

IEMAC-ARCHO



o+berri
instituto vasco de
innovación sanitaria



CONSELLERIA DE SALUT I CONSUM
SERVEI DE SALUT DE LES ILLES BALEARS (ib-salut)

Evaluación basada en IEMAC – ARCHO

Octubre 2014



Resultados globales

DIMENSIÓN 1 – ORGANIZACIÓN DEL SISTEMA DE SALUD (IEMAC = 22,1)

	IEMAC	CV
1.1 Compromiso de los líderes	21,1	
1.1.1 Los líderes transmiten una visión explícita del modelo de atención a la cronicidad.	31,8	0,9
1.1.2 Los líderes reasignan recursos para la transformación del modelo sanitario buscando mejorar la atención a los pacientes crónicos.	12,9	1,6
1.1.3 Los directivos de las organizaciones promueven el liderazgo clínico entre los miembros de los equipos multidisciplinares.*	18,6	1,0
1.2 Marco estratégico	24,7	
1.2.1 Existe una estrategia o un plan de atención a la cronicidad, que incluye visión, objetivos, actuaciones, evaluación y seguimiento.	25,0	0,9
1.2.2 En la estrategia se definen indicadores de resultados de salud poblacional, de calidad asistencial y experiencia del paciente y de eficiencia.	24,4	1,1
1.3 Enfoque poblacional	22,2	
1.3.1 El modelo asistencial está orientado a la ganancia en salud y la reducción de desigualdades, monitorizándose su progreso mediante indicadores.	26,2	0,9
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.*	18,2	1,1
1.4 Evaluación, mejora e innovación	29,3	
1.4.1 Se han difundido los indicadores de la estrategia de cronicidad y los resultados de su evaluación a toda la organización.	26,3	1,0
1.4.2 Se han implantado métodos de aprendizaje colaborativo y de identificación y difusión de buenas prácticas.	32,0	0,8
1.4.3 Se promueve la innovación con la participación de todos los agentes implicados.	29,6	1,0



1.5 Sistemas de financiación	16,5	
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.*	16,4	1,1
1.5.2 Se incentiva el cumplimiento de objetivos compartidos entre distintos ámbitos de atención a los pacientes crónicos (primaria, hospital, social, comunitario).	16,6	1,1
1.6 Políticas sociales y sanitarias	18,7	
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.	18,7	1,0



DIMENSIÓN 2 – SALUD COMUNITARIA (IEMAC = 20,4)

	IEMAC	CV
2.1 Estrategias de salud comunitaria	12,1	
2.1.1 Se desarrollan programas y/o proyectos comunitarios en base a las necesidades de salud de la comunidad.	9,5	1,4
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.	14,7	1,2
2.2 Alianza con los agentes comunitarios	19,5	
2.2.1 Se utiliza un mapa actualizado de recursos comunitarios que impactan sobre la salud.*	20,6	1,0
2.2.2 Existen acuerdos de colaboración y cooperación entre los agentes del sistema de salud y cuidados y los recursos de la comunidad.*	18,4	1,0
2.3 Conexión del paciente a recursos comunitarios	29,7	
2.3.1 Los procesos asistenciales contemplan la derivación de los pacientes crónicos a los programas y recursos comunitarios.	29,7	1,0



DIMENSIÓN 3 – MODELO ASISTENCIAL (IEMAC = 19,9)

	IEMAC	CV
3.1 Atención centrada en el paciente	26,1	
3.1.1 La organización asigna a cada paciente crónico un profesional para que ejerza como su referente asistencial en cada ámbito de atención.*	26,8	0,9
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).	22,0	1,0
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.	27,2	0,9
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.	28,3	0,8
3.2 Competencias profesionales	14,9	
3.2.1 Se incorporan y desarrollan las competencias profesionales que deben intervenir en la atención al paciente crónico.	20,4	1,1
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.*	18,2	1,3
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.	13,4	1,2
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.	7,4	1,2
3.3 Modelo asistencial	19,0	
3.3.1 Se trabaja en equipo multidisciplinar en los centros y dispositivos asistenciales.*	17,5	1,3
3.3.2 Se promueve la relación formal e informal entre los profesionales de los diferentes ámbitos asistenciales con actividades conjuntas.*	10,4	1,6
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.	20,1	1,4



3.3.4 Existen objetivos compartidos entre los diferentes equipos y dispositivos asistenciales alineados con el buen manejo del paciente crónico.	28,0	1,0
3.4 Integración y continuidad asistencial	24,0	
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.	26,0	0,9
3.4.2 Las rutas asistenciales incorporan los ámbitos social, sociolaboral y comunitario.	25,8	1,0
3.4.3 Está definido e implementado el proceso de atención integrada y multidisciplinar del paciente pluripatológico.	21,6	1,1
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).	23,2	1,0
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.	33,0	0,8
3.4.6 Se realiza la conciliación farmacológica en las transiciones entre ámbitos asistenciales.*	14,4	1,5
3.5 Seguimiento activo del paciente	23,4	
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.	24,2	1,0
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.	20,8	1,0
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.).	28,9	0,9
3.5.4 Se revisa sistemáticamente la medicación con el paciente para detectar y resolver problemas relacionados con su efectividad, seguridad y adherencia.	19,5	1,1
3.6 Innovación en las interacciones entre pacientes y profesionales	17,7	
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).	11,0	1,1
3.6.2 Se realizan consultas grupales.	18,7	1,0
3.6.3 Se prescriben sitios web, redes sociales, blogs con contenidos de educación sanitaria de calidad contrastada.	19,0	1,2
3.6.4 Existen programas estructurados y proactivos no presenciales para el control y seguimiento de los pacientes crónicos.	22,2	0,8



3.7 Gestión clínica de la cronicidad y sistemas de incentivos

14,2

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

18,3

1,1

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

15,6

1,4

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

8,8

1,1



DIMENSIÓN 4 – APOYO AL AUTOCUIDADO DEL PACIENTE (IEMAC = 15,2)

	IEMAC	CV
4.1 Evaluación del paciente para el autocuidado	11,9	
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.	11,9	0,9
4.2 Educación terapéutica estructurada	14,7	
4.2.1 Se realiza educación terapéutica al paciente en todo lo concerniente a su proceso crónico, según programas estructurados.	17,9	0,8
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.	11,6	1,1
4.3 Activación psicosocial del paciente y apoyo mutuo	9,3	
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).	9,8	1,3
4.3.2 Se promueve la participación de pacientes y cuidadores en asociaciones, grupos de ayuda mutua, redes sociales y foros de pacientes.	8,9	1,1
4.4 Herramientas para facilitar el autocuidado	18,2	
4.4.1 El paciente dispone de información escrita útil y comprensible de su plan terapéutico personalizado.	12,1	0,8
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.	28,4	0,9
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.	20,0	0,7
4.4.4 Se prescriben programas colectivos que promueven la autonomía personal del paciente crónico.*	12,2	1,0



4.5 Toma de decisiones compartida

21,7

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

18,0

1,0

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.

