

Propuesta de indicadores para evaluar la atención a la cronicidad en el marco de la Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad en el Sistema Nacional de Salud



RED ESPAÑOLA DE AGENCIAS DE EVALUACIÓN
DE TECNOLOGÍAS Y PRESTACIONES DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD



Barcelona, 30 de abril de 2015

Propuesta de indicadores para evaluar la atención a la cronicidad en el marco de la Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad en el Sistema Nacional de Salud

Grupo de autores y coordinación metodológica:

Vicky Serra Sutton (1,2)
Mireia Espallargues (1,3)
Joan Escarrabill (3,4)

- (1) Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya (AQuAS), Departament de Salut de Catalunya
- (2) CIBER Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP)
- (3) Hospital Clínic de Barcelona
- (4) Red de Investigación en Servicios de Salud en Enfermedades Crónicas (REDISSEC)

Coordinación técnica:

Marian López Orive (5)
(5) SG de Calidad y Cohesión del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales y Equidad (MSSSI)

Grupo de colaboradores y revisores:

En el Anexo 2 al 4 se describen los expert@s participantes en el consenso presencial y electrónico. Estos colaboradores forman parte del comité institucional y técnico de la Estrategia para el Abordaje a la Cronicidad en el Sistema Nacional de Salud (SNS) (EAC) o en su representación, así como expert@s de la Red de Investigación en Servicios Sanitarios en Enfermedades Crónicas (REDISSEC) y de las Estrategias del SNS en enfermedades raras, cáncer, cardiopatía, diabetes, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, enfermedades neurodegenerativas, paliativas, salud mental, ictus, así como de enfermedades reumáticas y musculoesqueléticas y sociedades científicas vinculadas. También incluye la colaboración de expert@s de la SG de Calidad y Cohesión, SG de Promoción de la Salud y Epidemiología del MSSSI. En este proyecto también ha colaborado el equipo Health Consensus (Álex Trejo, Tino Martí y Josep M^a Monguet) de Onsanity Solutions y la Universidad Politécnica de Cataluña.

El grupo de autores declara no tener conflictos de interés.

Este documento se ha realizado al amparo del convenio de colaboración suscrito por el Instituto de Salud Carlos III, organismo autónomo del Ministerio de Economía y Competitividad, y la Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya (AQuAS) del Departament de Salut, en el marco del desarrollo de actividades de la Red Española de Agencias de Evaluación de Tecnologías Sanitarias y Prestaciones del Sistema Nacional de Salud (SNS), financiadas por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

INDICE

RESUMEN EXECUTIVO.....	4
PROPUESTA DE INDICADORES. FICHAS COMPLETAS.....	11
INTRODUCCIÓN.....	23
METODOLOGÍA.....	25
RESULTADOS	32
CONCLUSIONES.....	60
ABREVIATURAS.....	61
REFERENCIAS.....	62
ANEXOS.....	66

RESUMEN EJECUTIVO

ANTECEDENTES

La atención a la cronicidad plantea un reto en cuanto a su evaluación al tener en cuenta intervenciones multidisciplinares así como diferentes ámbitos de atención y profesionales de diferentes disciplinas. Pocos estudios evalúan los resultados de la atención a la cronicidad con énfasis en el impacto en el estado de salud de los usuarios teniendo en cuenta además las diferentes realidades en las comunidades autónomas (CCAA). Existen algunas iniciativas pero no se constatan estudios donde se haya realizado de forma sistemática una propuesta común y multidimensional de indicadores para evaluar la calidad de la atención a la cronicidad en el marco de la Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad en el Sistema Nacional de Salud (EAC en el SNS).

Desde la Subdirección General (SG) de Calidad y Cohesión del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (MSSSI), como Coordinación Técnica de la EAC y como Secretaría Técnica de la Red Española de Agencias de Evaluación de Tecnologías Sanitarias y Prestaciones del SNS, se asignó a la Agencia de Calidad y Evaluación Sanitarias de Cataluña (AQuAS), empresa pública del Departamento de Salud de la Generalitat de Cataluña, miembro de la citada Red, el desarrollo de un proyecto para definir un grupo mínimo de indicadores para evaluar la atención sanitaria en el ámbito de la cronicidad. El objetivo principal del proyecto ha sido poner a disposición de las CCAA un grupo común de indicadores para evaluar la línea de atención a la cronicidad en el marco del plan de implementación de la EAC. Como objetivos específicos se propusieron: a) identificar y consensuar los aspectos más relevantes para evaluar la atención a la cronicidad en el SNS; b) proponer un grupo de indicadores para dicha evaluación de acuerdo a su utilidad, factibilidad y validez para ser calculados a partir de sistemas de información disponibles.

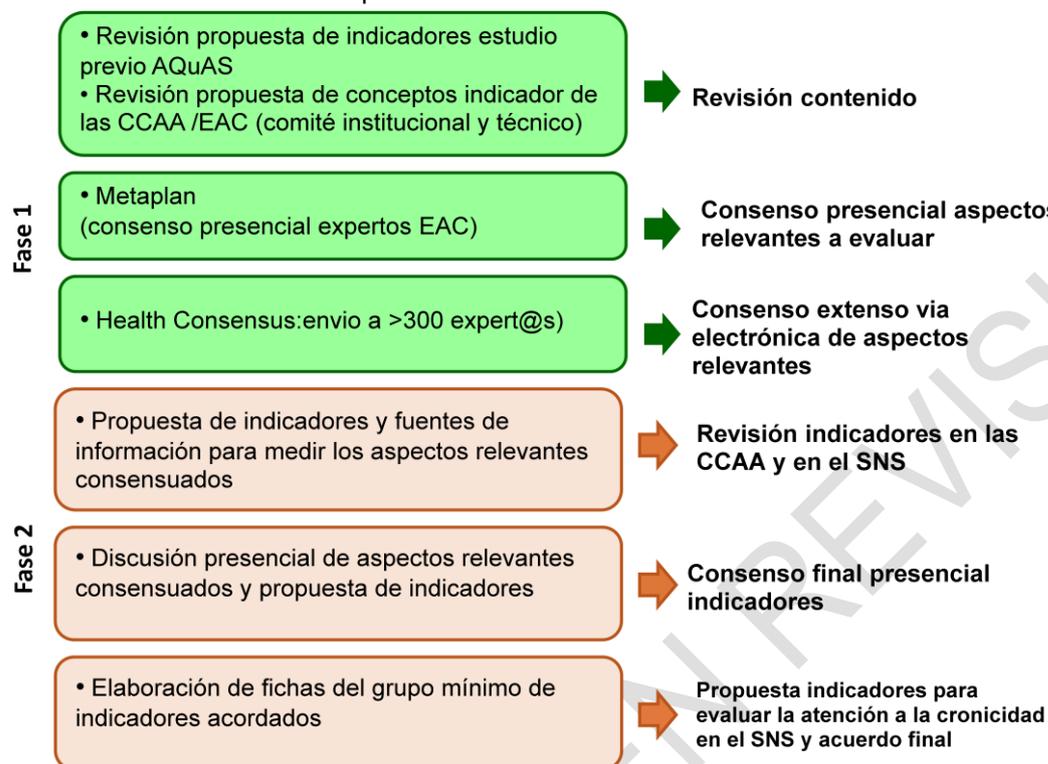
METODOLOGÍA

El proyecto se divide en 2 fases (**figura 1**) y tiene como marco de referencia las líneas de actuación y objetivos de la EAC (ver **anexo 1**).

Fase 1: propuesta de aspectos relevantes a mejorar en la atención a la cronicidad en el Sistema Nacional de Salud

Se realizó una 1ª reunión presencial de consenso (metaplan) con expertos vinculados al comité institucional de la EAC, la SG de Calidad y y Cohesión, de la Red de Investigación en Servicios de Salud en Enfermedades Crónicas (REDISSEC) y CIBER de Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP) solicitándoles que propusieran y votaran conceptos de indicador. Se propusieron 31 aspectos relevantes para su consenso electrónico a partir de la plataforma Health Consensus. Para este consenso electrónico se invitó a más de 300 expertos de diferentes CCAA (a través del comité institucional y comité técnico de la EAC y de los comités de las estrategias en salud del SNS). Se solicitó que cada experto valorase cada aspecto relevante (o concepto de indicador) a partir de 3 criterios (importancia, factibilidad y relevancia para los pacientes con un rango de puntuaciones de 0 a 9). Se definió que un aspecto relevante alcanzaba el umbral de consenso cuando al menos el 75% de los expertos lo valoraba con una puntuación entre 7-9 en su importancia y factibilidad percibida. Se partió de un estudio previo para definir el marco conceptual para evaluar la atención a la cronicidad que ha permitido facilitar la propuesta común y la clasificación de los aspectos relevantes e indicadores a lo largo del presente proyecto.

Figura 1. Descripción de la metodología seguida para el consenso y definición de un grupo mínimo común de indicadores para evaluar la atención sanitaria de la cronicidad en el SNS



AQuAS: Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya; CCAA: comunidades autónomas; EAC: Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad; SNS: Sistema Nacional de Salud.

Fase 2: propuesta de indicadores para medir la calidad de la atención en cronicidad en el Sistema Nacional de Salud

Se realizó una 2ª reunión presencial de consenso con miembros de comité institucional de la EAC, REDISSEC/CIBERESP y Ministerio (SG de Calidad y Cohesión y SG de Promoción y Prevención) así como el equipo de la AQuAS (n=31 expert@s). Se discutió la propuesta tras el proceso de consenso previo con una fórmula más concreta y propuesta de justificación/descripción, posibles variables de estratificación/ ajuste y evidencia que apoya su medición y se votaron en una ronda final. Se consideró que un indicador era recomendable para su medición cuando al menos se presentaban más de 10 votos a favor (un voto por cada CCAA participante; <8 votos consenso bajo, de 8-9 consenso moderado y >10 votos consenso elevado).

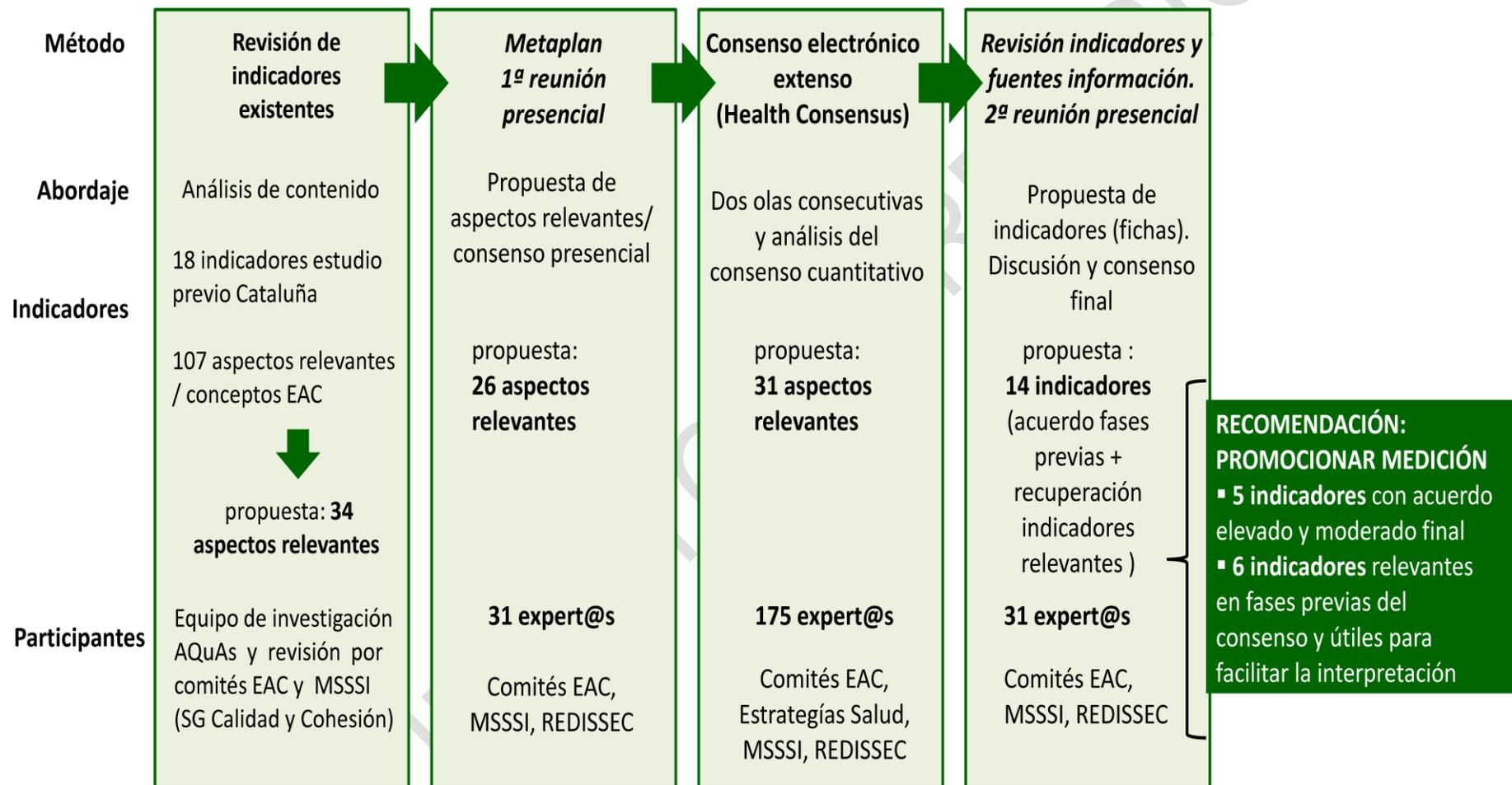
Para la propuesta final de indicadores, además de esta valoración final de los expertos en la 2ª reunión presencial, se tuvieron en cuenta las valoraciones realizadas a largo del proceso de consenso. Se establecieron recomendaciones para su medición o promoción de medida en una siguiente fase de implementación en base a: a) su inclusión y consenso moderado/ elevado en la 1ª reunión presencial y/o b) consenso moderado/ elevado via electrónica, y/o c) consenso moderado/ elevado en la 2ª reunión final de consenso); d) su relevancia para complementar la información y ajustes de indicadores con consenso elevado/moderado en la reunión final. Para la propuesta de fichas de indicador se tuvieron en cuenta experiencias relevantes en el SNS que las aplicaran y que confieren validez y robustez a la propuesta definitiva.

RESULTADOS

Participaron más de 30 expert@s de 15 CCAA en 2 reuniones presenciales de consenso. En el consenso electrónico participaron en la priorización 175 expert@s con un perfil mayoritario en medicina tanto del ámbito de atención hospitalaria de agudos, de atención primaria de salud y salud pública/ planificación sanitaria. Se partió de un volumen importante y variable de aspectos relevantes hasta acotar la propuesta para la medición de la atención a la cronicidad (**figura 3**).

