










IEMAC-DIABETES

Instrumento de Evaluación
de modelos de atención
ante la **Cronicidad: Diabetes**



ÍNDICE

	PRESENTACIÓN	4
	INSTRUCCIONES PARA LA AUTOEVALUACIÓN	7
	DIMENSIONES	13
	1 ORGANIZACIÓN DEL SISTEMA DE SALUD	14
	2 SALUD COMUNITARIA	16
	3 MODELO ASISTENCIAL	18
	4 APOYO AL AUTOCUIDADO DEL PACIENTE	26
	5 APOYO A LA TOMA DE DECISIONES CLÍNICAS	30
	6 SISTEMAS DE INFORMACIÓN	32



La diabetes está considerada como uno de los principales problemas de salud pública a nivel global. Impulsada por la obesidad y los estilos de vida poco saludables, la diabetes conlleva una elevada carga de enfermedad, derivada de su prevalencia, de sus complicaciones y de la multimorbilidad asociada. En España, el estudio Di@bet.es¹ detectó una prevalencia de diabetes del 13.8%, con un 6.0% de diabetes desconocida.

La prevención y control de la diabetes representa, por tanto, un verdadero reto para los profesionales, los servicios y los sistemas sanitarios y sociales, para la comunidad y, sobre todo, para los propios pacientes, ya que afecta de forma importante a su calidad de vida.

Además, la diabetes tiene un elevado impacto económico y social. Según el estudio SECCAID², el coste directo total anual de la diabetes en España en 2012 ascendió a 5.809 millones de euros, lo que representó el 8,2% del gasto sanitario total. El gasto sanitario directo de una persona con diabetes multiplica por 2.4 el de las personas que no la padecen, a lo que hay que añadir los costes indirectos y otros costes sociales, por su mayor prevalencia entre la población más desfavorecida.

Sin embargo, hay elementos positivos: el aumento de la prevalencia y la progresión de la diabetes se pueden prevenir mediante un buen control de los factores de riesgo. Además, el estado de salud de los diabéticos es fácilmente monitorizable de forma objetiva, pudiéndose medir el grado de control y la progresión con indicadores y parámetros bioquímicos fiables, algo que no sucede en otras enfermedades. A pesar

de ello, cerca de la mitad de los pacientes diabéticos diagnosticados tienen su diabetes fuera de control.

Por estos motivos, la diabetes se ha convertido en una prioridad para profesionales e instituciones responsables del cuidado de la salud. Desde una gran variedad de entornos: profesionales, sociedades científicas, administraciones sanitarias, empresas, etc. se vienen realizando numerosos esfuerzos en mejorar la atención a los pacientes con diabetes. Gran parte de estos esfuerzos se basan en cambios en el modelo de atención a los pacientes diabéticos.

El modelo de atención sanitaria tradicional, vigente durante décadas, se caracteriza por una atención episódica, a demanda, con la participación sucesiva de múltiples profesionales y con escasa conexión entre los distintos ámbitos asistenciales. Este modelo fue útil hasta que el cambio en la epidemiología, marcado por el predominio de enfermedades crónicas y la comorbilidad, puso de manifiesto su obsolescencia y la necesidad de cambios profundos para abordar las necesidades actuales de la población y de forma especial, la de los pacientes crónicos.

La diabetes, como paradigma de la enfermedad crónica, ha sido la enfermedad sobre la que se han realizado más estudios con los nuevos modelos de atención a la cronicidad, principalmente con el modelo más reconocido de todos, el Chronic Care Model (CCM)³. Es, sin duda, la enfermedad de la que se dispone de mayor evidencia sobre el grado de efectividad de las distintas intervenciones del CCM.

Aplicado en pacientes con diabetes, el CCM ha logrado demostrar mejores resultados en salud mediante revisiones sistemáticas y metaanálisis, en una variedad de entornos y modelos asistenciales^{4,5,6}. Aunque el CCM es un modelo “multipalanca”, es decir, utiliza cambios múltiples en diversas áreas de la atención al paciente crónico, ciertos elementos, como el rediseño de la atención por los equipos asistenciales o estrategias que implican al paciente se han mostrado especialmente eficaces en la reducción de HbA1C, colesterol de LDL y tensión arterial en pacientes diabéticos. Estrategias que se dirigen exclusivamente a los profesionales obtienen buenos resultados sólo cuando el punto de partida es bajo.

La prevención y control de la diabetes requieren un esfuerzo coordinado de diferentes niveles asistenciales y del propio paciente. La promoción de estilos de vida saludables, el control de los factores de riesgo (alimentación, sobrepeso, ejercicio físico), la educación diabetológica y el autocuidado del paciente son activos de salud irrenunciables para controlar el progreso de la enfermedad y la sobrecarga social y sanitaria.