25,3

0,9



DIMENSIÓN 5 – APOYO A LA TOMA DE DECISIONES CLÍNICAS (IEMAC = 16,5)

	IEMAC	CV
5.1 Protocolos y guías compartidas	20,3	
5.1.1 Se utilizan guías de práctica clínica compartidas entre ámbitos asistenciales.	24,0	0,9
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.	20,8	0,9
5.1.3 El diseño de guías, protocolos y otros instrumentos de conocimiento experto incorpora las situaciones de comorbilidad más frecuentes.	16,2	1,0
5.2 Formación continuada	9,0	
5.2.1 Se evalúa el impacto en la práctica clínica de la formación en torno al abordaje de la cronicidad.	9,0	1,2
5.3 Consultoría y enlace	20,3	
5.3.1 Se recurre a consultoría presencial (sesiones clínicas, interconsultas, rotaciones) para transferir conocimiento experto de forma multidireccional.	22,7	0,8
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.	17,9	1,0



DIMENSIÓN 6 – SISTEMAS DE INFORMACIÓN (IEMAC = 15,1)

	IEMAC	CV
6.1 Información para la gestión y la práctica clínica	15,1	
6.1.1 Está disponible en la historia clínica del paciente su clasificación predictiva en función de la previsión de sus necesidades asistenciales.*	11,2	0,9
6.1.2 Los clínicos tienen acceso directo a listados de pacientes según problemas de salud, parámetros clínicos o situaciones de riesgo.	10,5	1,4
6.1.3 Se dispone de un panel de indicadores de evaluación clínica que abordan aspectos significativos de las enfermedades crónicas más relevantes.*	19,5	1,4
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.	20,3	1,3
6.1.5 La historia clínica está diseñada de forma amigable y ergonómica para facilitar el seguimiento clínico por parte del profesional.	16,5	1,3
6.2 Integración de la información clínica del paciente	13,9	
6.2.1 La historia clínica electrónica es interoperable entre todos los ámbitos asistenciales.	13,6	1,0
6.2.2 Están implantados sistemas para garantizar la seguridad del paciente.*	18,7	1,0
6.2.3 El paciente puede incorporar información clínica en su carpeta personal de salud.*	5,0	0,0
6.2.4 Se comparte información generada en otros ámbitos (servicios sociales, salud pública, INSS) entre los profesionales.	18,4	0,9
6.3 Comunicación de información clínica entre profesionales	15,7	
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.	16,5	1,1
6.3.2 Existe un canal (teléfono directo u otros medios de contacto) para interconsulta en tiempo real entre los distintos ámbitos asistenciales.	14,9	1,2



Resultados Grupo 1

DIMENSIÓN 1 – ORGANIZACIÓN DEL SISTEMA DE SALUD (IEMAC = 23,5)

	IEMAC	CV
1.1 Compromiso de los líderes	22,7	
1.1.1 Los líderes transmiten una visión explícita del modelo de atención a la cronicidad.	35,6	0,9
1.1.2 Los líderes reasignan recursos para la transformación del modelo sanitario buscando mejorar la atención a los pacientes crónicos.	14,7	1,7
1.1.3 Los directivos de las organizaciones promueven el liderazgo clínico entre los miembros de los equipos multidisciplinares.*	17,8	0,9
1.2 Marco estratégico	28,5	
1.2.1 Existe una estrategia o un plan de atención a la cronicidad, que incluye visión, objetivos, actuaciones, evaluación y seguimiento.	25,6	0,9
1.2.2 En la estrategia se definen indicadores de resultados de salud poblacional, de calidad asistencial y experiencia del paciente y de eficiencia.	31,4	1,0
1.3 Enfoque poblacional	27,3	
1.3.1 El modelo asistencial está orientado a la ganancia en salud y la reducción de desigualdades, monitorizándose su progreso mediante indicadores.	32,8	0,9
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.*	21,8	0,9
1.4 Evaluación, mejora e innovación	27,5	
1.4.1 Se han difundido los indicadores de la estrategia de cronicidad y los resultados de su evaluación a toda la organización.	21,9	1,0
1.4.2 Se han implantado métodos de aprendizaje colaborativo y de identificación y difusión de buenas prácticas.	31,4	0,9
1.4.3 Se promueve la innovación con la participación de todos los agentes implicados.	29,2	0,9



1.5 Sistemas de financiación

18,4

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.*

18,1 1,1

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

18,8 1,0

1.6 Políticas sociales y sanitarias

16,6

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.

16,6 0,8



DIMENSIÓN 2 – SALUD COMUNITARIA (IEMAC = 25,1)

	IEMAC	CV
2.1 Estrategias de salud comunitaria	11,6	
2.1.1 Se desarrollan programas y/o proyectos comunitarios en base a las necesidades de salud de la comunidad.	10,6	0,9
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.	12,6	1,4
2.2 Alianza con los agentes comunitarios	20,2	
2.2.1 Se utiliza un mapa actualizado de recursos comunitarios que impactan sobre la salud.*	21,6	1,0
2.2.2 Existen acuerdos de colaboración y cooperación entre los agentes del sistema de salud y cuidados y los recursos de la comunidad.*	18,8	0,9
2.3 Conexión del paciente a recursos comunitarios	43,6	
2.3.1 Los procesos asistenciales contemplan la derivación de los pacientes crónicos a los programas y recursos comunitarios.	43,6	0,8



