resultados. El despliegue alcanza a un 50% de los ámbitos relevantes.

El plan de acción se ha evaluado sistemáticamente al menos durante 2 años. El despliegue alcanza a un 75% de los ámbitos relevantes.

El plan de acción está integrado en el modelo asistencial, alcanza un despliegue superior al 85% y favorece la innovación.

i Describir las actuaciones que se han llevado a cabo que justifiquen dicha puntuación:

6.2.2. Estos sistemas deben incluir la identificación inequívoca del paciente y otros sistemas de prevención de riesgos en función de las características del paciente y de su tratamiento.

6.2.3. Se refiere a información sobre estado general de salud, síntomas, cumplimiento terapéutico, cuestionarios autocumplimentados genéricos y específicos, medicación de no prescripción, así como resultados de salud, sanidad privada, salud laboral u otros.

6.3 Comunicación de información clínica entre profesionales

6.3.1 Existe un modelo de derivación electrónica o consulta virtual entre profesionales de los distintos ámbitos asistenciales con envío y retorno electrónico de la información.



6.3.2 Existe un canal (teléfono directo u otros medios de contacto) para interconsulta en tiempo real entre los distintos ámbitos asistenciales.



Existen actuaciones aisladas y/o un plan de acción. El despliegue es limitado.

El plan de acción se ha puesto en marcha aunque no se hayan evaluado resultados. El despliegue alcanza a un 25% de los ámbitos relevantes.

El plan de acción se está desarrollando de forma sistemática. Se han evaluado resultados. El despliegue alcanza a un 50% de los ámbitos relevantes.

El plan de acción se ha evaluado sistemáticamente al menos durante 2 años. El despliegue alcanza a un 75% de los ámbitos relevantes.

El plan de acción está integrado en el modelo asistencial, alcanza un despliegue superior al 85% y favorece la innovación.

i Describir las actuaciones que se han llevado a cabo que justifiquen dicha puntuación:

IEMAC-ARCHO

Assessment of Readiness
for **Chronicity** in Health
Care Organizations

Instrumento de Evaluación
de Modelos de Atención
ante la **Cronicidad**

www.iemac.org



MSD

bioef

berrikuntza + ikerketa + osasuna eusko fundazioa
fundación vasca de innovación e investigación sanitarias