El control de la diabetes y el seguimiento durante toda la vida del paciente lo realizan, fundamentalmente, profesionales de atención primaria y de hospital. Los nuevos modelos de atención al paciente diabético implican cambios en la organización y en los procesos de atención: equipos multidisciplinares e interámbitos asistenciales, endocrinos consultores, enfermeras educadoras, historia clínica única y compartida, guías y protocolos consensuados entre los profesionales, la participación del

paciente en la gestión y monitorización de su enfermedad, en donde las TIC son herramientas clave y facilitadoras de las interacciones productivas entre profesionales y pacientes, asociaciones de pacientes. En definitiva, cambios complejos, no fáciles de controlar y en los que factores contextuales han demostrado una gran influencia⁷. Por ello, es imprescindible medir y monitorizar los resultados para asegurarnos de que las acciones de mejora emprendidas avanzan en la dirección deseada.

Para ayudar a las organizaciones sanitarias que deseen mejorar la atención que prestan a sus pacientes crónicos, la compañía farmacéutica MSD, el Instituto Vasco de Innovación Sanitaria (O+Berri) y la Universidad Miguel Hernández de Elche (UMH) han desarrollado IEMAC-ARCHO⁸ (Instrumento de Evaluación de Modelos de Atención a la Cronicidad- Assessment of Readiness for Chronicity of Health Care Organizations). IEMAC-ARCHO, basado en el CCM, es un instrumento genérico y aplicable a cualquier y a todas las patologías crónicas y a todos los niveles de decisión: macro (formulación de políticas y estrategias y asignación de recursos), meso (gestión de organizaciones, centros y programas asistenciales) y micro (interacciones clínicas entre profesionales y pacientes). El instrumento permite la autoevaluación de organizaciones sanitarias en relación a su abordaje de la cronicidad a la vez que ofrece un mapa de actuaciones con las que avanzar en la mejora de la atención a los pacientes crónicos.

La experiencia de las organizaciones que han utilizado IEMAC-ARCHO y la necesidad urgente de mejorar los resultados de salud, la calidad

asistencial, la experiencia del paciente y la eficiencia en la atención a los pacientes diabéticos, nos ha movido al equipo IEMAC a adaptar el instrumento genérico al reto sanitario y social que representa la diabetes y al ámbito de decisión clínica y de gestión. Así ha nacido IEMAC- Diabetes.

Esperamos que le sea útil en sus esfuerzos por mejorar la atención y la salud de sus pacientes diabéticos.

EQUIPO IEMAC

www.iemac.org



NOTA: IEMAC-ARCHO es una obra protegida y depositada en el Registro de la Propiedad Intelectual con asiento registral 09/2015/423. Sus titulares son el Instituto Vasco de Innovación Sanitaria (O+Berri), 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 el enlace www.iemac.org para las organizaciones que deseen autoevaluarse. Para otros usos, póngase en contacto con los titulares.

Referencias:

¹ Sorriquer F, Goday A et al (grupo CIBERDEM). Prevalence of diabetes mellitus and impaired glucose regulation in Spain: the Di@bet.es Study. *Diabetologia* 2012; 55(1):88-93.

² Crespo C, Brosa M, Soria A, López-Alba A, López N, Soria B. Costes directos de la diabetes mellitus y de sus complicaciones en España (Estudio SECCAID: Spain estimated cost Ciberdem-Cabimer in Diabetes). *Av.Diabetol.* 2013; 29(6): 182-189.

³ Wagner EH, Austin BT, Von Korff M. Organizing care for patients with chronic illness. *Milbank Q.* 1996; 74:511-44.

⁴ Shojania KG, Ranji SR, McDonald KM, Grimshaw JM, Sundaram V, Rushakoff, RJ, Owens DK. Effects of quality improvement strategies for type 2 diabetes on glycemic control: A meta-regression analysis. *JAMA* 2006; 296 (4): 427-440.

⁵ Tricco AC, Noah MI, Grimshaw JM, Moher D, Turner L, Galipeau J et al. Effectiveness of quality improvement strategies on diabetes management: a systematic review and meta-analysis. *Lancet* 2012; 379: 2251-61.

⁶ Barceló A, Cafiero E, de Boer M, Escobar AM, García LM, Jiménez RA et al. Using collaborative learning to improve diabetes care and outcomes: The VIDA project. *Primary Care Diabetes* 2010; 4: 145-153

⁷ Busetto L, Luijkx KG, Vrijhoef HJM. Implementation of integrated care for type 2 diabetes: a protocol for mixed methods research. *Int J Integr Care* 2014; Oct-Dec; URN:NBN:NL:UI:10-1-114800.

⁸ 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.