Se proponen 11, 2 de ellos con acuerdo elevado en la reunión final de consenso. Estos indicadores podrían calcularse a partir de diferentes fuentes de información rutinarias como el Conjunto Mínimo Básico de Datos (tanto en el ámbito hospitalario de agudos, atención primaria de salud, salud mental o sociosanitario), la Encuesta Nacional de Salud (ENSE) u otras fuentes de información rutinarias en el marco del SNS (**figura 4**). Casi todos los indicadores propuestos serían factibles de medir a partir de las fuentes de información en el marco del SNS y CCAA (ver figuras 5 y 6 con fichas completas de los indicadores) y permitirían medir diferentes objetivos / bloques de la EAC teniendo en cuenta que el encargo se centra en la evaluación de la atención en población con problemas crónicos de salud.

Figura 3. Participantes, aspectos relevantes e indicadores propuestos y consensuados en las diferentes fases de consenso



CCAA: comunidades autónomas; EAC: estrategia para el abordaje a la cronicidad; SNS: Sistema Nacional de Salud; MSSSI: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, SG: subdirección general

Taulla 1. Indicadores que alcanzan un acuerdo final para evaluar la atención a la cronicidad en el SNS y valoraciones de expertos en fases previas (*)

Título	Metaplan comités EAC (n=31)	Health Consensus comités EAC y expertos comisiones de salud en el SNS (n=175)	Discusión y consenso presencial final comités EAC (n=31)			Dimensión que mide/ Fuente de datos
	Propuesto en la 1ª reunión de presencial	Grado de consenso (% de expert@s que lo puntúan entre 7-9)(**)	Propuesto en la 2ª reunión presencial	CCAA que lo proponen/ consideran un reto	Acuerdo CCAA	
Hospitalizaciones potencialmente evitables (I2)	✓ (>30 votos)	Importante: 91,8% Factible: 53,3% Relevante pacientes: 77,1%	✓	14 votos a favor (por CCAA)	Acuerdo elevado	+ Adecuación Fuente: CMBD
Usuarios atendidos en diferentes niveles de estratificación (I18)	✓ (12 votos)	Importante: 81,3% Factible: 43,9% Relevante pacientes: 61,2%	✓	11 votos a favor (por CCAA)	Acuerdo elevado	+ Estado salud Fuente: CMBD, ENSE
Usuarios atendidos con estilos de vida no saludable (I23)	✓ (1 voto)	Importante: 89,8% Factible: 64,5% Relevante pacientes: 76,0%	✓	8 votos a favor; 2 en contra (por CCAA)	Acuerdo moderado	+Estado salud /apoderamiento Fuente: CMBD, ENSE
Usuarios atendidos sin apoyo social (I24)	✓ (6 votos)	Importante: 94,7% Factible: 43,2% Relevante pacientes: 89,4%	✓	9 votos a favor; 2 en contra (por CCAA)	Acuerdo moderado	+Estado salud/ atención integrada Fuente: CMBD+Bases de datos Servicios Sociales/ ENSE
Acceso y uso de sistemas de información compartida por parte de los profesionales que atienden a un mismo usuario (I31)	✓ (19 votos)	Importante: 95,9% Factible: 76,5% Relevante pacientes: 89,4%	✓	9 votos a favor; 3 en contra (por CCAA)	Acuerdo moderado	+Coordinación/ atención integrada Fuente: HCC o Sistemas de Gestión Usuarios en cada comunidad autónoma

(*) Todos los indicadores se centran en la población diana de usuarios con problemas crónicos de salud. HCC: historia clínica compartida; CCAA: comunidad autónoma; CMBD: Conjunto Mínimo Básico de Datos; ENSE: Encuesta de Salud; (**) Umbral de consenso electrónico: al menos el 75% o más de expert@s puntúan entre 7-9 en su importancia y factibilidad

Taula 2. Indicadores que no alcanzan el acuerdo final pero fueron considerados relevantes en fases previas del consenso y relevantes para la interpretación (*)

Título	Metaplan comités EAC (n=31)	Health Consensus comités EAC y expertos comisiones de salud en el SNS (n=175)	Discusión y consenso presencial final comités EAC (n=31)			Dimensión que mide/ Fuente de datos
	Propuesto en la 1ª reunión de presencial	Grado de consenso (% de expert@s que lo puntúan entre 7-9)(**)	Propuesto en la 2ª reunión presencial	CCAA que lo proponen/ consideran un reto	Acuerdo CCAA	
Reingresos de usuarios hospitalizados (I1)	✓ (30 votos)	Importante: 86,2% Factible: 88,3% Relevante pacientes: 72,8%	✓	-Andalucía (0 votos)	No acuerdo o acuerdo bajo	+ Efectividad/ adecuación Fuente: CMBD
Frecuentación de urgencias por usuarios (I7)	✓ (4 votos)	Importante: 90,5% Factible: 82,2% Relevante pacientes: 79,3%	✓	-Andalucía -Castilla la Mancha (0 votos)	No acuerdo o acuerdo bajo	+ Uso de servicios/ efectividad Fuente: CMBD
Frecuentación de atención primaria por usuarios (I9)	✓ (21 votos)	Importante: 80,5% Factible: 82,5% Relevante pacientes: 68,6%	No	--	No valorado	+ Uso de servicios/ efectividad Fuente: CMBD
Usuarios atendidos polimedicados (I4)	✓ (20 votos)	Importante: 80,5% Factible: 84,0% Relevante pacientes: 82,2%	No	--	No valorado	+ Estado de salud/ adecuación Fuente: Gerencia Farmacia+CMBD
Días de hospitalización acumulados al año por usuario (I5)	✓ (8 votos)	Importante: 78,0% Factible: 88,1% Relevante pacientes: 78,0%	✓	-Andalucía -Aragón -Castilla la Mancha (0 votos)	No acuerdo o acuerdo bajo	+ Uso de servicios/ efectividad Fuente: CMBD
Mejora de la calidad de vida relacionada con la salud de usuarios y cuidadores (I20)	✓ (24 votos)	Importante: 97,0% Factible: 39,1% Relevante pacientes: 92,4%	✓	-5 votos a favor; 1 en contra (por CCAA)	No acuerdo o acuerdo bajo	+ Estado de salud/ efectividad Fuente: cohortes prospectivas ad hoc/ ENSE

(*) Todos los indicadores se centran en la población diana de usuarios con problemas crónicos de salud. I: Indicador; CCAA: comunidades autónomas; EAC: Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad; SNS: Sistema Nacional de Salud; AQUAS: Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya; CMBD: Conjunto Mínimo Básico de Datos (de hospitales agudos, salud mental, atención primaria de salud, hospitales sociosanitarios); ENSE: encuesta nacional de salud; * Umbral de consenso fase electrónica: al menos el 75% o más de expert@s puntúa entre 7-9 en importancia y factibilidad

CONCLUSIONES

- ❖ Los resultados de este proyecto han permitido obtener un grupo de indicadores común para evaluar la atención a la cronicidad teniendo en cuenta una perspectiva amplia de dimensiones y atributos de los servicios sanitarios y su calidad asistencial, así como una visión multidisciplinar y extensa de profesionales vinculados tanto a la EAC, estrategias y programas de cronicidad en cada CCAA, investigación en servicios sanitarios y cronicidad que confiere robustez y validez de contenido a dicha propuesta.
- ❖ Se ha propuesto un número manejable de indicadores factibles de calcular en la mayoría de CCAA a partir de los datos disponibles en sistemas de información establecidos.
- ❖ Los indicadores más valorados fueron los indicadores de resultado para describir el estado de salud y necesidades de usuarios atendidos con problemas crónicos, así como aquellos que permitan su caracterización y seguimiento, la utilización de servicios así como la valoración de la efectividad y adecuación de una atención más coordinada e integrada de servicios en cada CCAA en el ámbito de cronicidad.
- ❖ Aunque el perfil de los expertos participantes en cada fase del consenso varía en relación a su perfil académico y profesional así como experteza y prioridades manifestadas, los indicadores finalmente propuestos parecen ser factibles y robustos. De hecho, la relevancia, factibilidad y validez de contenido los indicadores propuestos, además de por la amplia participación de expertos/as y puntos de vista, se reafirma porque son utilizados en diversas iniciativas del ámbito estatal y medidos en diversas CCAA
- ❖ Los indicadores finalmente propuestos enfatizan la medición de los resultados e impacto de la atención en cronicidad y en menor medida (o casi nula) aspectos del proceso /estructura (clásicos en la evaluación de la calidad asistencial). Asimismo, son de utilidad principalmente para la planificación sanitaria (meso y macro) en cronicidad; de menos utilidad para detectar aspectos de mejora asistencial de programas/ servicios específicos a nivel micro (gestión clínica; ej. modelos organizativos).
- ❖ Se han identificado retos actuales en la evaluación de la atención a la cronicidad, entre ellas la propia definición y acuerdo de un grupo común de indicadores teniendo en cuenta que cada CCAA tiene objetivos estratégicos en cronicidad diferentes, la definición y caracterización de la población atendida y la medición sistemática de sus necesidades (en salud y sociales), la vinculación de sistemas de información rutinaria para el cálculo de indicadores que implican un seguimiento de usuarios desde diferentes servicios y ámbitos de atención entre otros retos.
- ❖ Este proyecto ha permitido conocer la opinión de expertos en gestión y planificación sanitaria y ámbito de la cronicidad y evaluación de servicios, así como recoger las iniciativas existentes en estratificación de la población según perfiles de morbilidad y complejidad, en la definición de terminología común en este ámbito, en evaluación y variabilidad de la práctica clínica así como indicadores disponibles.
- ❖ En el marco de la EAC, se podrá considerar la estrategia de implementación de estos indicadores para evaluar los resultados de diferentes dimensiones de la calidad asistencial y la comparación del rendimiento de estrategias de cronicidad en diferentes CCAA.

**Fichas de indicadores para evaluar la atención a la cronicidad
en el marco de la Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad
en el SNS**

DOCUMENTO EN REVISIÓN

Figura 4. Indicadores propuestos para evaluar la atención a la cronicidad en el marco de la Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad en el SNS

Figura 4a. Ficha de indicador sobre hospitalizaciones evitables

Título:	Hospitalizaciones potencialmente evitables en usuarios con problemas crónicos de salud (I2)
Fórmula:	[número anual de altas de hospitalización de agudos por determinadas patologías consideradas potencialmente evitables(*)/ número de altas de hospitalización durante el año correspondiente]*100 en cada CCAA
Tipo:	Resultado intermedio Dimensión: Adecuación
Fuente de datos:	Conjunto Mínimo Básico de Datos al Alta Hospitalaria (CMBDAH)
Factores de ajuste:	Estratificación: centro, regiones, CCAA Ajuste: edad y sexo, estratificación de usuarios, necesidades de utilización de servicios sanitarios, nivel socioeconómico
Descripción:	Puede ser expresado como la proporción de altas de hospitalización convencional con diagnóstico principal definido como (*) Ambulatory Care Sensitive Conditions (ACSC) de la Agency for Health Research and Quality (AHRQ) u hospitalización potencialmente evitable (MSIQ, 2014). Se calcula a partir de códigos diagnósticos al alta seleccionados en pacientes ingresados en hospitales de agudos a partir de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE). Entre ellas se incluyen: complicaciones de la diabetes mellitus, insuficiencia cardíaca congestiva, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, asma, angina de pecho, infecciones del tracto urinario, neumonía bacteriana, deshidratación e hipertensión.
Justificación:	Se trata de un indicador que mide la efectividad global del sistema sanitario, específicamente la capacidad de la atención primaria de salud para evitar complicaciones de salud. Las ACSC son patologías en las que una buena atención ambulatoria puede, potencialmente, prevenir la necesidad de hospitalización, o en las que una rápida intervención puede prevenir complicaciones o un empeoramiento de la condición clínica del paciente.
Interpretación:	Tasas más bajas indican mejor calidad de la prevención
Grado de consenso	Acuerdo elevado en el consenso final ❖ Consenso presencial: -2ª reunión (final, n=31): acuerdo elevado -1ª reunión (n=31): considerado bastante relevante ❖ Consenso electrónico (n=175): considerado importante y relevante, aunque no llega al umbral en la factibilidad percibida
Bibliografía:	- Módulo de Seguimiento de Indicadores de calidad (MSIQ), Servicio Catalán de la Salud. Indicadores AHRQ de calidad de la prevención; Catsalut 2014. -Abadía-Taira MB, Martínez-Lizaga N, García-Arnesto S, et al. Variabilidad en las hospitalizaciones potencialmente evitables relacionadas con la reagudización de enfermedades crónicas. Atlas nº8, 2011. -Observatorio del Sistema del Sistema de Salud de Cataluña. Central de Resultados. Ámbito Hospitalario, datos 2013. -Gérvás J, Caminal Homar J. Las hospitalizaciones por Ambulatory Care Sensitive Conditions (ACSC) desde el punto de vista médico de atención primaria. Rev Esp Salud Pública 2007;81:7-13.

Figura 4b. Ficha de indicador sobre estratificación de la población

Título	Usuarios atendidos por servicios de salud en diferentes niveles de estratificación
Fórmula:	[número de usuarios atendidos en los dispositivos sanitarios en cada nivel de estratificación de la población (presencia de problema(s) crónico de salud y complejidad) / total de usuarios atendidos en estos dispositivos]*100] en un periodo X en cada CCAA
Tipo:	Resultado final
Dimensión:	Estado de salud / efectividad
Fuentes de datos:	Conjunto Mínimo Básico de Datos al Alta Hospitalaria, Conjunto Mínimo de Datos de Atención Primaria, otras fuentes de información
Factores de ajuste:	Estratificación: centro, regiones, CCAA Ajuste: edad, sexo, patologías crónicas del asegurado (códigos diagnósticos), utilización servicios (urgencias, contactos atención primaria, otros indicadores de uso de servicios), nivel socioeconómico, etc.
Descripción:	Puede ser expresado como número de casos o prevalencia / incidencia (observada vs esperada) de usuarios a partir de diferentes sistemas de estratificación según presencia o no de problema (s) crónicos. Por ejemplo el sistema de agrupación de Grupos de Morbilidad Ajustados (GMA) que está en proceso de implementación en el SNS, el sistema de agrupación de morbilidad basado en los Clinical Risk Groups (CRG) u otros.
Justificación:	Para conocer el perfil o características de la población atendida en función de la presencia de problemas crónicos de salud y su complejidad, tanto para la planificación sanitaria como para la descripción de la utilización de servicios es importante describir la población atendida según diferentes niveles de estratificación.
Interpretación:	El algoritmo definido para la agrupación de usuarios según morbilidad asigna un peso en función de la presencia o no de patología crónica y su complejidad. En general estratos más altos en el sistema de estratificación indican mayor presencia de enfermedad crónica, complejidad o fragilidad. Para la estandarización del riesgo es necesario tener en cuenta la distribución de la población según edad y sexo.
Grado de consenso	Acuerdo elevado en el consenso final ❖ Consenso presencial: -2ª reunión (final; n=31): acuerdo elevado -1ª reunión (n=31): considerado relevante ❖ Consenso electrónico (n=175): considerado importante, aunque no llega al umbral de factibilidad percibida
Bibliografía:	-Monteverde D, Vela E, Clèries M. Desarrollo y validación de los Grupos de Morbilidad Ajustados (GMA). Nuevo agrupador de (multi) morbilidad. Catalunya. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2014 [presentación] -Hughes JS, Averill RF, Eisenhandler J, et al. Clinical risk groups (CRGs). A classification for risk-adjusted capitation-based payment and health care management. Med Care 2004;42 (1):81-90.