DIMENSIÓN 3 – MODELO ASISTENCIAL (IEMAC = 22,6)

	IEMAC	CV
3.1 Atención centrada en el paciente	29,8	
3.1.1 La organización asigna a cada paciente crónico un profesional para que ejerza como su referente asistencial en cada ámbito de atención.*	30,6	0,7
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).	23,1	1,1
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.	30,9	1,0
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.	34,7	0,6
3.2 Competencias profesionales	18,0	
3.2.1 Se incorporan y desarrollan las competencias profesionales que deben intervenir en la atención al paciente crónico.	26,9	1,1
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.*	24,7	1,1
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.	15,3	0,9
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.	5,0	0,0
3.3 Modelo asistencial	26,2	
3.3.1 Se trabaja en equipo multidisciplinar en los centros y dispositivos asistenciales.*	23,6	1,1
3.3.2 Se promueve la relación formal e informal entre los profesionales de los diferentes ámbitos asistenciales con actividades conjuntas.*	18,9	1,5
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.	25,9	1,3



3.3.4 Existen objetivos compartidos entre los diferentes equipos y dispositivos asistenciales alineados con el buen manejo del paciente crónico.	36,3	1,0
3.4 Integración y continuidad asistencial	24,2	
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.	26,9	0,9
3.4.2 Las rutas asistenciales incorporan los ámbitos social, sociolaboral y comunitario.	34,1	0,7
3.4.3 Está definido e implementado el proceso de atención integrada y multidisciplinar del paciente pluripatológico.	15,3	1,2
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).	16,9	0,9
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.	38,1	0,6
3.4.6 Se realiza la conciliación farmacológica en las transiciones entre ámbitos asistenciales.*	14,1	1,7
3.5 Seguimiento activo del paciente	25,7	
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.	32,9	0,6
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.	19,1	0,7
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.).	31,8	0,8
3.5.4 Se revisa sistemáticamente la medicación con el paciente para detectar y resolver problemas relacionados con su efectividad, seguridad y adherencia.	19,1	1,2
3.6 Innovación en las interacciones entre pacientes y profesionales	17,2	
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).	11,7	0,8
3.6.2 Se realizan consultas grupales.	15,8	1,1
3.6.3 Se prescriben sitios web, redes sociales, blogs con contenidos de educación sanitaria de calidad contrastada.	18,8	1,1
3.6.4 Existen programas estructurados y proactivos no presenciales para el control y seguimiento de los pacientes crónicos.	22,7	1,2



3.7 Gestión clínica de la cronicidad y sistemas de incentivos

17,0

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

12,5 1,1

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

26,9 1,1

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

11,5 1,3



DIMENSIÓN 4 – APOYO AL AUTOCUIDADO DEL PACIENTE (IEMAC = 17,4)

	IEMAC	CV
4.1 Evaluación del paciente para el autocuidado	8,8	
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.	8,8	1,3
4.2 Educación terapéutica estructurada	18,1	
4.2.1 Se realiza educación terapéutica al paciente en todo lo concerniente a su proceso crónico, según programas estructurados.	20,6	0,8
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.	15,6	1,0
4.3 Activación psicosocial del paciente y apoyo mutuo	5,7	
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).	5,0	0,0
4.3.2 Se promueve la participación de pacientes y cuidadores en asociaciones, grupos de ayuda mutua, redes sociales y foros de pacientes.	6,3	0,8
4.4 Herramientas para facilitar el autocuidado	18,5	
4.4.1 El paciente dispone de información escrita útil y comprensible de su plan terapéutico personalizado.	15,0	0,7
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.	18,3	0,5
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.	18,7	0,7
4.4.4 Se prescriben programas colectivos que promueven la autonomía personal del paciente crónico.*	22,2	0,7



4.5 Toma de decisiones compartida

35,9

4.5.1 El paciente recibe información rigurosa, comprensible y de su interés sobre su problema de salud y las alternativas de cuidados.	29,0	0,8
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.	42,9	0,5



DIMENSIÓN 5 – APOYO A LA TOMA DE DECISIONES CLÍNICAS (IEMAC = 17,8)

	IEMAC	CV
5.1 Protocolos y guías compartidas	17,3	
5.1.1 Se utilizan guías de práctica clínica compartidas entre ámbitos asistenciales.	18,4	1,1
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.	18,1	1,3
5.1.3 El diseño de guías, protocolos y otros instrumentos de conocimiento experto incorpora las situaciones de comorbilidad más frecuentes.	15,4	0,9
5.2 Formación continuada	7,9	
5.2.1 Se evalúa el impacto en la práctica clínica de la formación en torno al abordaje de la cronicidad.	7,9	0,9
5.3 Consultoría y enlace	28,1	
5.3.1 Se recurre a consultoría presencial (sesiones clínicas, interconsultas, rotaciones) para transferir conocimiento experto de forma multidireccional.	30,6	0,6
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.	25,6	0,8



DIMENSIÓN 6 – SISTEMAS DE INFORMACIÓN (IEMAC = 22,2)

	IEMAC	CV
6.1 Información para la gestión y la práctica clínica	23,8	
6.1.1 Está disponible en la historia clínica del paciente su clasificación predictiva en función de la previsión de sus necesidades asistenciales.*	15,0	0,7
6.1.2 Los clínicos tienen acceso directo a listados de pacientes según problemas de salud, parámetros clínicos o situaciones de riesgo.	23,6	0,9
6.1.3 Se dispone de un panel de indicadores de evaluación clínica que abordan aspectos significativos de las enfermedades crónicas más relevantes.*	25,8	1,4
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.	30,9	1,0
6.1.5 La historia clínica está diseñada de forma amigable y ergonómica para facilitar el seguimiento clínico por parte del profesional.	23,8	1,2
6.2 Integración de la información clínica del paciente	18,6	
6.2.1 La historia clínica electrónica es interoperable entre todos los ámbitos asistenciales.	14,7	0,9
6.2.2 Están implantados sistemas para garantizar la seguridad del paciente.*	26,9	0,8
6.2.3 El paciente puede incorporar información clínica en su carpeta personal de salud.*	5,0	0,0
6.2.4 Se comparte información generada en otros ámbitos (servicios sociales, salud pública, INSS) entre los profesionales.	27,7	0,7
6.3 Comunicación de información clínica entre profesionales	24,1	
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.	25,0	1,0
6.3.2 Existe un canal (teléfono directo u otros medios de contacto) para interconsulta en tiempo real entre los distintos ámbitos asistenciales.	23,2	1,1