INSTRUCCIONES PARA LA AUTOEVALUACIÓN

IEMAC-Diabetes es un instrumento adaptado de IEMAC-ARCHO (Instrumento de Evaluación de Modelos de Atención ante la Cronicidad- Assessment of Readiness for Chronicity of Health care Organizations) para ayudar a las organizaciones que deseen mejorar la atención a ss pacientes diabéticos.

Se recomienda leer estas instrucciones antes de realizar la autoevaluación para obtener un mejor aprovechamiento de la herramienta.

1.- Herramienta de autoevaluación

IEMAC-Diabetes permite la autoevaluación de estrategias, planes, procesos, unidades clínico-asistenciales y Centros Avanzados de Diabetes (CADs) en relación a su grado de implantación de modelos de atención a la diabetes. Mide la progresión de estos programas, unidades y centros en su transformación hacia el abordaje integral de la cronicidad asociada de la diabetes y la mejora de la calidad de la atención a los pacientes diabéticos, de forma sencilla y válida.

La autoevaluación se puede realizar en una herramienta web de registro y tratamiento de los resultados, disponible en el enlace www.iemac.org/diabetes.

2.- Ámbitos de aplicación y perspectiva de evaluación

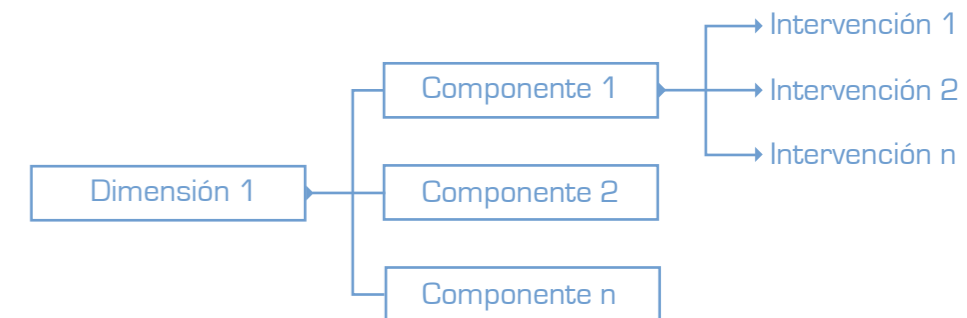
IEMAC-Diabetes está adaptado específicamente para los niveles de decisión micro (clínico) y meso (gestión), que es donde se desarrolla la actividad asistencial y los proyectos de innovación y mejora.

La perspectiva de evaluación debe ser la de la organización que se evalúa, bien sea una organización con estructura formal, como un área sanitaria, una unidad de gestión clínica, un centro de salud, etc. o una entidad sin estructura formal como un proyecto o un programa de gestión de la diabetes, en el que participan diferentes profesionales de distintos ámbitos asistenciales (primaria, hospital, servicios sociales, comunidad) con una población diana de referencia.

Para asegurar que la implantación de los proyectos, estrategias, procesos, CADs, etc, está obteniendo los resultados deseados, es preciso realizar una autoevaluación de la organización al inicio que sirva de diagnóstico basal y evaluaciones progresivas según se vayan desplegando las actuaciones de mejora.

3.- Estructura del cuestionario

Siguiendo la estructura definida en IEMAC-ARCHO, el cuestionario de **IEMAC-Diabetes** se compone de 6 dimensiones, que se despliegan en 24 componentes, de los que se derivan 50 intervenciones, según el siguiente esquema.



Las 6 dimensiones de **IEMAC-Diabetes** se corresponden con los 6 elementos del CCM: Organización del Sistema de Salud, Salud Comunitaria, Modelo Asistencial, Apoyo al Autocuidado del Paciente, Apoyo a la toma de Decisiones Clínicas y Sistemas de Información.

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 realiza la autoevaluación.

4.- Proceso de autoevaluación

IEMAC-Diabetes se ha ideado para ser autoaplicado mediante un proceso de autoevaluación, si bien permite evaluaciones externas. Para realizar la autoevaluación, es necesario contar con un equipo multidisciplinar compuesto por diferentes profesionales que, de forma consensuada, respondan a las cuestiones y puntúen las intervenciones planteadas en IEMAC-Diabetes.

La puntuación de cada intervención deberá ir acompañada por la descripción de las actuaciones concretas vigentes 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 si los hay, etc., con el fin de precisar las puntuaciones y objetivar su interpretación. Esto facilitará al equipo la evaluación y el seguimiento de las mismas.

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.