Figura 4c. Ficha de indicador sobre usuarios atendidos con estilos de vida no saludable

Título:	Usuarios con problemas crónicos de salud atendidos en atención primaria con estilos de vida no saludable [II23]
Fórmula:	[sumario de usuarios atendidos en atención primaria-AP con problemas crónicos con hábitos no saludables específicos/ número total de usuarios atendidos en AP con problemas crónicos)*100] en un periodo X en cada CCAA
Tipo:	Resultado final Dimensión: Estado salud/apoderamiento
Fuente de datos	Conjunto Mínimo Básico de Datos de Atención Primaria, Conjunto datos Mínimo Básico de Datos al Alta Hospitalaria, Encuesta de Salud
Factores de ajuste:	Estratificación: centro, regiones, CCAA Ajuste: edad, sexo, estrato de riesgo de usuarios, nivel socioeconómico, etc.
Descripción:	Puede ser expresado como el número de casos o prevalencia/ incidencia (observada/ esperada) de usuarios con problemas crónicos atendidos con 1 o más hábitos no saludables. Para el cálculo de este indicador es necesario tener en cuenta los algoritmos de agrupación/ clasificación en estratos mencionados en el indicador anterior para identificar a los usuarios con problemas crónicos [IX]]. También es necesario obtener información sobre hábitos no saludables de los usuarios. Se podría generar un indicador compuesto que permitirá describir la población atendida con 1, 2, o 3 o más factores de riesgo (ej. consumo de tabaco, consumo de riesgo de alcohol, sedentarismo o inactividad física y dieta no saludable (un bajo consumo de frutas y verduras, y un alto consumo de grasas, sal y azúcares refinados).
Justificación:	La disponibilidad de información epidemiológica sobre el estado de salud de los usuarios atendidos con problemas crónicos y sus hábitos de riesgo en atención primaria permitirán describir su prevalencia/ incidencia para la planificación de estrategias de prevención y promoción de la salud. Es fundamental describir la caracterización de la población atendida y evitar los progresos de enfermedad y cambios a estratos de mayor complejidad. Se trata de un indicador final que mide el estado de salud y apoderamiento de los usuarios para evitar progresión/ deterioramiento de su problema de salud.
Interpretación:	El algoritmo definido para la agrupación de usuarios según morbilidad asigna un peso en función de la presencia o no de patología crónica y su complejidad (ver indicador anterior). Será necesario generar un algoritmo para la clasificación de la población atendida con problemas crónicos en función de la presencia de uno o más factores de riesgo para su salud. Para la estandarización del riesgo es necesario tener en cuenta la distribución de la población según edad y sexo.
Grado de consenso	Acuerdo moderado en el consenso final ❖ Consenso presencial: -2ª reunión (final; n=31): moderado -1ª reunión (n=31): considerado relevante ❖ Consenso via electrónica (n=175): considerado importante y relevante, aunque no llega al umbral de factibilidad percibida
Bibliografía:	-Dirección general de salud pública, calidad e innovación. Estrategia de promoción de la salud y prevención en el Sistema Nacional de Salud. En el marco del abordaje de la cronicidad en el SNS. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2013. - Dirección general de salud pública, calidad e innovación. Consejo integral en estilo de vida en atención primaria, vinculado con recursos comunitarios_en población adulta. Estrategia de promoción de la salud y prevención en el Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2015. - Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Estrategia para el abordaje de cronicidad en el Sistema Nacional de Salud. MSSSI; Sanidad: Madrid, 2012. - Tuomi-Nikula A, Gissler M, Sihvonen AP, Kilpeläinen K, and the ECHIM Core Group. Implementation of European Health Indicators-First years. European Community Health Indicators Monitoring (ECHIM). National Institute for Health and Welfare (THL), Report 49/2012. -Observatorio de salud de Asturias. Documento técnico del Observatorio de Salud de Asturias. Documento de indicadores ampliado, 2012. -Organización Mundial de la Salud. Informe de la reunión oficial de estados miembros para ultimar los trabajos relativos al marco mundial de vigilancia integral, incluidos indicadores y un conjunto de metas mundiales de aplicación voluntaria para prevenir y controlar las enfermedades no transmisibles. OMS, A/NCD/2, 2012.

Figura 4c. Ficha de indicador sobre usuarios con problemas crónicos de salud sin apoyo social

Título:	Usuarios con problemas crónicos de salud sin apoyo social atendidas desde la atención primaria de salud/ social [I24]
Fórmula:	[número de usuarios atendidos en atención primaria de salud-AP y servicios sociales con problemas crónicos sin apoyo social / nº total de usuarios atendidos en AP de salud y servicios sociales con problemas crónicos)*100] en un periodo X en cada CCAA
Tipo:	Resultado final Dimensión: estado de salud/ atención integral
Fuente de datos:	Conjunto Mínimo Básico de Datos de Atención Primaria, Datos de Servicios Sociales Básicos, Conjunto Mínimo Básico de Datos al Alta Hospitalaria, Encuesta de Salud
Factores de ajuste:	Estratificación: centro, regiones, CCAA Ajuste: edad, sexo, estrato de riesgo de usuarios, nivel socioeconómico etc.
Descripción:	Puede ser expresado como número de casos o prevalencia / incidencia (observada vs esperada) de usuarios con problemas crónicos de salud que viven solas y no tienen apoyo social. Para el cálculo de este indicador es necesario tener en cuenta los algoritmos de agrupación/ clasificación en estratos de riesgo mencionados en el indicador anterior para identificar a los usuarios con problemas crónicos atendidos desde la atención primaria de salud. En una siguiente fase, es necesario obtener información sobre el apoyo social. Esta información puede recogerse de forma dicotómica (falta de apoyo social) o a partir de un cuestionario validado recogido de forma rutinaria para identificar necesidades sociales.
Justificación:	Uno de los problemas relevantes de personas con problemas crónicos y frágiles con edad más avanzada es la necesidad de ayuda de personas que viven solas. Esta soledad puede acarrear más descompensaciones en el estado de salud (mayor morbilidad y mortalidad temprana) y como consecuencia más necesidades de atención no sólo en el ámbito social sino también de sanitario. La mayoría de indicadores disponibles se basan en datos procedentes de encuestas de salud. Para poder valorar la efectividad de estrategias de atención a la cronicidad e iniciativas que incluyan abordajes integrales de atención sanitaria y social es importante recoger información a partir de los datos disponibles en los centros de atención primaria de salud y servicios sociales. Esta información poblacional sería relevante para la planificación de servicios y la evaluación de necesidades de las personas con problemas crónicos de salud teniendo en cuenta la presencia o no de apoyo social.
Grado de consenso (Indicador 2, I2)	Acuerdo moderado en el consenso final ❖ Consenso presencial: -2ª reunión (final; n=31): moderado -1ª reunión (n=31): considerado relevante ❖ Consenso vía electrónica (n=175): considerado importante y relevante, aunque no llega al umbral de factibilidad percibida
Bibliografía:	-Observatorio de Salud de Asturias. http://www.obsaludasturias.com/obsa/?indicador=personas-adultas-sin-soporte-social&tipo=0&anio=2013 -Causapié Lopesino P, Balboutin López-Cerón A, Porras Muñoz M, Mateo Echanagorria A. Envejecimiento activo. Libro blanco. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Secretaría General de Política Social y Consumo. Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO). Madrid, 2011. - Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Estrategia para el abordaje de cronicidad en el Sistema Nacional de Salud. MSSSI; Sanidad: Madrid, 2012.

Figura 4d. Ficha de indicador sobre acceso y uso de sistemas de información compartida por parte de los profesionales sanitarios

Título:	Acceso y uso de la sistemas de información compartida por parte de los profesionales que atienden usuarios con problemas crónicos de salud [131]
Fórmula:	[sumatorio de accesos a sistemas de información compartidos para un mismo usuario con problemas crónicos de salud por parte profesionales que les atienden en un periodo X]/ sumario de accesos a sistemas de información compartidos en cada CCAA
Tipo:	Estructura Dimensión: atención coordinada/ integrada
Fuente de datos:	Sistemas de información compartida en cada comunidad autónoma, Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD)
Factores de ajuste:	Estratificación: centro, regiones, CCAA Ajustes: Sexo, edad, estrato de riesgo de usuarios
Descripción:	Este indicador se puede calcular como el número de accesos a sistemas de información compartidos (por ejemplo, la historia clínica compartida u otros sistemas de gestión integrada de información de la atención), número o porcentaje de profesionales que acceden. Para el cálculo de este indicador es necesario tener en cuenta los algoritmos de agrupación/ clasificación en estratos de riesgo mencionados en el indicador anterior para identificar a los usuarios con problemas crónicos de salud. En una siguiente fase, es necesario obtener información sobre el volumen de accesos a sistemas de información compartidos por profesionales para un mismo usuario.
Justificación:	Se espera que ante una atención más coordinada e integrada de salud en el ámbito de cronicidad y en aquellos usuarios con más complejidad/ fragilidad, la mediana de accesos a la HCC por diferentes profesionales que le atienden sea más elevada.
Grado de consenso	Acuerdo moderado en el consenso final ❖ Consenso presencial: -2ª reunión (final; n=31): consenso moderado -1ª reunión (n=31): considerado relevante ❖ Consenso via electrónica (n=175): considerado importante y relevante, aunque no llega al umbral de consenso en la factibilidad percibida
Bibliografía:	-Robles N, Tebé C, Rajmil L, Colls C, Serra-Sutton V, Espallargues M. Fichas de los indicadores para la evaluación de programas de cronicidad en Cataluña. Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya; 2013 [documento interno] -Plan de Sistemas de Información. Base de datos de usuarios-BDU Aragón. Departamento de Salud y Consumo. Gobierno de Aragón. -Marimon-Suñol S, Rovira-Barberà M, Acedo-Anta M, Nozal-Baldajos MA, Guanyabens-Calvey K. Historia Clínica Compartida de Cataluña. Med Clin (Barc) 2010;134(Supl 1):45-8.

Fichas de los indicadores propuestos para complementar la interpretación de indicadores para evaluar la atención a la cronicidad en el marco de la Estrategia para el Abordaje a la Cronicidad

Figura 5a. Ficha de indicador sobre reingresos hospitalarios de usuarios con problemas crónicos de salud

Título	Reingresos hospitalarios de usuarios con problemas crónicos de salud
Fórmula:	Tasa de reingresos [ficha extensa del MSIQ adaptada de la Agency for Health Research and Quality-AHRQ]
Tipo:	Resultado intermedio Dimensión: Efectividad/ adecuación
Fuentes de datos:	Conjunto Mínimo Básico de Datos al alta Hospitalaria
Factores de ajuste:	Estratificación: centro, regiones, CCAA Ajustes: Sexo, edad, estrato de riesgo de usuarios, nivel socioeconómico, etc.
Descripción:	Se espera que ante una atención más coordinada e integrada en el ámbito de la cronicidad se produzcan menos uso de la atención hospitalaria y como consecuencia de una monitorización del estado de salud de los usuarios con problemas crónicos se produzcan menos reingresos hospitalarios de estos usuarios. Para el cálculo de este indicador es necesario tener en cuenta los algoritmos de agrupación/ clasificación en estratos de riesgo mencionados en el indicador anterior para identificar a los usuarios con problemas crónicos.
Justificación:	
Grado de consenso	Acuerdo bajo en la reunión final, si consenso en fases previas ❖ Consenso presencial: -2ª reunión (final, n=31): no acuerdo consenso final -1ª reunión (n=31): bastante relevante (30 votos) ❖ Consenso via electrónica (n=175): considerado importante y factible
Bibliografía:	-Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Indicadores y ejes de Análisis del CMBD. Estadísticas/ Estudios-Sistemas de Información. Disponible en [febrero 2015]: http://icmbd.es/fichaResumen.do?method=get - Módulo Seguimiento Indicadores de calidad (MSIQ), Servicio Catalán de la Salud. Indicadores AHRQ de calidad de la prevención; Catsalut 2014 -Robles N, Tebé C, Rajmil L, Colls C, Serra-Sutton V, Espallargues M. Fichas de los indicadores para la evaluación de programas de cronicidad en Cataluña. Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya; 2013 [documento interno] -López-Aguilà S, Contel JC, Farré J, Campuzano JL, Rajmil L. Predictive model for emergency hospital admission and 6-month readmission. Am J Manag Care. 2011 Sep 1;17(9):e348-57.