Resultados Grupo 2

DIMENSIÓN 1 – ORGANIZACIÓN DEL SISTEMA DE SALUD (IEMAC = 16,2)

	IEMAC	CV
1.1 Compromiso de los líderes	15,9	
1.1.1 Los líderes transmiten una visión explícita del modelo de atención a la cronicidad.	19,0	1,0
1.1.2 Los líderes reasignan recursos para la transformación del modelo sanitario buscando mejorar la atención a los pacientes crónicos.	10,5	1,6
1.1.3 Los directivos de las organizaciones promueven el liderazgo clínico entre los miembros de los equipos multidisciplinares.*	18,2	0,9
1.2 Marco estratégico	17,4	
1.2.1 Existe una estrategia o un plan de atención a la cronicidad, que incluye visión, objetivos, actuaciones, evaluación y seguimiento.	15,0	1,2
1.2.2 En la estrategia se definen indicadores de resultados de salud poblacional, de calidad asistencial y experiencia del paciente y de eficiencia.	19,7	1,1
1.3 Enfoque poblacional	15,4	
1.3.1 El modelo asistencial está orientado a la ganancia en salud y la reducción de desigualdades, monitorizándose su progreso mediante indicadores.	18,8	1,0
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.*	12,0	0,8
1.4 Evaluación, mejora e innovación	18,3	
1.4.1 Se han difundido los indicadores de la estrategia de cronicidad y los resultados de su evaluación a toda la organización.	19,2	0,9
1.4.2 Se han implantado métodos de aprendizaje colaborativo y de identificación y difusión de buenas prácticas.	18,4	1,0
1.4.3 Se promueve la innovación con la participación de todos los agentes implicados.	17,4	1,1



1.5 Sistemas de financiación	12,3	
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.*	13,7	0,9
1.5.2 Se incentiva el cumplimiento de objetivos compartidos entre distintos ámbitos de atención a los pacientes crónicos (primaria, hospital, social, comunitario).	10,8	1,1
1.6 Políticas sociales y sanitarias	17,8	
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.	17,8	0,9



DIMENSIÓN 2 – SALUD COMUNITARIA (IEMAC = 15,2)

	IEMAC	CV
2.1 Estrategias de salud comunitaria	9,1	
2.1.1 Se desarrollan programas y/o proyectos comunitarios en base a las necesidades de salud de la comunidad.	7,0	0,9
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.	11,3	1,1
2.2 Alianza con los agentes comunitarios	18,8	
2.2.1 Se utiliza un mapa actualizado de recursos comunitarios que impactan sobre la salud.*	19,4	1,1
2.2.2 Existen acuerdos de colaboración y cooperación entre los agentes del sistema de salud y cuidados y los recursos de la comunidad.*	18,1	1,0
2.3 Conexión del paciente a recursos comunitarios	17,8	
2.3.1 Los procesos asistenciales contemplan la derivación de los pacientes crónicos a los programas y recursos comunitarios.	17,8	1,2



DIMENSIÓN 3 – MODELO ASISTENCIAL (IEMAC = 16,7)

	IEMAC	CV
3.1 Atención centrada en el paciente	23,8	
3.1.1 La organización asigna a cada paciente crónico un profesional para que ejerza como su referente asistencial en cada ámbito de atención.*	21,1	0,9
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).	20,3	1,0
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.	28,3	0,8
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.	25,5	0,8
3.2 Competencias profesionales	14,5	
3.2.1 Se incorporan y desarrollan las competencias profesionales que deben intervenir en la atención al paciente crónico.	13,7	0,9
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.*	21,8	1,1
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.	12,0	0,8
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.	10,5	1,4
3.3 Modelo asistencial	15,7	
3.3.1 Se trabaja en equipo multidisciplinar en los centros y dispositivos asistenciales.*	10,5	1,4
3.3.2 Se promueve la relación formal e informal entre los profesionales de los diferentes ámbitos asistenciales con actividades conjuntas.*	6,0	0,7
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.	22,0	1,3



3.3.4 Existen objetivos compartidos entre los diferentes equipos y dispositivos asistenciales alineados con el buen manejo del paciente crónico.	24,5	0,9
3.4 Integración y continuidad asistencial	19,4	
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.	25,8	0,9
3.4.2 Las rutas asistenciales incorporan los ámbitos social, sociolaboral y comunitario.	18,0	1,1
3.4.3 Está definido e implementado el proceso de atención integrada y multidisciplinar del paciente pluripatológico.	17,8	0,9
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).	17,5	0,8
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.	21,1	1,0
3.4.6 Se realiza la conciliación farmacológica en las transiciones entre ámbitos asistenciales.*	16,3	1,2
3.5 Seguimiento activo del paciente	17,6	
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.	15,3	1,4
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.	16,3	1,2
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.).	21,0	0,9
3.5.4 Se revisa sistemáticamente la medicación con el paciente para detectar y resolver problemas relacionados con su efectividad, seguridad y adherencia.	17,9	1,2
3.6 Innovación en las interacciones entre pacientes y profesionales	16,0	
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).	11,5	1,4
3.6.2 Se realizan consultas grupales.	17,6	1,2
3.6.3 Se prescriben sitios web, redes sociales, blogs con contenidos de educación sanitaria de calidad contrastada.	16,3	1,4
3.6.4 Existen programas estructurados y proactivos no presenciales para el control y seguimiento de los pacientes crónicos.	18,5	0,8



3.7 Gestión clínica de la cronicidad y sistemas de incentivos

9,8

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

14,3 0,9

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

10,3 1,2

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

5,0 0,0



DIMENSIÓN 4 – APOYO AL AUTOCUIDADO DEL PACIENTE (IEMAC = 12,7)

	IEMAC	CV
4.1 Evaluación del paciente para el autocuidado	9,0	
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.	9,0	0,9
4.2 Educación terapéutica estructurada	11,7	
4.2.1 Se realiza educación terapéutica al paciente en todo lo concerniente a su proceso crónico, según programas estructurados.	12,9	1,2
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.	10,5	1,2
4.3 Activación psicosocial del paciente y apoyo mutuo	9,7	
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).	12,1	1,4
4.3.2 Se promueve la participación de pacientes y cuidadores en asociaciones, grupos de ayuda mutua, redes sociales y foros de pacientes.	7,3	1,4
4.4 Herramientas para facilitar el autocuidado	17,0	
4.4.1 El paciente dispone de información escrita útil y comprensible de su plan terapéutico personalizado.	12,4	0,8
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.	21,6	0,7
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.	25,0	0,6
4.4.4 Se prescriben programas colectivos que promueven la autonomía personal del paciente crónico.*	9,0	0,9



4.5 Toma de decisiones compartida

16,1

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

12,3

1,0

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.