Equipo de autoevaluación

El equipo de autoevaluación debe estar formado por profesionales de la organización a evaluar con participación de los diferentes perfiles y competencias de gestión de los pacientes con diabetes, en función del tipo de organización. Es aconsejable que integre las distintas profesiones (médicos, enfermeras, educadores, trabajadores sociales, farmacéuticos, psicólogos, etc), los distintos ámbitos asistenciales (atención primaria, hospital, servicios sociales, comunidad), así como a otros servicios clínicos (endocrinología, oftalmología, nefrología, farmacia, etc) y asistenciales (calidad, sistemas de información) relevantes para el ejercicio de autoevaluación. Para algunas intervenciones puede ser útil incorporar también la perspectiva de los pacientes y/o cuidadores.

El número de miembros del equipo de autoevaluación variará en función del tipo de organización. Para que sea productiva la sesión, se recomienda entre 6-8 para centros o programas pequeños o de un solo ámbito asistencial, hasta unos 12-14 miembros para grandes organizaciones integradas.

Preparación de la reunión

Con carácter previo a la reunión, es necesaria la lectura del

instrumento de evaluación de forma que cada miembro del equipo de autoevaluación pueda familiarizarse con la herramienta, su estructura: dimensiones, componentes e intervenciones y la escala de puntuación antes de comenzar la reunión de evaluación.

Duración de la sesión

Una reunión de autoevaluación puede durar alrededor de 4 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 el consenso sobre puntuaciones se recomienda que dos miembros del equipo asuman dos roles importantes: facilitador o conductor y relator o secretario de la sesión, quien registrará las actuaciones vigentes en cada intervención. 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-Diabetes** tiene un rango de 0 a 100 y se divide en 5 segmentos. 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,

generalmente, al total de pacientes con diabetes de la intervención en cuestión, pero también puede referirse a pacientes con un perfil específico, al total de profesionales, etc. En las dimensiones 1 y 2, despliegue se refiere al alcance de la intervención en los ámbitos de gestión que le son aplicables.

- Evaluación sistemática y continuada. Si existe o no un proceso evaluativo en el tiempo de los 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. Dado que no siempre es posible realizar una evaluación “dura” en todas las intervenciones, en la práctica pueden utilizarse diferentes diseños: desde estudios descriptivos, observaciones directas, informes de expertos, hasta ensayos clínicos aleatorizados, utilizando información tanto cuantitativa como cualitativa. 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.
- Innovación e introducción de mejoras, a través de cambios en las intervenciones que den lugar a otras con mejores resultados en la atención a los pacientes con diabetes, en términos de una mayor calidad, efectividad y eficiencia.

La escala es un continuo que permite posicionar el grado de desarrollo de un programa, proceso, Unidad de Gestión Clínica, Centro Avanzado de Diabetes con respecto a cada una de las intervenciones definidas

en **IEMAC-Diabetes**. A pesar de ello, se ha dividido en 5 segmentos para facilitar la asignación de la puntuación.

Primer segmento (de 0 a 10): Existen actuaciones aisladas o se está definiendo la intervención (o el plan de acción de la intervención). El despliegue (cobertura territorial, número de pacientes, tipo y perfiles de pacientes con diabetes, profesionales implicados, etc) es limitado. Corresponde a experiencias piloto, actuaciones puntuales con algún grupo de pacientes o intervenciones o proyectos que se encuentran en fase de diseño.

Segundo segmento (de 15 a 35): 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. 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 pacientes, unidades o centros, profesionales de diferentes disciplinas, etc. Además, ya se ha

diseñado el sistema de registro, seguimiento y 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. Las intervenciones han podido ser evaluadas y el resultado de la evaluación está permitiendo identificar innovaciones en la atención al paciente diabético.

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.

Puntuación

La puntuación global **IEMAC-Diabetes** corresponde a la suma de las puntuaciones en cada una de las intervenciones. Oscila en un rango de 0 a 5000 y ha sido diseñada para facilitar comparaciones evolutivas de la organización.

6.- Periodicidad de evaluación

La implantación de intervenciones de mejora en 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 con diabetes requerirán plazos de tiempo mayores para visualizar mejoras significativas.

7.- Utilidades de IEMAC-diabetes

La herramienta **IEMAC-Diabetes**

- Permite realizar el diagnóstico de una organización en relación al grado de implantación de un modelo de excelencia de atención a las personas con diabetes, 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-diabetes ofrece:

- La oportunidad de compartir experiencias y perspectivas entre el equipo de profesionales que atienden a los pacientes diabéticos, mediante un debate estructurado y enfocado a la mejora.
- La identificación de fortalezas y áreas de mejora para avanzar en el cambio de modelo de atención al paciente diabético.
- Una puntuación en rango de 0 a 5000, que posiciona a la organización respecto a su abordaje de la cronicidad en pacientes diabéticos.
- Una posición relativa frente a organizaciones similares.
- La oportunidad de aplicar las actuaciones de mejora y los cambios en el modelo asistencial a otras patologías crónicas.