Figura 5b. Ficha de indicador frecuentación de urgencias por usuarios con problemas crónicos de salud

Título	Frecuentación de urgencias por usuarios con problemas crónicos de salud (I7)
Fórmula:	Tasa de utilización de servicios de urgencias por usuarios con problemas crónicos de salud: [número de visitas a los dispositivos de urgencias de usuarios con diagnóstico de problema crónico de salud/ población atendida en estos dispositivos en cada CCAA]*1000
Tipo:	Resultado intermedio Dimensión: Accesibilidad/ adecuación
Fuentes de datos:	Conjunto Mínimo Básico de Urgencias
Factores de ajuste:	Estratificación: centro, regiones, CCAA Ajustes: Sexo, edad, estrato de riesgo de usuarios, nivel socioeconómico
Descripción:	Puede ser expresado como frecuentación o cobertura poblacional (%) de forma global o específica por dispositivos como: urgencias hospitalarias o centro de urgencias de atención primaria (CUAP), servicios específicos de urgencias en las comunidades autónomas (CCAA). Se pueden calcular indicadores de forma desagregada para diferentes dispositivos específicos (hospital, atención primaria, domicilio, etc.) en cada CCAA. Para el cálculo de este indicador es necesario tener en cuenta los algoritmos de agrupación/ clasificación en estratos de riesgo mencionados en el indicador anterior para identificar a los usuarios con problemas crónicos.
Justificación:	Se espera que ante una atención más coordinada e integrada en el ámbito de cronicidad, se pueda controlar mejor la enfermedad y haya menos descompensaciones de forma que no requieran tantas visitas a urgencias (Robles et al.). Para la validación y ajuste del indicador de estratificación de la población se utilizan indicadores de necesidad de utilización de servicios sanitarios públicos entre ellos, la frecuentación a urgencias parece tener capacidad de explicativa de los agrupadores de morbilidad (MSIQ y Monteverde et al.). Es útil para planificar la gestión y los recursos asistenciales, así como para su evaluación posterior. En caso de desviaciones significativas puede realizarse una investigación de factores causales (por ejemplo, carencias de recursos, déficit informativos, adhesión a un servicio, etc.).
Grado de consenso	Acuerdo bajo en la reunión final, si consenso en fases previas ❖ Consenso presencial: -2ª reunión (final, n=31): propuesto por 2 CCAA; no consenso/ acuerdo bajo -1ª reunión (n=31): bastante relevante ❖ Consenso vía electrónica (n=175): considerado importante y factible
Bibliografía:	- Módulo Seguimiento Indicadores de calidad (MSIQ), Servicio Catalán de la Salud. Indicadores AHRQ de calidad de la prevención; Ccatsalut 2014 -Monteverde D, Vela E, Clèries M. Desarrollo y validación de los Grupos de Morbilidad Ajustados (GMA). Nuevo agrupador de (multi) morbilidad. Ccatsalut. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2014 [presentación] -Robles N, Tebé C, Rajmil L, Colls C, Serra-Sutton V, Espallargues M. Fichas de los indicadores para la evaluación de programas de cronicidad en Cataluña. Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya; 2013 [documento interno] -Grupo de Trabajo SEMES- Insalud de Calidad en Urgencias y Emergencias Calidad en los servicios de urgencias. Indicadores de calidad Emergencias 2001;13:60-65 Disponible en : www.semes.org/revista/vol13_1/60-65.pdf - Referencia clave de Fundesalud, gobierno de Extremadura

Figura 5c. Ficha de indicador frecuentación de atención primaria por usuarios con problemas crónicos de salud

Título	Frecuentación de atención primaria por usuarios con problemas crónicos de salud (I9)
Fórmula:	[Frecuentación (registrada) por persona asignada/año en medicina de familia, pediatría y/o enfermería de atención primaria de usuarios con problemas crónicos de salud/ población total visitada año]*100
Tipo:	Resultado intermedio Dimensión: Accesibilidad/ uso de servicios
Fuentes de datos:	Conjunto Mínimo Básico de Urgencias
Factores de ajuste:	Estratificación: centro, regiones, CCAA Ajustes: Sexo, edad, estrato de riesgo de usuarios, nivel socioeconómico, etc.
Descripción:	Puede ser expresado como frecuentación (nº de visitas o tasa de utilización) o cobertura poblacional (%) de forma programada de atención primaria de salud por pacientes con problemas crónicos (atención primaria y salud mental de primaria). Puede ser calculado de forma global o para algunos programas específicos (ej. atención domiciliaria, etc).
Justificación:	Se espera que ante una atención más coordinada e integrada en el ámbito de cronicidad, se produzca un mayor seguimiento desde la atención primaria de salud de usuarios. Se espera un mayor seguimiento y en consecuencia menos descompensaciones de los usuarios y por tanto menos visitas especializadas y especialmente a urgencias hospitalarias. Como el caso del indicador de la frecuentación de urgencias, para el ajuste del indicador de estratificación del riesgo poblacional, se utilizan indicadores de necesidad de utilización de servicios sanitarios públicos entre ellos, los contactos con la atención primaria de salud que parece tener capacidad de explicativa de los agrupadores de morbilidad (MSIQ y Monteverde et al.).
Grado de consenso	Acuerdo bajo en la reunión final, si consenso en fases previas <ul style="list-style-type: none"> ❖ Consenso presencial: <ul style="list-style-type: none"> -2ª reunión (final, n=31): no valorado en el consenso final -1ª reunión (n=31): bastante relevante ❖ Consenso via electrónica (n=175): considerado importante y factible
Bibliografía:	<ul style="list-style-type: none"> - Módulo Seguimiento Indicadores de calidad (MSIQ), Servicio Catalán de la Salud. Indicadores AHRQ de calidad de la prevención; Catsby 2014 -Monteverde D, Vela E, Clèries M. Desarrollo y validación de los Grupos de Morbilidad Ajustados (GMA). Nuevo agrupador de (multi) morbilidad. Catsby. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2014 [presentación] -Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Estrategia para el abordaje de cronicidad en el Sistema Nacional de Salud. MSSSI; Sanidad: Madrid, 2012. -Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias (AETS). Instituto de Salud Carlos III. Revisión de intervenciones en Atención Primaria para mejorar el control de las enfermedades crónicas. Informe de Evaluación de Tecnologías Sanitarias Nº 39. Madrid, 2003.

Figura 5d. Ficha de indicador sobre usuarios con problemas crónicos de salud polimedicados

Título	Usuarios con problemas crónicos de salud polimedicados atendidos en atención primaria de salud
Fórmula:	[número de usuarios atendidos en atención primaria de salud con problemas crónicos que toman diversos principios activos diferentes (durante un periodo de más de 6 meses)/ número de usuarios con problemas crónicos atendidos en atención primaria]*100 durante un periodo X en cada CCAA
Tipo:	Resultado final Dimensión: Estado de salud/ efectividad
Fuentes de datos:	Conjunto Mínimo Básico de Datos/ Gerencia de Farmacia
Factores de ajuste:	Estratificación: centro, regiones, CCAA Ajustes: Sexo, edad, estrato de riesgo de usuarios, nivel socioeconómico, etc.
Descripción:	Puede ser expresado como número o % de pacientes con medicación en relación al total por diferentes estratos, por ejemplo : $\geq 5/5$ a $\geq 10/10$ a $18 / \geq 18$ fármacos.
Justificación:	El consumo de fármacos en pacientes crónicos con problemas de salud avanzados es elevada. Estos usuarios requieren de una mayor atención integrada entre ámbitos de atención, sobre todo para la revisión y conciliación de la medicación. A pesar de no existir acuerdo absoluto en que se considera un paciente polimedicado en cuanto a los puntos de corte de principios activos diferentes que deben incluirse en los rango de polimedicación, la descripción de este indicador permitiría conocer mejor las necesidades de usuarios atendidos con problemas crónicos de salud seguidos desde la atención primaria de salud y otros servicios de salud. Se espera que en los grupos de población con niveles de estratificación poblacional más elevados se observe un mayor volumen de usuarios con polimedicación.
Grado de consenso	Acuerdo bajo en la reunión final, si consenso en fases previas ❖ Consenso presencial: -2ª reunión (final, n=31): no valorado en el consenso final -1ª reunión (n=31): bastante relevante (20 votos a favor) ❖ Consenso via electrónica (n=175): considerado importante y factible
Bibliografía:	-Robles N, Tebé C, Rajmil L, Colls C, Serra-Sutton V, Espallargues M. Fichas de los indicadores para la evaluación de programas de cronicidad en Cataluña. Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya; 2013 [documento interno] -Observatori del Sistema de Salut de Catalunya. Central de resultats. Àmbit d'atenció primaria de salut. Dades 2013. -Bjerrum L, Eur J Clin Pharmacol 1997 -Fundesalud; gobierno Extremadura; 2013

Figura 5e. Ficha de indicador sobre días de hospitalización acumulados al año por usuarios

Título	Días de hospitalización acumulados al año por usuarios con problemas crónicos de salud (I5)
Fórmula:	[sumatorio de días de ingreso por cualquier causa de usuarios con problemas crónicos de salud/ sumatorio de días de ingreso por cualquier causa de usuarios ingresados] durante un periodo X por CCAA
Tipo:	Resultado intermedio Dimensión: Uso de recursos/ adecuación
Fuentes de datos:	Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD)
Factores de ajuste:	Estratificación: centro, regiones, CCAA Ajustes: Sexo, edad, estrato de riesgo de usuarios, nivel socioeconómico, etc.
Descripción:	Puede ser expresado como suma de días de ingreso en el hospital por cualquier causa a lo largo de un año por usuario con problemas crónicos. Pueden tenerse en cuenta los ingresos en hospitales de agudos, hospitales monográficos de salud mental y recursos de la red sociosanitaria.
Justificación:	Este indicador complementa información sobre otros indicadores que miden uso de servicios y efectividad de programas de atención en el ámbito de cronicidad para reducir el tiempo de usuarios en el ámbito hospitalario. Se espera que ante una mayor atención coordinada e integrada y liderazgo de atención primaria así como programas que empoderen a los usuarios con problemas crónicos se describa un mayor volumen de frecuentación de servicios alternativos a la hospitalización y que el volumen de días de hospitalización al año sea inferior.
Grado de consenso	Acuerdo bajo en la reunión final, si consenso en fases previas ❖ Consenso presencial: -2ª reunión (final, n=31): propuesto por 3 CCAA, no consenso/ acuerdo bajo -1ª reunión (n=31): relevante ❖ Consenso via electrónica (n=175): considerado importante y factible
Bibliografía:	-Robles N, Tebé C, Rajmil L, Colls C, Serra-Sutton V, Espallargues M. Fichas de los indicadores para la evaluación de programas de cronicidad en Cataluña. Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya; 2013 [documento interno] -Ali W, Rasmussen P. What is the evidence for effectiveness of managing the hospital/ community interface for older people? A critical appraisal of the literature, 2004 -Markle-Reid M, Browne G, Weir R, Gafni A, Roberts J, Henderson SR. The effectiveness and efficiency of home-based nursing health promotion for older people: a review of the literature. 2006; 63:531-69.

Figura 5f. Ficha de indicador mejora de la calidad de vida relacionada con la salud en usuarios con problemas crónicos de salud y cuidadores

Título	Mejora de la calidad de vida relacionada con la salud de usuarios con problemas crónicos de salud y cuidadores (I20)
Fórmula:	tamaño del efecto [diferencia de medias en una dimensión X de calidad de vida en la medición basal y medición en seguimiento/ pooled desviación estándar] en subgrupos de usuarios atendidos en programa específicos de atención a la cronicidad en diferentes CCAA
Tipo:	Resultado final Dimensión: Estado de salud/ efectividad
Fuentes de datos:	Cohortes prospectivas ad hoc/ ENSE
Factores de ajuste:	Estratificación: centro, regiones, CCAA Ajustes: Sexo, edad, estrato de riesgo de usuarios, nivel socioeconómico, etc.
Descripción:	Se puede describir la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) de usuarios con uno o más problemas crónicos de salud y sus cuidadores principales de forma global o específica para programas de atención a la cronicidad enfocados a mejorar su bienestar y diferentes dimensiones de CVRS (ej. dolor, bienestar físico, emocional y social, movilidad funcional etc.) como por ejemplo los programas de atención domiciliaria. Se recomienda el uso de un instrumento validado (ex. Euroqol o SF-36) y seguimiento longitudinal al ingreso en el programa y al cabo de unos meses, permitiendo calcular el cambio o mantenimiento de la CVRS a lo largo del tiempo. Es posible describir a nivel poblacional la CVRS de diferentes grupos con problemas crónicos de salud a partir de encuestas poblacionales de salud y contrastar la evolución de puntuaciones de diferentes medidas.
Justificación:	A pesar de la complejidad en la medida del beneficio atribuido a una mayor atención integrada y coordinada en el ámbito de la cronicidad, diversos estudios confirman la importancia y relevancia de este tipo de medidas percibidas por los usuarios y sus cuidadores. La implementación de este tipo de medidas permitiría describir el mantenimiento y ganancias en la salud percibida en el tiempo de diferentes programas de atención. El uso de instrumentos genéricos permitiría comparar subgrupos de la población con diferentes problemas crónicos de salud con las puntuaciones normativas de población.
Grado de consenso	Acuerdo bajo en la reunión final, si consenso en fases previas <ul style="list-style-type: none"> ❖ Consenso presencial: -2ª reunión (final, n=31): 5 CCAA votan a favor/; no consenso/ acuerdo bajo -1ª reunión (n=31): bastante relevante (24 votos a favor) ❖ Consenso via electrónica (n=175): considerado importante y relevante para los pacientes pero percibido como menos factible
Bibliografía:	-Bower et al. Counselling for mental health and psychosocial problems in primary care. Cochrane Depression, Anxiety and Neurosis Group; 2011. -Swan J, et al. "Coping with depression": an open study of the efficacy of a group psychoeducational intervention in chronic, treatment-refractory depression. J Affect Disord. 2004 Oct 1;82(1):125-9.

INTRODUCCIÓN

La atención a la cronicidad plantea un reto en cuanto a su evaluación al tener en cuenta intervenciones multidisciplinares así como diferentes ámbitos y niveles de atención y profesionales de diferentes disciplinas en dicha atención. Pocos estudios publicados evalúan los resultados de la atención a la cronicidad con énfasis en el impacto de la atención coordinada e integrada de profesionales en el estado de salud de los usuarios. En sentido, un reto importante es encontrar los aspectos más relevantes de mejora asistencial teniendo en cuenta la realidad de las diferentes comunidades autónomas (CCAA) y contexto de prioridades en salud. La SG de Calidad y Cohesión del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (MSSSI), como Secretaría Técnica de la Red Española de Agencias de Evaluación de Tecnologías Sanitarias y Prestaciones del Sistema Nacional de Salud (SNS), ha asignado a la Agencia de Calidad y Evaluación Sanitarias de Cataluña (AQuAS), empresa pública del Departamento de Salud de la Generalitat de Cataluña, el desarrollo del proyecto **“Consenso y selección de indicadores de evaluación del abordaje de la cronicidad en el Sistema Nacional de Salud (SNS)”**, enmarcado en el plan de implementación de la Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad (EAC). El Plan de Implementación de la EAC contempla la realización de un Proyecto de Sistema de Indicadores, cuyos objetivos son, por un lado, elaborar los indicadores que permitan realizar el seguimiento de la implantación de la Estrategia y conocer la consecución de sus objetivos y recomendaciones, y, por otro lado, desarrollar con visión estatal un conjunto mínimo común de indicadores de evaluación, que permitan realizar un seguimiento de la atención de los usuarios con problemas crónicos. El presente trabajo se desarrolla en el marco de este último objetivo.

Figura 1. Delimitación de la evaluación y propuesta de aspectos relevantes/ indicadores de mejora de la atención a la cronicidad



Se propone realizar un estudio para identificar, seleccionar y consensuar los aspectos más relevantes a tener en cuenta, así como indicadores para evaluar la atención a la cronicidad en el SNS (**figura 1**) a partir de un trabajo previo coordinado desde la

AQuAS^{1,2}. Para contextualizar el presente ejercicio de priorización de aspectos relevantes de mejora asistencial en el ámbito de la cronicidad se resalta la necesidad de diferenciar aquellos aspectos que irían encaminados propiamente a la evaluación de la EAC, más focalizada en el proceso y en analizar su impacto y sus objetivos estratégicos y que las CCAA iniciaron propuestas específicas (**anexo 1**), de aquellos aspectos enfocados a identificar aspectos de mejora y evaluar los resultados de la atención sanitaria y/o social en el ámbito de cronicidad (objetivo principal de este proyecto).