20,0

1,0



DIMENSIÓN 5 – APOYO A LA TOMA DE DECISIONES CLÍNICAS (IEMAC = 15,5)

	IEMAC	CV
5.1 Protocolos y guías compartidas	17,7	
5.1.1 Se utilizan guías de práctica clínica compartidas entre ámbitos asistenciales.	24,7	0,6
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.	17,8	0,9
5.1.3 El diseño de guías, protocolos y otros instrumentos de conocimiento experto incorpora las situaciones de comorbilidad más frecuentes.	10,5	1,2
5.2 Formación continuada	11,1	
5.2.1 Se evalúa el impacto en la práctica clínica de la formación en torno al abordaje de la cronicidad.	11,1	1,3
5.3 Consultoría y enlace	17,8	
5.3.1 Se recurre a consultoría presencial (sesiones clínicas, interconsultas, rotaciones) para transferir conocimiento experto de forma multidireccional.	20,0	1,0
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.	15,6	1,0



DIMENSIÓN 6 – SISTEMAS DE INFORMACIÓN (IEMAC = 10,2)

	IEMAC	CV
6.1 Información para la gestión y la práctica clínica	9,2	
6.1.1 Está disponible en la historia clínica del paciente su clasificación predictiva en función de la previsión de sus necesidades asistenciales.*	7,2	0,9
6.1.2 Los clínicos tienen acceso directo a listados de pacientes según problemas de salud, parámetros clínicos o situaciones de riesgo.	5,0	0,0
6.1.3 Se dispone de un panel de indicadores de evaluación clínica que abordan aspectos significativos de las enfermedades crónicas más relevantes.*	12,2	1,4
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.	15,6	1,1
6.1.5 La historia clínica está diseñada de forma amigable y ergonómica para facilitar el seguimiento clínico por parte del profesional.	6,1	0,8
6.2 Integración de la información clínica del paciente	10,1	
6.2.1 La historia clínica electrónica es interoperable entre todos los ámbitos asistenciales.	11,7	0,8
6.2.2 Están implantados sistemas para garantizar la seguridad del paciente.*	13,3	1,2
6.2.3 El paciente puede incorporar información clínica en su carpeta personal de salud.*	5,0	0,0
6.2.4 Se comparte información generada en otros ámbitos (servicios sociales, salud pública, INSS) entre los profesionales.	10,6	0,9
6.3 Comunicación de información clínica entre profesionales	11,3	
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.	13,1	1,0
6.3.2 Existe un canal (teléfono directo u otros medios de contacto) para interconsulta en tiempo real entre los distintos ámbitos asistenciales.	9,4	0,9



Resultados Grupo 3

DIMENSIÓN 1 – ORGANIZACIÓN DEL SISTEMA DE SALUD (IEMAC = 26,4)

	IEMAC	CV
1.1 Compromiso de los líderes	25,0	
1.1.1 Los líderes transmiten una visión explícita del modelo de atención a la cronicidad.	41,3	0,6
1.1.2 Los líderes reasignan recursos para la transformación del modelo sanitario buscando mejorar la atención a los pacientes crónicos.	14,0	1,7
1.1.3 Los directivos de las organizaciones promueven el liderazgo clínico entre los miembros de los equipos multidisciplinares.*	19,7	1,2
1.2 Marco estratégico	27,7	
1.2.1 Existe una estrategia o un plan de atención a la cronicidad, que incluye visión, objetivos, actuaciones, evaluación y seguimiento.	33,4	0,8
1.2.2 En la estrategia se definen indicadores de resultados de salud poblacional, de calidad asistencial y experiencia del paciente y de eficiencia.	22,0	1,2
1.3 Enfoque poblacional	24,0	
1.3.1 El modelo asistencial está orientado a la ganancia en salud y la reducción de desigualdades, monitorizándose su progreso mediante indicadores.	26,7	0,9
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.*	21,3	1,2
1.4 Evaluación, mejora e innovación	41,5	
1.4.1 Se han difundido los indicadores de la estrategia de cronicidad y los resultados de su evaluación a toda la organización.	37,6	0,9
1.4.2 Se han implantado métodos de aprendizaje colaborativo y de identificación y difusión de buenas prácticas.	45,5	0,6
1.4.3 Se promueve la innovación con la participación de todos los agentes implicados.	41,5	0,8



1.5 Sistemas de financiación	18,8	
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.*	17,6	1,2
1.5.2 Se incentiva el cumplimiento de objetivos compartidos entre distintos ámbitos de atención a los pacientes crónicos (primaria, hospital, social, comunitario).	20,0	1,1
1.6 Políticas sociales y sanitarias	21,3	
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.	21,3	1,2



DIMENSIÓN 2 – SALUD COMUNITARIA (IEMAC = 21,5)

	IEMAC	CV
2.1 Estrategias de salud comunitaria	15,6	
2.1.1 Se desarrollan programas y/o proyectos comunitarios en base a las necesidades de salud de la comunidad.	11,1	1,9
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.	20,0	1,1
2.2 Alianza con los agentes comunitarios	19,6	
2.2.1 Se utiliza un mapa actualizado de recursos comunitarios que impactan sobre la salud.*	20,9	1,1
2.2.2 Existen acuerdos de colaboración y cooperación entre los agentes del sistema de salud y cuidados y los recursos de la comunidad.*	18,3	1,0
2.3 Conexión del paciente a recursos comunitarios	29,2	
2.3.1 Los procesos asistenciales contemplan la derivación de los pacientes crónicos a los programas y recursos comunitarios.	29,2	0,9