Ha de tenerse en cuenta que:

- **IEMAC-diabetes** mide las percepciones de los evaluadores sobre la atención al paciente diabético. 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 diabéticos. 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 diabéticos.
- **IEMAC-diabetes** no ha sido diseñado para comparar organizaciones, centros, servicios o prácticas asistenciales en base a la puntuación agregada.

8.- Evaluación a través de la web www.iemac.org/diabetes

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 o unidad 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, unidad clínica o equipo de atención a la diabetes que se autoevalúe y de que la misma organización no ha cargado otra evaluación con IEMAC-diabetes en la web en los últimos tres meses.

**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

1 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.

Glosario:

1. Se entiende por líderes a quienes ejercen un papel directivo en la organización sanitaria y a los responsables de equipos asistenciales: directores de atención primaria, coordinadores de centro de salud, jefes de servicio de endocrinología o de la unidad clínica de diabetes, coordinadores de enfermería, etc.

La reasignación de recursos debe entenderse de forma amplia, incluyendo recursos materiales como el tiempo, equipamientos o el presupuesto, y otros de tipo organizativo como roles, competencias, funciones, procesos, etc. de los profesionales y equipos de atención a la diabetes.

2. Se refiere a un documento formal que describe el modelo de atención a la diabetes como un sistema integral que supera la fragmentación y potencia actuaciones coordinadas entre atención primaria, hospital, servicios sociales, salud pública y la comunidad, requiriendo la actuación en múltiples palancas para conseguir mejores resultados.

Enfoque poblacional. 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.

4. Además de utilizar indicadores de tipo macro, como esperanza de vida, años de vida potenciales perdidos, años de vida en buena salud, etc., analizados según las variables de edad, género y estatus socioeconómico, se deben utilizar indicadores epidemiológicos específicos de diabetes en el área de referencia, tales como: prevalencia, incidencia, edad media del diagnóstico de la diabetes tipo 2, prevalencia de riesgo cardiovascular, discapacidad, etc. Los indicadores clínicos y asistenciales de seguimiento y control del paciente se relacionan en la intervención 46.

5. Se refiere a que la organización facilite una política activa de participación en grupos de trabajo, en proyectos de mejora e innovación como la elaboración, implementación y evaluación de rutas asistenciales, revisión conjunta del panel de indicadores y de formación en evaluación de intervenciones y buenas prácticas.

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

1 DIMENSIÓN 1 - ORGANIZACIÓN DEL SISTEMA DE SALUD

Compromiso de los líderes *

1. Los líderes reasignan recursos para la transformación del modelo de atención sanitaria buscando mejorar la atención a los pacientes diabéticos.



Marco Estratégico

2. Existe una estrategia, plan o proceso de atención a la diabetes, que incluye visión, objetivos, actuaciones, evaluación y seguimiento.



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



Enfoque poblacional

4. El modelo de atención a la diabetes esta orientado a la ganancia de salud y la reducción de desigualdades, monitorizándose su progreso mediante indicadores.



Sistema de mejora e innovación

5. Se facilitan métodos de aprendizaje colaborativo y de identificación y difusión de buenas prácticas.



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.

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.

Glosario:

6. 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 de referencia. Por ejemplo, asociaciones de personas con diabetes, convenios con ayuntamientos, clubes deportivos, asociaciones de mujeres, etc. que desarrollen actividades preventivas y de apoyo: rutas saludables, talleres de cocina y nutrición, charlas, bailes, campamentos, etc.

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

2 DIMENSIÓN 2 - SALUD COMUNITARIA

Alianza con los agentes

6. Se utiliza un mapa actualizado de recursos comunitarios que impactan sobre la salud de los pacientes diabéticos.



Conexión del paciente a recursos

7. Los procesos asistenciales contemplan la derivación de los pacientes diabéticos a los programas y recursos sociales, sociolaborales y comunitarios.



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.

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.

Glosario:

Atención centrada en el paciente. Se refiere a que la planificación, organización y prestación de la 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 social y con los profesionales como medio para mejorar la calidad de la atención que recibe.

8. El referente asistencial es el profesional a quien el paciente identifica como su referencia ante cualquier evento o consulta que requiera y de quien conoce su nombre. Puede ser su médico o enfermero de familia, su endocrinólogo o enfermera especializada en diabetes, su gestora de caso u otro profesional en función del ámbito asistencial en el que se encuentre.

9. Se refiere a que estén implantados programas de seguimiento proactivos que eviten ingresos, derivaciones, desplazamientos o mayor intensidad de tratamiento, a través de actuaciones como gestión de casos, atención domiciliaria, atención telefónica, telemonitorización, apps u otras medidas preventivas en función de las necesidades del paciente.