Se hace necesaria la priorización de aspectos comunes y relevantes según grupos de profesionales clave en este ámbito y que puedan medirse a corto y medio plazo en diferentes CCAA en el marco de la EAC. El punto de partida del presente proyecto fueron por un lado, el documento estratégico de la EAC que incluye los objetivos, alcance y justificación de las intervenciones y mejoras de atención así como las prioridades planteadas por diferentes comités técnicos e institucionales de la EAC (informe técnico; 2012); por otro, el proyecto realizado por la AQuAS para el consenso y propuesta de indicadores para evaluar la atención y prevención en cronicidad en Cataluña publicado recientemente. Además, se consideró importante tener en cuenta la propuesta actual de indicadores y aspectos prioritarios que se están trabajando a nivel de cada CCAA para evaluar la calidad asistencial en este ámbito. Se consideró necesario definir aspectos concretos y medibles a evaluar y tener en cuenta el punto de vista de los profesionales implicados representativos de cada CCAA mediante técnicas de consenso. Además, se consideró fundamental diferenciar la identificación de aspectos relevantes para evaluar la atención a la cronicidad de las la evaluación de estrategias de salud pública (promoción de la salud y prevención) que se están trabajando en paralelo (éstos últimos se están priorizando en el marco de la SG de Promoción y Prevención de la Salud).

OBJETIVOS

Objetivo general

El objetivo principal del proyecto es definir un grupo de indicadores para evaluar la atención a la cronicidad en el SNS.

Objetivos específicos

¹ Grupo de Trabajo de Evaluación de la Cronicidad. **Desarrollo de un marco conceptual e indicadores para evaluar la atención a la cronicidad. Primer informe.** Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya. Departament de salut 2013. [documento en catalán]

² Grupo de Trabajo de Evaluación de la Cronicidad. **Consenso y selección de indicadores para evaluar la atención a la cronicidad. Segundo informe.** Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya. Departament de salut 2013. [documento en catalán]

La primera fase del proyecto ha tenido como objetivo identificar y consensuar los aspectos más relevantes a tener en cuenta para dicha evaluación a partir de la opinión de expertos clave de diferentes CCAA y ámbitos (planificación, gestión, asistencia sanitaria y evaluación/ investigación).

En la segunda fase se ha propuesto un grupo de indicadores para dicha evaluación de acuerdo a su utilidad, validez y factibilidad a partir de los sistemas de información disponibles en el SNS y CCAA.

METODOLOGÍA

El proyecto se divide en 2 fases y tiene en cuenta un documento marco de referencia que incluye las líneas de actuación de la EAC (**figura 2**).

Figura 2. Esquema metodológico del presente proyecto



AQuAS: Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya; CCAA: comunidades autónomas; EAC: Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad; SNS: Sistema Nacional de Salud.

❖ **Revisión del contenido de iniciativas de evaluación previas**

Se partió de un estudio previo de la AQuAS donde se incluyó un modelo conceptual de evaluación de la cronicidad en Cataluña y se seleccionaron 18 indicadores (enfocados a evaluar los resultados de la atención), a partir de un consenso extenso de más de 500 profesionales con carácter multidisciplinar y de diferentes ámbitos de atención en cronicidad y discusión del grupo de trabajo (**anexo 3**) para la propuesta final; además, se revisaron las propuestas de los de indicadores de cada CCAA en el marco del comité institucional de la EAC (**anexo 6 y 7**). Las propuestas de indicador (conceptos de indicador/ títulos) identificados se agruparon según el modelo conceptual previo del estudio AQuAS en función de la población diana, enfoque de evaluación de Donabedian de la calidad asistencial (estructura, proceso y resultado-intermedio o final) y clasificación de los resultados de la atención y sistemas sanitarios de Porter (estado de salud conseguido/retenido, proceso de recuperación y mantenimiento de la salud), así como diferentes dimensiones o atributos a medir.

El grupo de trabajo de la AQuAS elaboró un documento de trabajo que se hizo llegar a los representantes de las CCAA a través del comité institucional de la EAC, así a expertos de la REDISSEC, de la propia AQuAS y del MSSSI (n=51).

❖ **Primera reunión de consenso presencial para la propuesta de aspectos relevantes a evaluar**

Se convocó una 1ª reunión presencial de consenso (metaplan) a la que asistieron 31³ profesionales del grupo de expertos previamente mencionado, procedentes de 17 CCAA (**anexo 2**). Esta reunión duró 4 horas y se llevó a cabo en la sede del MSSSI.

En la 1ª parte de la reunión se presentó la experiencia de Cataluña acerca de la atención a la cronicidad y su evaluación. Para identificar y seleccionar los aspectos relevantes a tener en cuenta para la evaluación de la cronicidad en el SNS se aplicó la técnica metaplan. Se discutió el marco conceptual para la evaluación y se revisaron los conceptos de indicador propuestos en el documento de trabajo enviado a los asistentes (18 indicadores centrados en los resultados de la atención-estudio AQuAS y 16 conceptos de indicador propuestos en al menos 2 CCAA para evaluar la EAC y el resto de conceptos de indicador propuestos por solo 1 CCAA como punto de partida). Se remarcó que el marco de la presente evaluación se centraría en los resultados y en la atención a la cronicidad (**figura 1**).

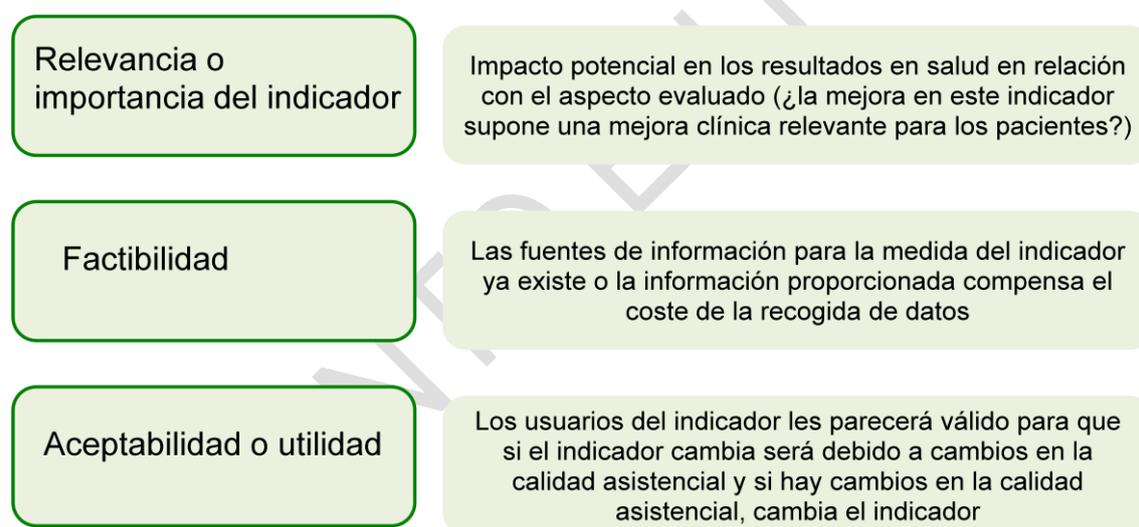
El grupo de trabajo de la AQuAS moderó la reunión de consenso. Se solicitó a los participantes que propusieran de forma individual 3-4 conceptos de indicador relevantes para evaluar la atención a la cronicidad en el SNS. En el caso de participar más de un representante por CCAA o institución se solicitó realizar la propuesta conjuntamente. Se colocó un panel para elaborar un “mapa” visual de los conceptos agrupados según midieran un mismo concepto. Antes de la votación para su priorización o selección se discutió en grupo las propuestas para alinear terminología, su significado y justificación. Se repartieron pegatinas de colores y se solicitó que

³ Los moderadores de la reunión de consenso no propusieron conceptos de indicador ni votaron.

votaran los conceptos de indicador mostrados en el panel en base a criterios de importancia, factibilidad y utilidad de los conceptos de indicador propuestos para evaluar la atención a la cronicidad (**figura 3**).

Se solicitó a cada experto que definiera su perfil en base a lo que consideraran era su máxima experiencia profesional en los siguientes ámbitos: gestión, clínico/asistencial o planificación/ evaluación. Cada participante podía votar los conceptos de indicador agrupados en dos paneles con un máximo de 14 pegatinas con el color de su perfil profesional. Los expertos que se definieron como gestores clínicos votaron con una pegatina negra, los expertos que definieron su perfil como clínicos/ asistenciales votaron con una pegatina naranja y los que se defieron como evaluadores/ planificadores lo hicieron con una pegatina azul. Se realizaron fotografías del panel una vez realizadas las votaciones. A partir de las propuestas se contabilizó el número de veces que se proponía un mismo concepto de indicador y el número de votaciones por perfil de los participantes. Se describió la tipología de indicador y dimensión que medía y si éste había sido propuesto en el estudio previo AQuAS o en la propuesta de indicadores para evaluar la EAC por las CCAA.

Figura 3. Criterios utilizados para la votación de conceptos de indicador



❖ **Consenso electrónico y extenso de profesionales de aspectos relevantes**

El listado resultante de la reunión metaplan de aspectos relevantes/ conceptos de indicador se valoró por expertos mediante consenso electrónico a partir de la plataforma Health Consensus.

¿Que es la plataforma Health Consensus?

Para el consenso más extenso de expertos se aplicó la herramienta Health Consensus (HC). Se trata de una herramienta que promueve la creación de conocimiento basado en la inteligencia colectiva. Esta metodología se desarrolló desde la Universitat Politècnica de Catalunya y i2Cat. El sistema de valoración implica un modelo inspirado en en la metodología Delphi que pemite participar de manera asíncrona a un grupo de

expertos en el consenso via electrónica, en este proyecto de indicadores para evaluar la atención a la cronicidad en el SNS (Campbell 2004; Jones 1995).

¿Que información se recogió?

Se recogió de forma electrónica mediante la plataforma Health Consensus la siguiente información:

Figura 4. Pantalla inicial del Health Consensus.



- *Pantalla 1. Conceptos de indicador clasificados según el modelo conceptual*

En esta pantalla se presentó el listado de conceptos de indicador (aspectos relevantes a evaluar) propuestos para el consenso clasificados según el modelo conceptual de evaluación para la visualización de los participantes.

- *Pantalla 2. Datos de experiencia profesional*

En esta pantalla se solicitó a los participantes datos sobre su perfil sociodemográfico y profesional: sexo, edad, CCAA donde trabaja, formación académica, ámbito profesional, cargo actual. *Perfil de experiencia profesional en los siguientes ámbitos:* se solicitó a los participantes que definieran su experiencia profesional de acuerdo a 3 perfiles (clínico/ asistencial, gestión y planificación/ evaluación) y puntuasen cada perfil de 1 a 3 según su experiencia profesional: 1 (mínima) a 3 (màxima), por ejemplo clínico/asistencial=1, gestión=2 i planificación/evaluación=3. El equipo de trabajo definió previamente si un concepto de indicador era más relevante para evaluar un aspecto de mejora del ámbito clínico/ asistencial, gestión o planificación/ evaluación.

- **Pantalla 3. Valoración de los conceptos de indicador**

Se solicitó a los participantes en la reunión presencial de consenso que valorasen via electrónica los conceptos de indicador propuestos en una 1ª ola de consenso. En una 2ª ola se solicitó la participación a un grupo más amplio de expertos. Los expertos de la 1ª ola ayudaron a fijar las puntuaciones de referencia iniciales aunque no se analizaron los datos por separado entre olas, sino que se tuvieron en cuenta a nivel global todas las valoraciones de los conceptos de indicador. Se solicitó a cada experto del comité institucional de la EAC que propusiera un experto adicional de su CCAA para su participación en la 2ª ola. Por otra parte, se solicitó a los expertos de los comités técnicos de las estrategias nacionales de enfermedades raras, cáncer, cardiopatía, diabetes, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, enfermedades neurodegenerativas, paliativas, salud mental, ictus así como de enfermedades reumáticas y musculoesqueléticas su participación en la 2ª ola de consenso. En total se invitó a 356 expertos en ambas olas de consenso. Estos expertos fueron contactados por el MSSSI seguido de la AQuAS para solicitar su colaboración.

Se solicitó a cada participante que valorase los 31 conceptos de indicador a partir de un título que incluyó un icono con más información sobre la justificación de cada aspecto relevante a evaluar y lo que medía (perfil y dimensión/ atributo). Se añadió un espacio para poder añadir comentarios a cada concepto de indicador valorado. Se solicitó que valoren cada concepto de indicador a partir de 3 criterios con una escala de puntuación de 0 a 9 (0 “mínima” a 9 “màxima”):

Importancia. ¿Qué nivel de importancia le darías a este indicador?

Factibilidad. ¿Qué nivel de factibilidad le darías a este indicador?

Aspectos relevantes para el paciente. ¿Qué capacidad de medir aspectos relevantes para el paciente le darías a este indicador?

Figura 5. Ejemplo de concepto de indicador (aspecto relevante de evaluación) valorado en el Health Consensus

Generalitat de Catalunya
Departament de Salut
 Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya

Reingresos de pacientes hospitalizados

Perfil de resultado:
 -- Resultado Intermedio
 -- Uso de recursos

Dimensión que mide:
 Efectividad clínica/ adecuación

Valoración de los indicadores

Te pedimos que para cada título de indicador puntues de 0 a 9 cada uno de los criterios propuestos, indicando el 0 una puntuación mínima del criterio y 9 una puntuación máxima (ej. 0-mínima importancia, 9-máxima importancia). Una vez se muestre el gráfico, si lo consideras oportuno, puedes modificar la puntuación.

Significado del gráfico

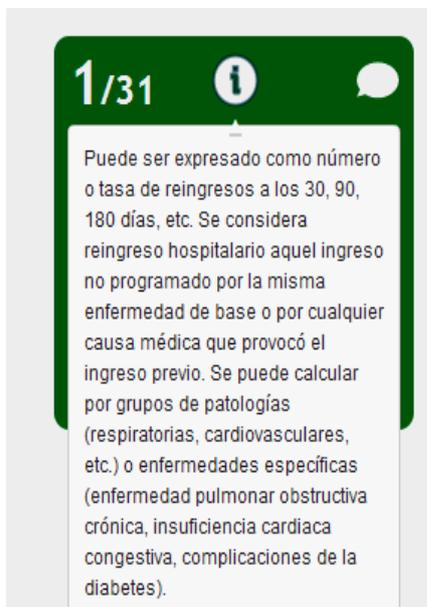
¿Que nivel de **importancia** le darías a este indicador?
 Mínima 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Máxima
 Si lo deseas, puedes dejar este criterio sin valorar

¿Que nivel de **factibilidad** le darías a este indicador?
 Mínima 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Máxima
 Si lo deseas, puedes dejar este criterio sin valorar

¿Qué capacidad de **medir aspectos relevantes para el paciente** le darías a este indicador?
 Mínima 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Máxima
 Si lo deseas, puedes dejar este criterio sin valorar

Número de respuestas: 174
 Número de respuestas: 171
 Número de respuestas: 173

Figura 6. Ejemplo de información adicional incluida en cada indicador



Se solicitó a cada participante que valorase en dos ocasiones cada criterio del indicador. Primero sin visualizar la opinión del resto de participantes y posteriormente aparecía una gráfica con las puntuaciones medianas de los participantes que hubieran votado hasta ese momento. Cada participante podía modificar si lo consideraba oportuno su puntuación en cada criterio se visualizaba en una gráfica las puntuaciones de todo el grupo.