DIMENSIÓN 3 – MODELO ASISTENCIAL (IEMAC = 21,5)

	IEMAC	CV
3.1 Atención centrada en el paciente	25,0	
3.1.1 La organización asigna a cada paciente crónico un profesional para que ejerza como su referente asistencial en cada ámbito de atención.*	29,2	1,0
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).	22,9	1,1
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.	22,8	1,0
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.	25,3	0,9
3.2 Competencias profesionales	12,2	
3.2.1 Se incorporan y desarrollan las competencias profesionales que deben intervenir en la atención al paciente crónico.	21,1	1,2
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.*	8,6	1,3
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.	13,2	1,7
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.	6,1	0,8
3.3 Modelo asistencial	15,6	
3.3.1 Se trabaja en equipo multidisciplinar en los centros y dispositivos asistenciales.*	18,9	1,4
3.3.2 Se promueve la relación formal e informal entre los profesionales de los diferentes ámbitos asistenciales con actividades conjuntas.*	7,1	0,9
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.	12,9	1,6



3.3.4 Existen objetivos compartidos entre los diferentes equipos y dispositivos asistenciales alineados con el buen manejo del paciente crónico.	23,5	0,9
3.4 Integración y continuidad asistencial	30,6	
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.	25,4	1,0
3.4.2 Las rutas asistenciales incorporan los ámbitos social, sociolaboral y comunitario.	27,7	1,2
3.4.3 Está definido e implementado el proceso de atención integrada y multidisciplinar del paciente pluripatológico.	35,8	1,0
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).	39,6	0,9
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.	43,5	0,7
3.4.6 Se realiza la conciliación farmacológica en las transiciones entre ámbitos asistenciales.*	11,9	2,1
3.5 Seguimiento activo del paciente	28,8	
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.	26,5	1,1
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.	29,6	0,9
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.).	37,3	0,8
3.5.4 Se revisa sistemáticamente la medicación con el paciente para detectar y resolver problemas relacionados con su efectividad, seguridad y adherencia.	21,9	1,1
3.6 Innovación en las interacciones entre pacientes y profesionales	21,1	
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).	9,6	0,9
3.6.2 Se realizan consultas grupales.	24,2	0,6
3.6.3 Se prescriben sitios web, redes sociales, blogs con contenidos de educación sanitaria de calidad contrastada.	23,1	1,1
3.6.4 Existen programas estructurados y proactivos no presenciales para el control y seguimiento de los pacientes crónicos.	27,3	0,4



3.7 Gestión clínica de la cronicidad y sistemas de incentivos

17,2

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

30,8 0,9

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

8,1 0,9

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

12,7 0,8



DIMENSIÓN 4 – APOYO AL AUTOCUIDADO DEL PACIENTE (IEMAC = 16,3)

	IEMAC	CV
4.1 Evaluación del paciente para el autocuidado	20,4	
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.	20,4	0,4
4.2 Educación terapéutica estructurada	15,0	
4.2.1 Se realiza educación terapéutica al paciente en todo lo concerniente a su proceso crónico, según programas estructurados.	21,9	0,3
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.	8,1	0,9
4.3 Activación psicosocial del paciente y apoyo mutuo	12,7	
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).	11,2	0,9
4.3.2 Se promueve la participación de pacientes y cuidadores en asociaciones, grupos de ayuda mutua, redes sociales y foros de pacientes.	14,2	0,7
4.4 Herramientas para facilitar el autocuidado	19,3	
4.4.1 El paciente dispone de información escrita útil y comprensible de su plan terapéutico personalizado.	8,1	0,9
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.	50,0	0,7
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.	14,2	0,7
4.4.4 Se prescriben programas colectivos que promueven la autonomía personal del paciente crónico.*	5,0	0,0



4.5 Toma de decisiones compartida

14,2

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

14,2 0,7

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.

14,2 0,7



DIMENSIÓN 5 – APOYO A LA TOMA DE DECISIONES CLÍNICAS (IEMAC = 16,7)

	IEMAC	CV
5.1 Protocolos y guías compartidas	27,5	
5.1.1 Se utilizan guías de práctica clínica compartidas entre ámbitos asistenciales.	30,9	0,9
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.	27,9	0,7
5.1.3 El diseño de guías, protocolos y otros instrumentos de conocimiento experto incorpora las situaciones de comorbilidad más frecuentes.	23,8	0,8
5.2 Formación continuada	7,7	
5.2.1 Se evalúa el impacto en la práctica clínica de la formación en torno al abordaje de la cronicidad.	7,7	0,9
5.3 Consultoría y enlace	14,8	
5.3.1 Se recurre a consultoría presencial (sesiones clínicas, interconsultas, rotaciones) para transferir conocimiento experto de forma multidireccional.	17,3	0,8
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.	12,3	1,5



DIMENSIÓN 6 – SISTEMAS DE INFORMACIÓN (IEMAC = 14,0)

	IEMAC	CV
6.1 Información para la gestión y la práctica clínica	15,3	
6.1.1 Está disponible en la historia clínica del paciente su clasificación predictiva en función de la previsión de sus necesidades asistenciales.*	12,0	1,1
6.1.2 Los clínicos tienen acceso directo a listados de pacientes según problemas de salud, parámetros clínicos o situaciones de riesgo.	5,0	0,0
6.1.3 Se dispone de un panel de indicadores de evaluación clínica que abordan aspectos significativos de las enfermedades crónicas más relevantes.*	22,7	1,1
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.	14,3	1,7
6.1.5 La historia clínica está diseñada de forma amigable y ergonómica para facilitar el seguimiento clínico por parte del profesional.	22,7	0,9
6.2 Integración de la información clínica del paciente	13,7	
6.2.1 La historia clínica electrónica es interoperable entre todos los ámbitos asistenciales.	15,0	1,1
6.2.2 Están implantados sistemas para garantizar la seguridad del paciente.*	16,3	1,0
6.2.3 El paciente puede incorporar información clínica en su carpeta personal de salud.*	5,0	0,0
6.2.4 Se comparte información generada en otros ámbitos (servicios sociales, salud pública, INSS) entre los profesionales.	18,6	0,9
6.3 Comunicación de información clínica entre profesionales	12,8	
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.	12,0	1,1
6.3.2 Existe un canal (teléfono directo u otros medios de contacto) para interconsulta en tiempo real entre los distintos ámbitos asistenciales.	13,7	1,4