10. Se refiere a incorporar y desarrollar nuevas competencias y a desarrollar nuevos perfiles de profesionales con dichas competencias, de forma que estén mejor preparados para prestar una atención de calidad a los pacientes diabéticos. Ejemplos de nuevas competencias pueden ser: atención telefónica, exploración de pie diabético, realización de retinografías, educación nutricional, manejo de nuevas tecnologías, consejeros o asesores de salud o las referidas en las intervenciones 11, 12 y 13.

11. Se refiere a la formación de los profesionales y actualización en educación diabetológica estructurada, así como en nuevos formatos (educación grupal), nuevas tecnologías (apps, webs, foros), adaptación multicultural y otros.

12. Son profesionales como las enfermeras de enlace que participan activamente en el proceso de planificación del alta en pacientes hospitalizados o del ingreso en centros sociosanitarios, con el objetivo de garantizar la continuidad en el proceso de atención, mantener los cuidados en el domicilio o en otro dispositivo comunitario y prevenir el reingreso. Y como las enfermeras gestoras de casos que se ocupan de coordinar la atención a los pacientes de mayor riesgo sanitario y social.

13. Se refiere a la formación de los profesionales en la motivación y activación del paciente para lograr que se implique en su autocuidado, aplicando modelos como el del paciente activo, paciente experto, el PRECEDE de Prochaska y DiClemente u otros modelos de modificación de hábitos y de gestión del cambio del comportamiento.

1 Describa aquí y en la página 22 las actuaciones que se han llevado a cabo que justifiquen la puntuación de las intervenciones 8 - 13:

3 DIMENSIÓN 3 - MODELO ASISTENCIAL

Atención centrada en el paciente

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



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



Competencias profesionales relacionadas con la atención

10. Se desarrollan e incorporan las competencias de los profesionales que deben intervenir en la mejora de la atención al paciente diabético y su plan de formación correspondiente.



11. Se desarrollan e incorporan las competencias de los profesionales en educación diabetológica.



12. Se desarrollan e incorporan competencias de coordinación y continuidad en procesos de transición entre ámbitos asistenciales y de gestión de casos en la comunidad.



13. Se desarrollan e incorporan las competencias de los profesionales en el ámbito relacional y de motivación del paciente diabético 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.

3 DIMENSIÓN 3 - MODELO ASISTENCIAL

Glosario:

14. Se refiere a que esté implementada una estrategia de desarrollo de equipos que debe incluir 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; establecimiento de canales de información y comunicación y de su periodicidad, de forma que se potencie la cooperación eficaz entre sus miembros. Los equipos multidisciplinares pueden estar formados por la unidad básica asistencial (UBA) de médico y enfermera de atención primaria, el equipo extendido (endocrino de referencia, endocrino consultor, enfermera diabetológica, nutricionista, podólogo, oftalmólogo, endocrino pediátrico, equipo de diabetes en gestantes, psicólogo) u otros equipos más amplios multidisciplinares y/o inter -ámbitos asistenciales (asistente social).

15. 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, proyectos de investigación o innovación y mejora etc.) como a través de la facilitación de espacios de interacción más informales (redes sociales, plataformas de gestión de conocimiento, actividades sociales, etc.).

16. Los objetivos compartidos deben estar incluidos en los respectivos acuerdos de gestión de cada ámbito de gestión y tener un marco de evaluación común.

18. Las situaciones de transición incluyen las urgencias, ingreso y alta hospitalaria y las transiciones entre centros sanitarios y sociosanitarios.

19. Estos circuitos alternativos pueden ser el hospital de día, el ingreso dirigido desde atención primaria, acceso telefónico u otros.

20. Se refiere al proceso formal de verificación de la medicación habitual de un paciente en el momento de ingresar o ser dado de alta en un hospital o en un centro sociosanitario o ser atendido en una consulta externa y su comparación con la nueva medicación prescrita, evitando duplicidades, interacciones o contraindicaciones entre ambos tratamientos. La conciliación debe asegurar la continuidad terapéutica durante la transición asistencial garantizando la continuidad y compatibilidad de los tratamientos.

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

3 DIMENSIÓN 3 - MODELO ASISTENCIAL

Trabajo en equipo multidisciplinar

14. Se trabaja en equipo multidisciplinar en los centros y dispositivos asistenciales de atención a pacientes diabéticos.



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



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



Integración y continuidad asistencial

17. Se han elaborado y aplicado rutas asistenciales entre atención primaria y especializada incorporando circuitos y dispositivos asistenciales en función de las necesidades de los pacientes diabéticos.



18. Existen alertas para informar y activar a los equipos clínicos en procesos de interconsulta y en situaciones de transición.



19. Existe un circuito alternativo a urgencias para pacientes diabéticos en situaciones de dificultad de manejo y/o agudización.



20. 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.