- *Pantalla 4. Cuestionario de satisfacción del consenso*

Se solicitó a los participantes que valorasen su grado de satisfacción con su participación en el consenso a partir de la plataforma Health Consensus. En esta pantalla se solicitó a los participantes que añadiesen comentarios u otras propuestas de indicadores si lo consideraban oportuno.

Análisis del consenso de aspectos relevantes via electrónica

Para cada concepto de indicador y criterio valorado (importancia, factibilidad y relevancia para los pacientes) se describió el nivel de consenso global obtenido. Siguiendo la propuesta de la RAND para definir el consenso, se describió el porcentaje de expertos en tres intervalos de respuesta para cada criterio y aspectos relevantes: (0-3), (4-6) y (7-9). (Brook, 1991; López-Aguilà 2011). Se consideró que se llegaba al umbral de consenso si en en las puntuaciones finales, el 75% o más de los expertos presentan puntuaciones entre 7-9 (Campbell, 2004) en al menos los criterios de importancia y factibilidad de cada concepto de indicador. Se analizó de forma adicional los indicadores que llegaban a esta definición de consenso según los 3 perfiles de experiencia profesional.

❖ **Propuesta de indicadores y fuentes de información para medir los aspectos relevantes consensuados**

Se realizó una revisión de indicadores disponibles tanto a nivel de CCAA consultando al comité institucional y técnico de la EAC, expert@s de la REDISSEC así como las fuentes de información sanitarias en el Sistema Nacional de Salud (SNS).⁴ Se realizó una propuesta de fichas de indicadores lo más detalladas posible para su discusión en una reunión presencial (sujetas a modificaciones futuras en la fase de su implementación en diferentes CCAA, en base a su adaptación a la realidad de contexto, sistemas de información, etc.).

❖ **Discusión final de la propuesta y propuesta de fichas de indicadores**

Se realizó una 2ª reunión presencial con miembros de comité institucional y técnico de la EAC, MSSSI, así como expertos de la REDISSEC (n=31 expert@s). Se realizó una valoración cualitativa de aspectos conceptuales entorno a la población diana / concepto de paciente crónico y subgrupos, así como sistemas de estratificación de la población para el cálculo de denominadores e indicadores para caracterizar la población atendida con problemas crónicos de salud en el SNS. Se discutió la propuesta de indicadores tras el proceso de consenso previo con una fórmula más concreta y propuesta de justificación/ descripción y posibles variables de estratificación/ ajuste y se votaron en una ronda final presencial por CCAA. Se consideró que un indicador era recomendable para su medición en las CCAA o el SNS cuando al menos se presentaban más de 8 votos a favor de su medición (un voto por cada CCAA participante; <8 votos consenso bajo, de 8-9 consenso moderado y >10 votos consenso elevado). Finalmente se debatió entorno a los retos y recomendaciones de los indicadores para su implementación.

Para la propuesta final, además de esta valoración de los expertos en la 2ª reunión presencial, se tuvieron en cuenta las valoraciones realizadas a largo del proceso de consenso. Se establecieron recomendaciones para su medición o promoción de medida en base: a) su inclusión y consenso moderado/ elevado en la 1ª reunión presencial y/o b) consenso elevado via electrónica, y/o c) consenso moderado/ elevado en la 2ª reunión final de consenso); d) importante para complementar la información y ajustes de indicadores con consenso elevado en la reunión final. Para la propuesta de fichas de indicador y fórmulas se tuvieron en cuenta experiencias relevantes en el SNS que las aplicaran que confieren validez y robustez a la propuesta definitiva. Además del título del concepto de indicador y una fórmula, se propone una descripción y justificación, así como tipología (enfoque de evaluación de Donabedian, dimensión/ atributo que mide), fuente de información para su cálculo, factores de ajuste así como bibliografía clave sobre su aplicación en el ámbito de evaluación de servicios sanitarios en cronicidad y grado de consenso alcanzado con expertos en el presente proyecto.

⁴ Portal Estadístico del Sistema Nacional de Salud:
<https://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/home.htm>

RESULTADOS

FASE 1. REVISIÓN Y PRIORIZACIÓN DE ASPECTOS RELEVANTES PARA LA EVALUACIÓN DE LA ATENCIÓN A LA CRONICIDAD

Revisión iniciativas de las CCAA y consenso presencial

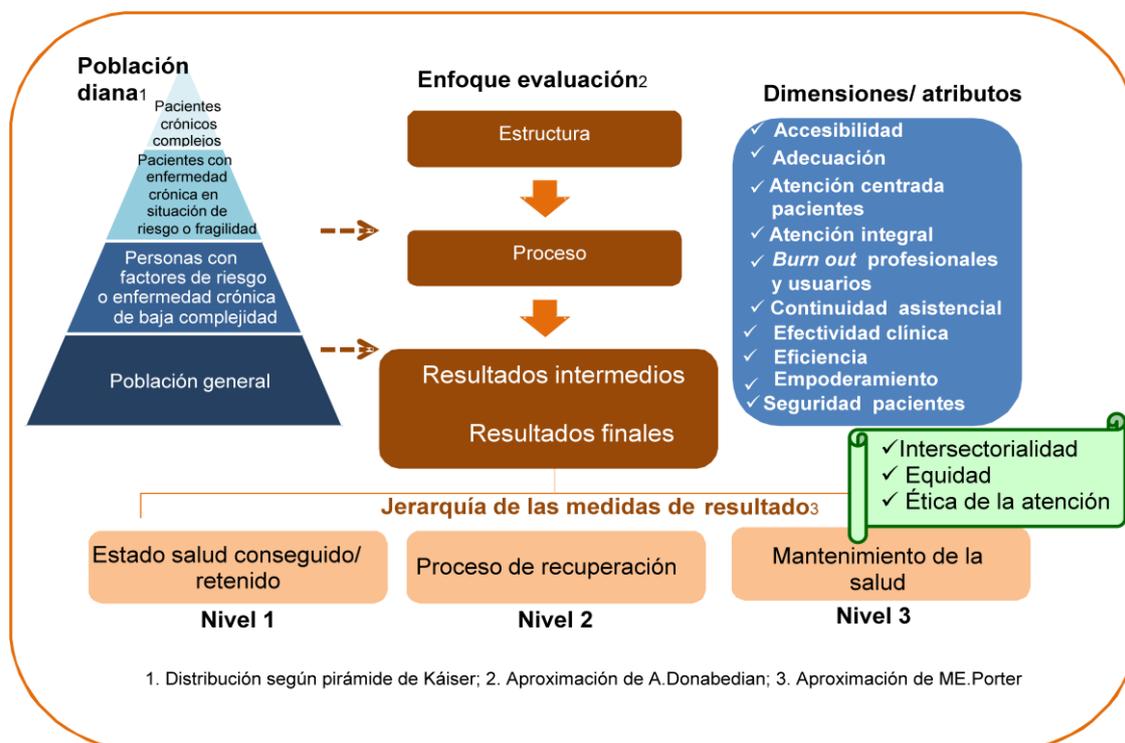
En la revisión de conceptos de indicador de las iniciativas de las CCAA, se identificaron 107 conceptos o aspectos relevantes a tener en cuenta para la evaluación de la atención en cronicidad. De éstos, 16 se proponen en 2 o más CCAA (el resto de 91 conceptos de indicador se proponen sólo en una CCAA): 54 miden proceso, 5 miden la estructura y 48 el resultado de la atención. Los indicadores más frecuentes fueron los reingresos hospitalarios, la tasa de altas por fractura de cadera en mayores de 75 años y el número de visitas domiciliarias realizadas por enfermería de atención primaria de salud.

En la reunión presencial de consenso, se concluyó que el modelo conceptual de evaluación propuesto por AQuAS era suficientemente extenso y centrado en los resultados para la propuesta de indicadores de evaluación de la cronicidad en el SNS (**figura 7**). Se ratificó que la propuesta de conceptos de indicador o aspectos relevantes se centraría en los resultados de la atención, y se dejarían al margen los conceptos de indicador que evaluarán intervenciones de promoción y prevención de la

salud que se están definiendo por la SG de Promoción de la Salud y Epidemiología del MSSSI, así como aquellos indicadores (más centrados en el proceso) para evaluar la estrategia nacional de cronicidad que se definirán en los próximos meses.

Además de las dimensiones y atributos del modelo conceptual de evaluación AQuAS que incluyen la accesibilidad, adecuación, atención centrada en los pacientes, burn out de los profesionales y usuarios, continuidad asistencial, efectividad clínica, eficiencia, empoderamiento y seguridad de los pacientes, se mencionó la necesidad de incluir otras dimensiones como la intersectorialidad, la equidad (p.ej. de género) y la ética de la atención en cronicidad.

Figura 7. Marco conceptual de referencia para la evaluación de la atención a la cronicidad en el Sistema Nacional de Salud.



Adaptado de un estudio previo AQUAS de evaluación de la atención a la cronicidad en Cataluña

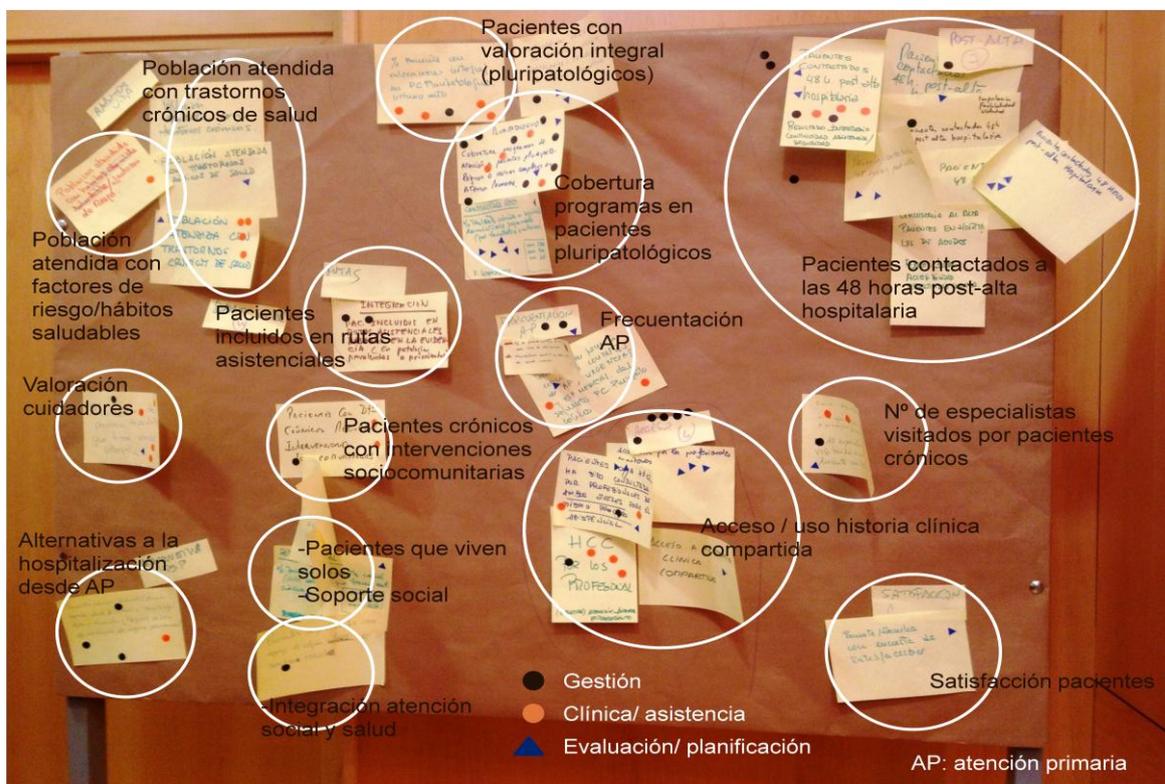
En la reunión presencial metaplan se propusieron 71 conceptos diferentes que se agruparon en 26 conceptos de indicador o aspectos relevantes a tener presentes para la evaluación (**figura 8a y 8b y anexo 5**). De los 18 indicadores consensuados y seleccionados para la evaluación de la cronicidad en Cataluña, 14 quedarían cubiertos en las propuestas de la reunión presencial metaplan. Los conceptos más frecuentes fueron los reingresos hospitalarios (9 propuestas), hospitalizaciones potencialmente evitables (8), el contacto post-alta hospitalaria desde la AP (7), así como los pacientes polimedicados (7). Si se tiene en cuenta el número de votaciones, los conceptos más valorados fueron: las hospitalizaciones potencialmente evitables (36 votos), los pacientes crónicos atendidos en atención primaria (21 votos), los pacientes polimedicados (20 votos) y los pacientes contactados 48 horas post-alta hospitalaria (18 votos). La mayoría de estos 26 conceptos de indicador propuestos eran de resultado (13 resultado intermedio y 7 resultado final, 4 de proceso y 2 de estructura) y medían dimensiones o atributos de continuidad / integración asistencial (10), adecuación/ efectividad clínica (5), empoderamiento (4), atención centrada en los pacientes (3) y accesibilidad /uso de servicios (3) y 1 de eficiencia.

Figura 8a. Mapa visual de los aspectos más relevantes para la evaluación de la atención a la cronicidad propuestos en la reunión presencial de consenso (metaplan, n=31 expertos)



Figura 8b. Mapa visual de los aspectos más relevantes para la evaluación de la atención a la cronicidad propuestos en la reunión presencial de consenso (metaplan, n=31 expertos)

CONTINUACIÓN



Algunos conceptos de indicador valorados en la reunión presencial también fueron identificados y valorados en el estudio previo de consenso de la AQuAS, sin embargo no llegaron al umbral definido de consenso (el 75% o más expertos consideran que son importantes y factibles en 3 perfiles profesionales valorados-gestión, clínica/asistencia, evaluación/ planificación). Se trata de conceptos de indicador como la calidad de vida relacionada con la salud, pacientes y cuidadores con valoración integral, la población atendida en dispositivos alternativos a la hospitalización convencional, la cobertura de programas de teleasistencia sociosanitaria en pacientes crónicos o la población atendida con hábitos de vida saludable/ factores de riesgo (Anexo 5).