Resultados Comparativos Grupo 1-2-3 y significación estadística

DIMENSIÓN 1 - ORGANIZACIÓN DEL SISTEMA DE SALUD (G1= 23,5; G2=16,2; G3=26,4) p=NS

	G1	G2	G3	p
1.1 Compromiso de los líderes	22,7	15,9	25,0	NS
1.1.1 Los líderes transmiten una visión explícita del modelo de atención a la cronicidad.	35,6	19,0	41,3	0,009
1.1.2 Los líderes reasignan recursos para la transformación del modelo sanitario buscando mejorar la atención a los pacientes crónicos.	14,7	10,5	14,0	NS
1.1.3 Los directivos de las organizaciones promueven el liderazgo clínico entre los miembros de los equipos multidisciplinares.*	17,8	18,2	19,7	NS
1.2 Marco estratégico	28,5	17,4	27,7	NS
1.2.1 Existe una estrategia o un plan de atención a la cronicidad, que incluye visión, objetivos, actuaciones, evaluación y seguimiento.	25,6	15,0	33,4	0,024
1.2.2 En la estrategia se definen indicadores de resultados de salud poblacional, de calidad asistencial y experiencia del paciente y de eficiencia.	31,4	19,7	22,0	NS
1.3 Enfoque poblacional	27,3	15,4	24,0	NS
1.3.1 El modelo asistencial está orientado a la ganancia en salud y la reducción de desigualdades, monitorizándose su progreso mediante indicadores.	32,8	18,8	26,7	NS
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.*	21,8	12,0	21,3	NS
1.4 Evaluación, mejora e innovación	27,5	18,3	41,5	0,03
1.4.1 Se han difundido los indicadores de la estrategia de cronicidad y los resultados de su evaluación a toda la organización.	21,9	19,2	37,6	NS
1.4.2 Se han implantado métodos de aprendizaje colaborativo y de identificación y difusión de buenas prácticas.	31,4	18,4	45,5	0,001
1.4.3 Se promueve la innovación con la participación de todos los agentes implicados.	29,2	17,4	41,5	0,031



1.5 Sistemas de financiación	18,4	12,3	18,8	NS
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.*	18,1	13,7	17,6	NS
1.5.2 Se incentiva el cumplimiento de objetivos compartidos entre distintos ámbitos de atención a los pacientes crónicos (primaria, hospital, social, comunitario).	18,8	10,8	20,0	NS
1.6 Políticas sociales y sanitarias	16,6	17,8	21,3	NS
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.	16,6	17,8	21,3	NS



DIMENSIÓN 2 - SALUD COMUNITARIA (G1= 25,1; G2=15,2; G3=21,5) p=0,032

	G1	G2	G3	p
2.1 Estrategias de salud comunitaria	11,6	9,1	15,6	NS
2.1.1 Se desarrollan programas y/o proyectos comunitarios en base a las necesidades de salud de la comunidad.	10,6	7,0	11,1	NS
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.	12,6	11,3	20,0	NS
2.2 Alianza con los agentes comunitarios	20,2	18,8	19,6	NS
2.2.1 Se utiliza un mapa actualizado de recursos comunitarios que impactan sobre la salud.*	21,6	19,4	20,9	NS
2.2.2 Existen acuerdos de colaboración y cooperación entre los agentes del sistema de salud y cuidados y los recursos de la comunidad.*	18,8	18,1	18,3	NS
2.3 Conexión del paciente a recursos comunitarios	43,6	17,8	29,2	0,03
2.3.1 Los procesos asistenciales contemplan la derivación de los pacientes crónicos a los programas y recursos comunitarios.	43,6	17,8	29,2	0,03



DIMENSIÓN 3 - MODELO ASISTENCIAL (G1= 22,6; G2=16,7; G3=21,5) p=NS

	G1	G2	G3	p
3.1 Atención centrada en el paciente	29,8	23,8	25,0	NS
3.1.1 La organización asigna a cada paciente crónico un profesional para que ejerza como su referente asistencial en cada ámbito de atención.*	30,6	21,1	29,2	NS
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).	23,1	20,3	22,9	NS
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.	30,9	28,3	22,8	NS
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.	34,7	25,5	25,3	NS
3.2 Competencias profesionales	18,0	14,5	12,2	NS
3.2.1 Se incorporan y desarrollan las competencias profesionales que deben intervenir en la atención al paciente crónico.	26,9	13,7	21,1	NS
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.*	24,7	21,8	8,6	NS
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.	15,3	12,0	13,2	NS
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.	5,0	10,5	6,1	NS
3.3 Modelo asistencial	26,2	15,7	15,6	NS
3.3.1 Se trabaja en equipo multidisciplinar en los centros y dispositivos asistenciales.*	23,6	10,5	18,9	NS
3.3.2 Se promueve la relación formal e informal entre los profesionales de los diferentes ámbitos asistenciales con actividades conjuntas.*	18,9	6,0	7,1	NS
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.	25,9	22,0	12,9	NS



3.3.4 Existen objetivos compartidos entre los diferentes equipos y dispositivos asistenciales alineados con el buen manejo del paciente crónico.	36,3	24,5	23,5	NS
3.4 Integración y continuidad asistencial	24,2	19,4	30,6	NS
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.	26,9	25,8	25,4	NS
3.4.2 Las rutas asistenciales incorporan los ámbitos social, sociolaboral y comunitario.	34,1	18,0	27,7	NS
3.4.3 Está definido e implementado el proceso de atención integrada y multidisciplinar del paciente pluripatológico.	15,3	17,8	35,8	NS
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).	16,9	17,5	39,6	NS
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.	38,1	21,1	43,5	0,03
3.4.6 Se realiza la conciliación farmacológica en las transiciones entre ámbitos asistenciales.*	14,1	16,3	11,9	NS
3.5 Seguimiento activo del paciente	25,7	17,6	28,8	0,011
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.	32,9	15,3	26,5	0,004
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.	19,1	16,3	29,6	NS
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.).	31,8	21,0	37,3	NS
3.5.4 Se revisa sistemáticamente la medicación con el paciente para detectar y resolver problemas relacionados con su efectividad, seguridad y adherencia.	19,1	17,9	21,9	NS