3 DIMENSIÓN 3 - MODELO ASISTENCIAL

Glosario:

24. La revisión debe alcanzar a toda la medicación del paciente, incluyendo los medicamentos de no prescripción, homeopáticos y fitoterápicos.

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

1 Describa aquí las actuaciones que se han llevado a cabo que justifiquen la puntuación de las intervenciones 8 - 13:

3 DIMENSIÓN 3 - MODELO ASISTENCIAL

Seguimiento activo del paciente

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



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



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



24. Se revisa sistemáticamente la medicación con el paciente diabético 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.

3 DIMENSIÓN 3 - MODELO ASISTENCIAL

Glosario:

25. Se incluye teléfono, correo electrónico, telemonitorización, teleasistencia, apps, carpeta personal de salud y cualquier otra tecnología remota como el canal de salud con recursos para el paciente y opciones de comunicación no presencial con sus profesionales. Ver glosario de la intervención 36.

26. Las consultas grupales de educación diabetológica optimizan el tiempo de los profesionales. Además, cuando son conducidas por profesionales experimentados tienen el potencial de contribuir a la activación psicosocial del paciente. Ver el glosario de la intervención 33.

28. Se refiere, por ejemplo, a programas de seguimiento telefónico de paciente de riesgo que mejoran la satisfacción del paciente y disminuyen hospitalizaciones y costes.

30. Los incentivos efectivos pueden ser muy variados: acceso a formación, participación en proyectos, promoción, económicos, días libres, etc. Por otra parte, la mejor atención a pacientes con una determinada patología a través de nuevas técnicas y modelos, generalmente conlleva mejor atención a todo tipo de pacientes al haber integrado nuevos conocimientos, habilidades y recursos, que se pueden aplicar a los demás pacientes.

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

3 DIMENSIÓN 3 - MODELO ASISTENCIAL

Innovación en las interacciones entre pacientes y profesionales

25. Se utilizan tecnologías que permiten la interacción entre pacientes diabéticos y profesionales de forma no presencial.



26. Se realizan consultas grupales para pacientes diabéticos.



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



28. Existen programas estructurados y proactivos no presenciales para el control y seguimiento de los pacientes diabéticos.



Gestión clínica de la diabetes y sistemas de incentivos

29. Los equipos de atención a los pacientes diabéticos cuentan con capacidad de gestión de recursos, organización y funcionamiento.



30. El sistema de incentivos de los profesionales está alineado con el buen manejo del paciente diabético, como parte del buen manejo del paciente crónico en general.



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.
--	--	---	--	--

4 DIMENSIÓN 4 - APOYO AL AUTOCUIDADO

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.

Glosario:

31. Cuando el paciente tiene déficit de autonomía, la valoración se hace con su cuidador.

32. Para adaptar los programas de educación terapéutica estructurada a las necesidades y preferencias del paciente diabético se pueden utilizar distintos formatos: consulta individual, grupal, telefónica, on-line, webs especializadas, foros de pacientes, talleres, etc.

33. Los programas tipo paciente experto, paciente activo, aulas o escuelas de pacientes se basan en la interacción, el intercambio de conocimientos y experiencias entre iguales para lograr cambios de conductas y afrontar eficazmente el manejo de su enfermedad. Estos programas desarrollan en los pacientes competencias sobre resolución de problemas, toma de decisiones, uso adecuado de recursos sanitarios y sociales y otras.

34. Los pacientes diabéticos pueden participar en programas colectivos que promueven su autonomía: gimnasia, piscina, paseos dirigidos, deshabitación tabáquica, talleres de cocina, que pueden realizar los ayuntamientos, asociaciones, etc.

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

4 DIMENSIÓN 4 - APOYO AL AUTOCUIDADO

Evaluación del paciente diabético para el autocuidado

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



Educación terapéutica estructurada

32. Se realiza educación terapéutica al paciente diabético en todo lo concerniente a su proceso de diabetes, según programas estructurados y adaptados a las necesidades y preferencias del paciente.



Activación psicosocial del paciente y apoyo mutuo

33. Se desarrollan las competencias del paciente diabético para aumentar su motivación y confianza en su capacidad de autocuidado con programas tipo paciente experto.



34. Se promueve la participación de pacientes diabéticos y cuidadores en asociaciones, grupos de ayuda mutua, programas colectivos, redes sociales y foros de pacientes de calidad contrastada.



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.

4 DIMENSIÓN 4 - APOYO AL AUTOCUIDADO

Glosario:

36. Existe una gran variedad de herramientas y materiales útiles para facilitar el autocuidado: teléfono, pastilleros, cartilla del paciente, sistema de alertas, glucómetros, tensiómetros, báscula, uso de cuestionarios autocumplimentados genéricos y específicos de diabetes, carpeta personal de salud, etc. La carpeta personal de salud es la parte de la historia clínica del paciente con información relevante para él, a la cual tiene acceso electrónico seguro a través del portal de salud de su servicio regional de salud y en la que, según los casos, puede también introducir información sobre su salud. Las herramientas deben estar adaptadas al perfil, necesidades y preferencias del paciente.