Consenso extenso de profesionales mediante el Health Consensus

Para realizar la selección final se propuso valorar 31 conceptos de indicador via electrónica a partir de la plataforma Health Consensus⁵. De esta propuesta de 31

⁵ En la fase de consenso electrónico mediante el Health Consensus se valoraron títulos de indicador con una breve justificación y lo que medían. Una vez consensuados y seleccionados se definirán las fichas más completas de indicadores incluyendo una fórmula, fuentes de información a partir de las que pueden calcularse los indicadores u otras observaciones.

conceptos de indicador como aspectos de mejora de la atención a la cronicidad, la mayoría miden resultados de la atención (17 son resultados intermedios, 8 resultados finales), 5 el proceso y 1 la estructura (**tabla 1**). Se contempla la mayoría de dimensiones/ atributos propuestos en el modelo conceptual de evaluación a la cronicidad.

Tabla 1. Conceptos de Indicador propuestos para el consenso via electrónica según lo que miden

TIPO	DIMENSIÓN/ ATRIBUTO	Nº CONCEPTOS DE INDICADOR
Resultado (25) • Resultado intermedio (17) • Resultado final (8)	Accesibilidad	5
	Adecuación	4
	Atención centrada pacientes	3
	Atención integral	3
	Continuidad asistencial	3
	Efectividad clínica	2
	Eficiencia	2
	Empoderamiento	2
	Seguridad	1
Proceso (5)	Atención integral	3
	Continuidad asistencial	1
	Empoderamiento	1
Estructura (1)	Atención integral	1

Tabla 2. Características de los expertos participantes en el Health Consensus (n=175).

VARIABLES DE PERFIL	N (%)
Perfil académico	
Medicina	113 (64,6)
Enfermería	23 (13,1)
Psicología	10 (5,7)
Farmacia	9 (5,1)
Trabajo social	4 (2,3)
Fisioterapia	3 (1,7)
Otros	12 (6,9)
Ámbito laboral	
Atención hospitalaria de agudos	48 (27,4)
Atención primaria o comunitaria	36 (20,6)
Salud pública/ planificación/ evaluación	30 (17,1)
Atención sociosanitaria	9 (5,1)
Atención a la salud mental	6 (3,4)
Servicios sociales centrales	3 (1,7)
Atención especializada no hospitalaria	3 (1,7)
Otros	39 (22,3)
Perfil profesional máximo	
Clínico/asistencial	102 (58,3)
Planificación/evaluación	46 (26,3)
Gestión	27 (15,4)
Edad	50,7 (DE 7,5)
Media	

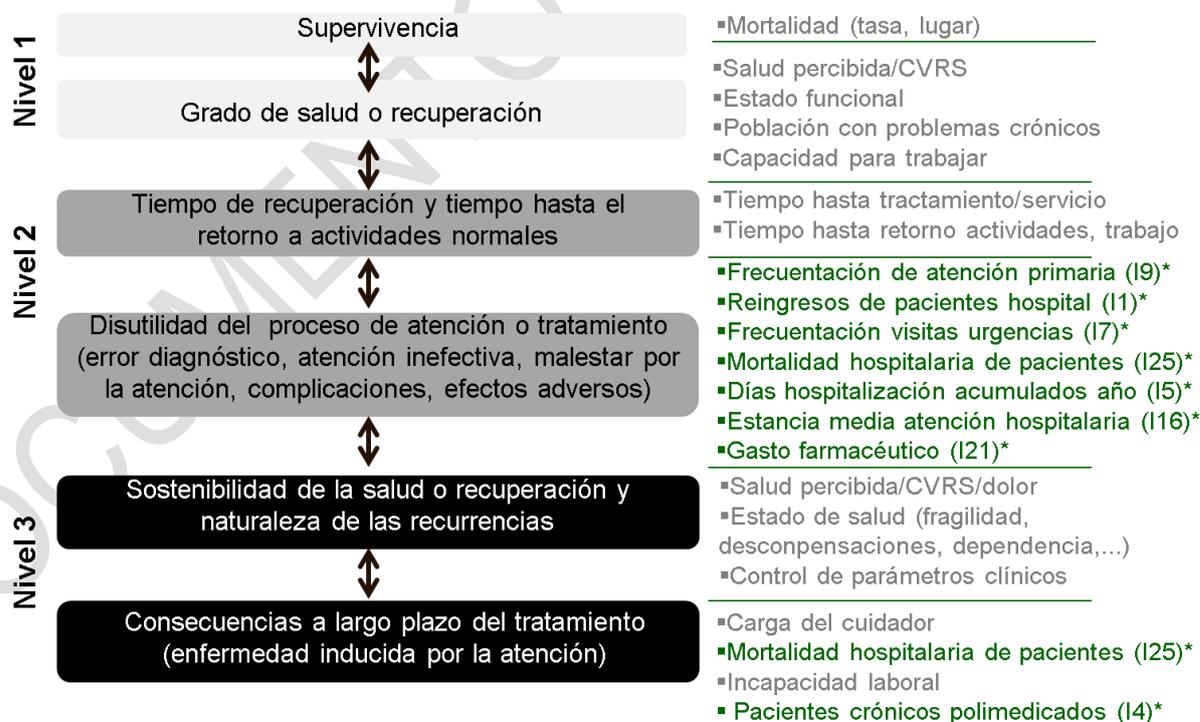
Valores perdidos: perfil académico (n=1); ámbito laboral (n=1); edad (n=7); DE: desviación estándar.

Tabla 3. Comunidad autónoma donde trabajan los expertos participantes (n=175)*.

CCAA	N (%)
Madrid	45 (25,7)
Cataluña	25 (14,3)
Andalucía	15 (8,6)
MSSSI*	14 (8,0)
Comunidad Valenciana	12 (6,9)
Castilla la Mancha	10 (5,7)
Aragón	9 (5,1)
Extremadura	6 (3,4)
Galicia	6 (3,4)
Navarra	6 (3,4)
País Vasco	5 (2,9)
Baleares	4 (2,3)
Cantabria	4 (2,3)
Castilla y León	4 (2,3)
Asturias	3 (1,7)
Canarias	3 (1,7)
Murcia	2 (1,1)
La Rioja	2 (1,1)

CCAA: comunidad autónoma; *en el caso de los participantes del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (MSSSI)

Figura 9. Conceptos de indicador (aspectos relevantes a evaluar) que llegan al umbral de consenso electrónico (Health Consensus) según el modelo de Porter



*Conceptos de indicador señalados con asterisco y color verde que llegan al umbral de consenso definido.

Figura 10. Descripción de los conceptos de indicador valorados en la 1ª y 2ª ola de consenso según umbral de consenso(**) (n=175)

Importantes y factibles (y además miden aspectos relevantes para los usuarios según los expertos)	Importantes pero no considerados suficientemente factibles
<p>I4 Usuarios polimedicados atendidos I5 Días de hospitalización acumulados al año por usuario I7 Frecuentación de urgencias por usuarios I31 Acceso y uso de sistemas de información compartidos por parte de los profesionales sanitarios que atienden un mismo usuario</p>	<p>I2 Hospitalizaciones potencialmente evitables+ I6 Tiempo entre descompensaciones de un usuario que requiere ingreso+ I10 Satisfacción de usuarios en programas de atención a la cronicidad+ I11 Uso de dispositivos alternativos a hospitalización convencional en usuarios + I13 Cobertura iniciativas integradas atención social y salud por usuarios + I17 Usuarios institucionalizados (socio-sanitario y social) I18 Prevalencia/ incidencia usuarios atendidos en diferentes niveles de estratificación I19 Prevalencia/ incidencia de usuarios con problemas crónicos I20 Mejora de la CVRS de usuarios y sus cuidadores+ I22 Mortalidad evitable de usuarios + I23 Prevalencia/incidencia de usuarios con factores de riesgo+ I24 Usuarios atendidos sin soporte social+ I26 Volumen de usuarios expertos formados I27 Usuarios y cuidadores con valoración integral+ I29 Continuidad tratamiento farmacológico de usuarios después del alta hospitalaria+</p>
Importantes y factibles	Ni importantes ni factibles/ o no importantes
<p>I1 Reingresos de usuarios hospitalizados I9 Frecuentación de atención primaria por usuarios I21 Gasto público en medicamentos de usuarios I25 Mortalidad hospitalaria de usuarios</p>	<p>I3 Usuarios contactados a las 48 horas post-alta hospitalaria+ I9 Usuarios con fármacos de eficacia probada I12 Uso servicios de teleasistencia socio-sanitaria de usuarios I14 Usuarios atendidos en urgencias según iniciativa I15 Circunstancia al alta de usuarios en hospital de agudos I16 Estancia media de atención hospitalaria de usuarios I28 Usuarios incluidos en vías clínicas I30 Volumen de especialistas visitados por usuarios</p>

(**) Todos los indicadores se centran en la población diana de usuarios con problemas crónicos de salud. En color verde los conceptos de indicador que llegan al umbral de consenso (75% o más expertos los valoran con puntuación 7-9 al menos en los criterios de importancia y factibilidad). En ámbar los que presentan un 75% o más expertos con puntuación 7-9 en importancia y relevancia para los pacientes, pero no en factibilidad (no llegan al umbral definido de consenso). En rojo los que sólo presentan un criterio con en el umbral definido de consenso o ningún criterio alcanza este umbral. CVRS: calidad de vida relacionada con la salud. + el 75% o más expertos puntúan 7-9 en el criterio relevancia para los usuarios.

Figura 11. Descripción de los conceptos de indicador que llegan al umbral de consenso según perfil de los participantes(**) (n=175)

Perfil clínico/ asistencial (n=102)	Perfil gestión (n=46)
<p>I1 Reingresos de usuarios hospitalizados I4 Usuarios polimedicados atendidos I5 Días de hospitalización acumulados al año por usuario I7 Frecuentación de urgencias por usuarios I8 Usuarios con fármacos de eficacia probada(*) I9 Frecuentación de atención primaria por usuarios I16 Estancia media de atención hospitalaria de usuarios I19 Prevalencia/ incidencia de pacientes crónicos (*) I21 Gasto público en medicamentos de usuarios I25 Mortalidad hospitalaria de usuarios I31 Acceso y uso de sistemas de información compartidos por parte de los profesionales sanitarios que atienden un mismo usuario</p>	<p>I1 Reingresos de usuarios hospitalizados I4 Usuarios atendidos polimedicados I7 Frecuentación de urgencias por usuarios I9 Frecuentación de atención primaria por usuarios I16 Estancia media de atención hospitalaria de usuarios I21 Gasto público en medicamentos de usuarios I25 Mortalidad hospitalaria de usuarios</p>
<p>Perfil planificación/ evaluación (n=27)</p>	<p>Indicadores en el umbral de consenso y que se proponen en estudio previo AQUAS</p>
<p>I1 Reingresos de usuarios hospitalizados I5 Días de hospitalización acumulados al año por usuario I7 Frecuentación de urgencias por usuarios I21 Gasto público en medicamentos de usuarios I25 Mortalidad hospitalaria de usuarios</p>	<p>I1 Reingresos de usuarios hospitalizados I4 Usuarios atendidos polimedicados I5 Días de hospitalización acumulados al año por usuario I7 Frecuentación de urgencias por usuarios I8 Usuarios con fármacos de eficacia probada (*) I16 Estancia media de atención hospitalaria de usuarios I21 Gasto público en medicamentos de usuarios I31 Acceso y uso de sistemas de información compartidos por parte de los profesionales sanitarios que atienden un mismo usuario</p>

(**) Todos los indicadores se centran en la población diana de usuarios con problemas crónicos de salud. Se presentan los indicadores que llegan al umbral de consenso (75% o más expertos los valoran con puntuación 7-9 al menos en los criterios de importancia y factibilidad) según los 3 perfiles profesionales. En negrita los 4 indicadores en los que se llega al umbral definido en los 3 grupos profesionales. (*) Estos indicadores no llegan al umbral de consenso a nivel global.

Tabla 4. Resultados del Health Consensus: conceptos de indicador según grado de consenso y criterios valorados (**) (N=175).

Concepto de indicador	N	Global ^a			Porcentaje 7-9			Tipo	Dimensión/ atributo
		7-9 (%)		P50	Importante	Factible	Relevancia pacientes		
		7-9 (%)	P50						
1 Reingresos de usuarios hospitalizados	174	82,4	8	86,2	88,3	72,8	Resultado intermedio	EFFECTIVIDAD	
2 Hospitalizaciones potencialmente evitables	170	74,2	7	91,8	53,3	77,1	Resultado intermedio	ADECUACIÓN	
3 Usuarios contactados a las 48 horas post alta hospitalaria	170	67,1	7	72,4	52,1	76,9	Resultado intermedio	CONTINUIDAD ASISTENCIAL	
4 Usuarios atendidos polimedicados	169	82,2	8	80,5	84,0	82,2	Resultado intermedio	CONTINUIDAD ASISTENCIAL	
5 Días de hospitalización acumulados al año por paciente	168	81,3	8	78,0	88,1	78,0	Resultado intermedio	ADECUACIÓN	
6 Tiempo entre descompensaciones de un usuario que requieren ingreso	169	77,4	7	84,6	64,7	82,8	Resultado intermedio	EMPODERAMIENTO	
7 Frecuentación de urgencias por pacientes crónicos	169	84,0	8	90,5	82,2	79,3	Resultado intermedio	ACCESIBILIDAD/ EFFECTIVIDAD	
8 Usuarios con fármacos de eficacia probada	167	73,9	7	82,6	70,3	68,9	Resultado intermedio	ADECUACIÓN	

(**) Todos los indicadores se centran en la población diana de usuarios con problemas crónicos de salud. En sombreado verde los conceptos de indicador que alcanzan el umbral de consenso definido y en sombreado rojo los que no alcanzan el consenso.

Tabla 4 [continuación]. Resultados del Health consensus: conceptos de indicador según grado de consenso y criterios valorados (N=175). ()**

Conceptos de indicador	N	Percentage 7-9			Tipo	Dimensión/ atributo		
		Global ^a		Importante			Factible	Relevancia pacientes
		7-9 %	P50					
9 Frecuentación de atención primaria por usuarios	169	77,3	7	80,5	82,5	68,6	Resultado intermedio	ACCESIBILIDAD/ EFECTIVIDAD
10 Satisfacción de usuarios con los programas de atención a la cronicidad	171	68,4	7	78,4	50,3	76,6	Resultado intermedio	ATENCIÓN CENTRADA PACIENTES
11 Uso de dispositivos alternativos a la hospitalización convencional de usuarios	169	70,5	7	88,1	44,0	79,3	Resultado intermedio	ATENCIÓN CENTRADA PACIENTES
12 Uso de servicios de teleasistencial sociosanitaria de usuarios	171	57,7	7	70,8	42,6	59,6	Resultado intermedio	ACCESIBILIDAD/ CONTINUIDAD ASISTENCIAL
13 Cobertura de iniciativas integradas de atención social y salud de usuarios	169	66,7	7	88,8	32,9	78,1	Resultado intermedio	ATENCIÓN INTEGRAL
14 Usuarios atendidos en urgencias según iniciativa	167	56,4	7	68,3	50,9	50,0	Resultado intermedio	ADECUACIÓN

(**) Todos los indicadores se centran en la población diana de usuarios con problemas crónicos de salud. En sombreado verde los conceptos de indicador que alcanzan el umbral de consenso definido y en sombreado rojo los que no alcanzan el consenso.