3.6 Innovación en las interacciones entre pacientes y profesionales	17,2	16,0	21,1	NS
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).	11,7	11,5	9,6	NS
3.6.2 Se realizan consultas grupales.	15,8	17,6	24,2	NS
3.6.3 Se prescriben sitios web, redes sociales, blogs con contenidos de educación sanitaria de calidad contrastada.	18,8	16,3	23,1	NS
3.6.4 Existen programas estructurados y proactivos no presenciales para el control y seguimiento de los pacientes crónicos.	22,7	18,5	27,3	NS
3.7 Gestión clínica de la cronicidad y sistemas de incentivos	17,0	9,8	17,2	0,041
3.7.1 Los equipos de atención cuentan con capacidad de gestión de sus recursos, organización y funcionamiento.	12,5	14,3	30,8	NS
3.7.2 El sistema de incentivos de los profesionales está alineado con el buen manejo del paciente crónico.	26,9	10,3	8,1	0,032
3.7.3 Se facilita el retorno de información a los clínicos para que puedan mejorar su práctica.	11,5	5,0	12,7	0,017



DIMENSIÓN 4 - AUTOCUIDADO (G1= 17,4; G2=12,7; G3=16,3) p=NS

	G1	G2	G3	p
4.1 Evaluación del paciente para el autocuidado	8,8	9,0	20,4	0,001
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.	8,8	9,0	20,4	0,001
4.2 Educación terapéutica estructurada	18,1	11,7	15,0	NS
4.2.1 Se realiza educación terapéutica al paciente en todo lo concerniente a su proceso crónico, según programas estructurados.	20,6	12,9	21,9	0,024
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.	15,6	10,5	8,1	NS
4.3 Activación psicosocial del paciente y apoyo mutuo	5,7	9,7	12,7	NS
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).	5,0	12,1	11,2	NS
4.3.2 Se promueve la participación de pacientes y cuidadores en asociaciones, grupos de ayuda mutua, redes sociales y foros de pacientes.	6,3	7,3	14,2	0,006
4.4 Herramientas para facilitar el autocuidado	18,5	17,0	19,3	NS
4.4.1 El paciente dispone de información escrita útil y comprensible de su plan terapéutico personalizado.	15,0	12,4	8,1	NS
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.	18,3	21,6	50,0	0,013
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.	18,7	25,0	14,2	NS



4.4.4 Se prescriben programas colectivos que promueven la autonomía personal del paciente crónico.*	22,2	9,0	5,0	0
4.5 Toma de decisiones compartida	35,9	16,1	14,2	0,003
4.5.1 El paciente recibe información rigurosa, comprensible y de su interés sobre su problema de salud y las alternativas de cuidados.	29,0	12,3	14,2	0,009
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.	42,9	20,0	14,2	0,002



DIMENSIÓN 5 - APOYO A LA TOMA DE DECISIONES CLÍNICAS (G1= 17,4; G2=12,7; G3=16,7) P=NS

	G1	G2	G3	p
5.1 Protocolos y guías compartidas	17,3	17,7	27,5	NS
5.1.1 Se utilizan guías de práctica clínica compartidas entre ámbitos asistenciales.	18,4	24,7	30,9	NS
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.	18,1	17,8	27,9	NS
5.1.3 El diseño de guías, protocolos y otros instrumentos de conocimiento experto incorpora las situaciones de comorbilidad más frecuentes.	15,4	10,5	23,8	0,038
5.2 Formación continuada	7,9	11,1	7,7	NS
5.2.1 Se evalúa el impacto en la práctica clínica de la formación en torno al abordaje de la cronicidad.	7,9	11,1	7,7	NS
5.3 Consultoría y enlace	28,1	17,8	14,8	0,004
5.3.1 Se recurre a consultoría presencial (sesiones clínicas, interconsultas, rotaciones) para transferir conocimiento experto de forma multidireccional.	30,6	20,0	17,3	NS
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.	25,6	15,6	12,3	0,008



DIMENSIÓN 6: SISTEMAS DE INFORMACIÓN (G1 = 22,2; G2=10,2; G3=14,0) p=0,011

	G1	G2	G3	p
6.1 Información para la gestión y la práctica clínica	23,8	9,2	15,3	0,015
6.1.1 Está disponible en la historia clínica del paciente su clasificación predictiva en función de la previsión de sus necesidades asistenciales.*	15,0	7,2	12,0	NS
6.1.2 Los clínicos tienen acceso directo a listados de pacientes según problemas de salud, parámetros clínicos o situaciones de riesgo.	23,6	5,0	5,0	0
6.1.3 Se dispone de un panel de indicadores de evaluación clínica que abordan aspectos significativos de las enfermedades crónicas más relevantes.*	25,8	12,2	22,7	NS
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.	30,9	15,6	14,3	NS
6.1.5 La historia clínica está diseñada de forma amigable y ergonómica para facilitar el seguimiento clínico por parte del profesional.	23,8	6,1	22,7	0,019
6.2 Integración de la información clínica del paciente	18,6	10,1	13,7	0,019
6.2.1 La historia clínica electrónica es interoperable entre todos los ámbitos asistenciales.	14,7	11,7	15,0	NS
6.2.2 Están implantados sistemas para garantizar la seguridad del paciente.*	26,9	13,3	16,3	NS
6.2.3 El paciente puede incorporar información clínica en su carpeta personal de salud.*	5,0	5,0	5,0	NS
6.2.4 Se comparte información generada en otros ámbitos (servicios sociales, salud pública, INSS) entre los profesionales.	27,7	10,6	18,6	0,008
6.3 Comunicación de información clínica entre profesionales	24,1	11,3	12,8	0,019
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.	25,0	13,1	12,0	NS
6.3.2 Existe un canal (teléfono directo u otros medios de contacto) para interconsulta en tiempo real entre los distintos ámbitos asistenciales.	23,2	9,4	13,7	NS