38. Una vez realizada la evaluación integral del paciente, el profesional junto con el paciente establecen una serie de objetivos terapéuticos acompañados de un plan de acción u hoja de ruta que contiene el desarrollo de actividades y acciones necesarias para que el paciente afronte el manejo de su diabetes. Dicho plan de acción debe tener en cuenta las necesidades, valores y preferencias del paciente para asegurar su compromiso.

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

4 DIMENSIÓN 4 - APOYO AL AUTOCUIDADO

Herramientas para facilitar el autocuidado

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



36. Se utilizan herramientas para el autocuidado adaptadas al perfil y a las necesidades del paciente diabético.



Toma de Decisiones Compartida

37. El paciente diabético recibe información rigurosa, comprensible y de su interés sobre su diabetes y las alternativas de cuidados.



38. El paciente diabético 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.
--	--	---	--	--

5 DIMENSIÓN 5 - APOYO A LA TOMA DE DECISIONES CLINICAS

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.

Glosario:

40. Los algoritmos deben abarcar todo el rango de intervenciones necesarias para un abordaje integral del paciente diabético: actividades preventivas y de control clínico, prescripción farmacológica, analíticas, pruebas, etc.

41. El aumento de la prevalencia de las enfermedades crónicas lleva paralelo un aumento de la comorbilidad (desarrollo de enfermedades adicionales a causa de una enfermedad índice) y de la multimorbilidad (coexistencia de varias enfermedades). Las guías y protocolos utilizados deben recoger las actuaciones necesarias tanto para prevenir las complicaciones de la diabetes como para manejar las situaciones de multimorbilidad con otras patologías cada vez más frecuentes.

43. 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. Estas interacciones pueden 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). La consultoría puede ser tanto presencial (sesiones clínicas, interconsultas, rotaciones) como no presencial (derivación electrónica de pacientes, interconsulta vía correo electrónico, plataforma virtual interconsulta).

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

5 DIMENSIÓN 5 - APOYO A LA TOMA DE DECISIONES CLINICAS

Protocolos y guías compartidas

39. Se utilizan guías de práctica clínica para la diabetes compartidas entre ámbitos asistenciales.



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



41. Las guías de práctica clínica para la diabetes incorporan las situaciones de comorbilidad mas frecuentes.



Formación Continuada

42. Se evalúa el impacto en la práctica clínica de la formación en torno al abordaje del paciente diabético.



Consultoría y enlace

43. Se recurre al especialista consultor de referencia para resolución de casos complejos y/o 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.

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.

Glosario:

44. La clasificación predictiva del paciente se realiza en función de su nivel de riesgo según el grado de desarrollo de la enfermedad, comorbilidad, discapacidad asociada, tipo de medicación, probabilidad de interacciones y de efectos adversos, necesidad de hospitalización, de cuidados en el domicilio, apoyo social etc.

46. Este panel de indicadores se refiere a la unidad básica de atención (cupo). Debería incluir parámetros tales como: prevalencia esperada, nivel de diagnóstico, grado de control glucémico y lipídico, IMC, presencia de complicaciones agudas (hiper e hipoglucemias), complicaciones macro y microvasculares (infartos, ictus, retinopatía, insuficiencia renal, amputaciones, etc.) adecuación del tratamiento, adherencia, efectos adversos, frecuentación, derivaciones, hospitalizaciones adecuadas y evitables, urgencias (generales y específicas).

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

Información para la gestión y la práctica clínica

44. Esta disponible en la historia clínica del paciente diabético su clasificación predictiva en función de la previsión de sus necesidades asistenciales.



45. Los clínicos tienen acceso directo a listados de pacientes diabéticos según parámetros clínicos, existencia de complicaciones, comorbilidades o situaciones de riesgo clínico o social, para planificar actuaciones diferenciadas.



46. Se dispone de un panel de indicadores de evaluación clínica y asistencial que incluye parámetros significativos de la diabetes y de la atención a los pacientes diabéticos.



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

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.

Glosario:

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

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

Integración de la información clínica del paciente

48. Están implantados sistemas para garantizar la seguridad del paciente, incluyendo la identificación del problema, comunicación y plan de actuación.



49. Los profesionales comparten información sobre el paciente diabético generada en otros ámbitos (servicios sociales, salud pública, INSS) siempre que proceda.



Comunicación de información clínica entre profesionales

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



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.



IEMAC-DIABETES

Instrumento de Evaluación
de modelos de atención
ante la **Cronicidad: Diabetes**