Tabla 4 [continuación]. Resultados del Health Consensus: conceptos de indicador según grado de consenso y criterios valorados (N=175). ()**

Concepto de indicador	N	Percentage 7-9			Tipo	Dimensión/ atributo		
		Global ^a		Importante			Factible	Relevancia pacientes
		7-9 %	P50					
15 Circunstancia de alta de usuarios en hospital de agudos	165	58,6	7	61,2	66,3	48,5	Resultado intermedio	ACCESIBILIDAD/ EFECTIVIDAD
16 Estancia media de atención hospitalaria de usuarios	170	76,2	7	73,5	88,8	66,1	Resultado intermedio	EFICIENCIA
17 Usuarios institucionalizados (en el ámbito sociosanitario y social)	169	70,6	7	84,0	57,5	70,2	Resultado intermedio	ACCESIBILIDAD
18 Prevalencia / incidencia de usuarios atendidos en diferentes niveles de estratificación	166	62,2	7	81,3	43,9	61,2	Resultado final	ATENCIÓN INTEGRAL/ EFECTIVIDAD
19 Prevalencia/ incidencia de pacientes crónicos	168	73,5	7	86,9	73,5	60,1	Resultado final	CONTINUIDAD ASISTENCIAL/ EFECTIVIDAD
20 Mejora de la calidad de vida relacionada con la salud de usuarios y sus cuidadores	170	76,3	8	97,0	39,6	92,4	Resultado final	ATENCIÓN CENTRADA PACIENTES
21 Gasto público en medicamentos de usuarios	167	69,0	7	80,8	84,3	41,9	Resultado final	EFICIENCIA

(**) Todos los indicadores se centran en la población diana de usuarios con problemas crónicos de salud. En sombreado verde los conceptos de indicador que alcanzan el umbral de consenso definido y en sombreado rojo los que no alcanzan el consenso.

Tabla 4 [continuación]. Resultados del Health Consensus: conceptos de indicador según grado de consenso y criterios valorados (N=175). ()**

Concepto de indicador	N	Global ^a			Percentage 7-9			Tipo	Dimensión/ atributo
		7-9 %		P50	Importante	Factible	Relevancia pacientes		
		7-9 %	P50						
22 Mortalidad evitable de usuarios atendidos	170	78,5	8	95,3	51,2	88,8	Resultado final	EFFECTIVIDAD	
23 Prevalencia/ incidencia de usuarios con factores de riesgo	167	76,8	7	89,8	64,5	76,0	Resultado final	EMPODERAMIENTO/ EFFECTIVIDAD	
24 Usuarios atendidos sin soporte social	171	75,9	8	94,7	43,2	89,4	Resultado final	ATENCIÓN INTEGRAL	
25 Mortalidad hospitalaria de usuarios	170	78,9	7	77,5	85,8	73,5	Resultado final	SEGURIDAD	
26 Volumen de usuarios expertos formados	170	60,6	7	77,1	35,3	69,0	Proceso	EMPODERAMIENTO	
27 Usuarios y cuidadores con valoración integral	170	75,4	7	91,1	46,2	88,8	Proceso	ATENCIÓN INTEGRAL	
28 Usuarios incluidos en vías clínicas	168	62,5	7	85,7	41,8	59,6	Proceso	ATENCIÓN INTEGRAL	

(**) Todos los indicadores se centran en la población diana de usuarios con problemas crónicos de salud. En sombreado verde los conceptos de indicador que alcanzan el umbral de consenso definido y en sombreado rojo los que no alcanzan el consenso.

Tabla 4 [continuación]. Resultados del Health Consensus: conceptos de indicador según grado de consenso y criterios valorados (N=175). ()**

	Concepto de indicador	N	Percentage 7-9			Tipo	Dimensión/ atributo		
			Global ^a		Importante			Factible	Relevancia pacientes
			7-9 %	P50					
29	Continuidad del tratamiento farmacológico de usuarios después del alta hospitalaria	170	75,1	7	86,5	57,1	81,7	Proceso	CONTINUIDAD ASISTENCIAL
30	Volumen de especialistas visitados por usuario	170	59,2	7	68,8	51,5	57,1	Proceso	ATENCIÓN INTEGRAL/ CONTINUIDAD ASISTENCIAL
31	Acceso y uso de la historia clínica compartida por parte de los profesionales sanitarios	171	87,3	8	95,9	76,5	89,4	Estructura	ATENCIÓN INTEGRAL/ CONTINUIDAD ASISTENCIAL

(**) Todos los indicadores se centran en la población diana de usuarios con problemas crónicos de salud. En sombreado verde los conceptos de indicador que alcanzan el umbral de consenso definido y en sombreado rojo los que no alcanzan el consenso.

Tabla 5. Resultados del Health Consensus: conceptos de indicador según criterio valorado y perfil de experiencia profesional (N=175). ()**

Conceptos de indicador	N	Porcentaje de pacientes con puntuación 7-9								
		Importante			Factible			Relevante pacientes		
		C/A (n=102)	G (n=27)	P/E (n=46)	C/A (n=102)	G (n=27)	P/E (n=46)	C/A (n=102)	G (n=27)	P/E (n=46)
1 Reingresos de usuarios hospitalizados	174	85,1	88,9	87,0	84,0	88,5	97,8	71,0	74,1	76,1
2 Hospitalizaciones potencialmente evitables	170	91,0	96,0	91,1	48,5	44,0	69,8	73,0	84,0	82,2
3 Usuarios contactados a las 48 horas post-alta hospitalaria	170	68,7	76,9	77,8	57,6	57,7	36,4	75,5	80,8	77,8
4 Usuarios atendidos polimedicados	169	83,3	76,9	75,6	86,7	92,3	73,3	83,7	88,5	75,6
5 Días de hospitalización acumulados al año por usuario	168	81,4	69,2	75,6	90,7	80,8	86,7	83,7	68,0	71,1
6 Tiempo entre descompensaciones de un usuario que requieren ingreso	169	86,7	73,1	86,7	69,1	61,5	56,8	84,7	73,1	84,4
7 Frecuentación de urgencias por usuarios	169	91,8	96,2	84,4	84,7	76,9	80,0	78,6	88,5	75,6
8 Usuarios atendidos con fármacos de eficacia probada	167	84,8	72,0	83,7	74,5	68,0	61,9	67,7	68,0	72,1
9 Frecuentación de atención primaria por usuarios	169	84,7	76,9	73,3	83,7	76,9	84,4	72,4	65,4	62,2
10 Satisfacción de usuarios con los programas de atención a la cronicidad	171	79,0	84,6	73,3	50,0	57,7	46,7	74,0	88,5	75,6

(**) Todos los indicadores se centran en la población diana de usuarios con problemas crónicos de salud. *En sombreado verde los conceptos de indicador que alcanzan el umbral de consenso definido y en sombreado rojo los que no alcanzan el consenso. En ámbar en el límite del umbral del consenso. Perfiles profesionales: C/A: clínico/ asistencial; G: gestión; P/E: planificación/evaluación*

Tabla 5. Resultados del Health Consensus: conceptos de indicador según criterio valorado y perfil de experiencia profesional (N=175). ()**

	Concepto de indicador	N	Porcentaje de pacientes con puntuación 7-9								
			Importante			Factible			Relevante pacientes		
			C/A (n=102)	G (n=27)	P/E (n=46)	C/A (n=102)	G (n=27)	P/E (n=46)	C/A (n=102)	G (n=27)	P/E (n=46)
11	Uso de dispositivos alternativos a la hospitalización convencional por usuarios	169	87,6	92,3	86,7	44,9	34,6	47,7	77,6	88,5	77,8
12	Uso de servicios de teleasistencia sociosanitaria por usuarios	171	71,0	76,9	66,7	46,0	42,3	34,9	61,0	73,1	48,9
13	Cobertura de iniciativas integradas de atención social y de salud de usuarios	169	86,9	96,2	88,6	30,3	40,0	34,9	73,7	92,3	79,5
14	Usuarios atendidos en urgencias según iniciativa	167	73,5	65,4	58,1	55,7	57,7	35,7	53,6	46,2	44,2
15	Circunstancia al alta de usuarios en un hospital de agudos	165	65,3	66,7	48,8	63,5	66,7	72,1	49,0	66,7	41,9
16	Estancia media de usuarios en atención hospitalaria	170	74,7	84,6	64,4	84,8	96,2	93,3	67,0	80,8	55,6
17	Usuarios institucionalizados (ámbito sociosanitario y social)	169	84,7	76,9	86,7	67,0	34,6	50,0	69,1	61,5	77,8
18	Prevalencia/ incidencia de usuarios atendidos en diferentes niveles de estratificación	166	80,2	80,0	84,4	43,8	44,0	44,2	57,9	64,0	66,7

(**) Todos los indicadores se centran en la población diana de usuarios con problemas crónicos de salud. En sombreado verde los conceptos de indicador que alcanzan el umbral de consenso definido y en sombreado rojo los que no alcanzan el consenso. *Perfiles profesionales: C/A: clínico/ asistencial; G: gestión; P/E: planificación/evaluación*

Tabla 5. Resultados del Health Consensus: conceptos de indicador según criterio valorado y perfil de experiencia profesional (N=175). ()**

Conceptos de indicador	N	Porcentaje de pacientes con puntuación 7-9								
		Importante			Factible			Relevante pacientes		
		C/A (n=102)	G (n=27)	P/E (n=46)	C/A (n=102)	G (n=27)	P/E (n=46)	C/A (n=102)	G (n=27)	P/E (n=46)
19 Prevalencia/ incidencia de pacientes crónicos	168	89,8	92,3	77,3	78,4	72,0	63,6	64,3	65,4	47,7
20 Mejora de la calidad de vida relacionada con la salud de usuarios y sus cuidadores	170	98,0	100,0	93,3	43,4	42,3	29,5	90,9	96,2	93,3
21 Gasto público en medicamentos de usuarios	167	80,2	92,3	75,6	86,5	80,8	81,8	45,4	61,5	22,7
22 Mortalidad evitable de usuarios atendidos	170	94,9	96,2	95,6	51,5	42,3	55,8	89,9	84,6	88,6
23 Prevalencia/ incidencia de usuarios con factores de riesgo	167	90,9	88,0	88,4	66,7	44,0	71,4	75,8	76,0	76,7
24 Usuarios atendidos sin soporte social	171	96,0	96,2	91,1	50,0	42,3	27,9	88,0	92,0	91,1
25 Mortalidad hospitalaria de usuarios	170	77,8	76,0	77,8	85,9	76,9	90,9	70,7	76,9	77,8

(**) Todos los indicadores se centran en la población diana de usuarios con problemas crónicos de salud. *En sombreado verde los conceptos de indicador que alcanzan el umbral de consenso definido y en sombreado rojo los que no alcanzan el consenso. Perfiles profesionales: C/A: clínico/ asistencial; G: gestión; P/E: planificación/evaluación*

Tabla 5. Resultados del Health Consensus: conceptos de indicador según criterio valorado y perfil de experiencia profesional (N=175).()**

Conceptos de indicador	N	Porcentaje de pacientes con puntuación 7-9								
		Importante			Factible			Relevante pacientes		
		C/A (n=102)	G (n=27)	P/E (n=46)	C/A (n=102)	G (n=27)	P/E (n=46)	C/A (n=102)	G (n=27)	P/E (n=46)
26 Volumen de usuarios expertos formados	170	71,7	84,6	84,4	34,7	38,5	34,9	61,9	76,9	80,0
27 Usuarios y cuidadores con valoración integral	170	89,8	92,3	93,3	51,5	42,3	36,4	87,9	88,5	91,1
28 Usuarios incluidos en vías clínicas	168	85,9	88,0	84,1	46,5	45,8	28,6	59,6	64,0	57,1
29 Continuidad del tratamiento farmacológico de usuarios después del alta hospitalaria	170	88,9	92,3	77,8	60,6	69,2	41,9	85,7	84,6	71,1
30 Volumen de especialistas visitados por usuario	170	72,7	73,1	57,8	62,2	46,2	30,2	63,6	53,8	44,4
31 Acceso y uso de la historia clínica compartida por parte de los profesionales sanitarios que atienden a un mismo usuario	171	96,0	96,2	95,6	79,0	73,1	72,7	89,9	96,2	84,4

(**) Todos los indicadores se centran en la población diana de usuarios con problemas crónicos de salud. *En sombreado rojo los conceptos de indicador que no alcanzan el umbral de consenso. Perfiles profesionales: C/A: clínico/ asistencial; G: gestión; P/E: planificación/evaluación*

FASE 2. PROPUESTA DE INDICADORES PARA LA EVALUACIÓN DE LA ATENCIÓN EN CRONICIDAD EN EL MARCO DE LA EAC

Figura 12. Propuesta de indicadores para evaluar la atención a la cronicidad en el SNS y recomendaciones para la promoción de su medición (**)

1. Caracterización de la población (estado de salud y sus necesidades)	<ul style="list-style-type: none">▪ Usuarios atendidos por servicios de salud en diferentes niveles de estratificación▪ Usuarios atendidos en atención primaria de salud con estilos de vida no saludables▪ Usuarios sin apoyo social atendidos en la atención primaria de salud/ social▪ Usuarios polimedicados atendidos en la atención primaria de salud
2. Resultados intermedios (efectividad/ adecuación/ uso de servicios)	<ul style="list-style-type: none">▪ Hospitalizaciones potencialmente evitables▪ Frecuentación de urgencias por usuarios▪ Frecuentación de atención primaria por usuarios▪ Reingresos hospitalarios de usuarios▪ Días acumulados al año por usuarios
3. Resultados percibidos por usuarios (efectividad)	<ul style="list-style-type: none">▪ Mejora de la calidad de vida relacionada con la salud de usuarios y cuidadores
4. Estructura (coordinación/ atención integrada)	<ul style="list-style-type: none">▪ Acceso y uso de sistemas de información compartida por parte de los profesionales que atienden a un mismo usuario

(**) Todos los indicadores se centran en la población diana de usuarios con problemas crónicos de salud.

Taula 6. Descripción del consenso de los conceptos de indicador valorados en las diferentes fases del estudio y recomendación final para su medición (**)

Título	Metaplan comités EAC (n=31)	Health Consensus comités EAC y expertos comisiones de salud en el SNS (n=175)		Discusión y consenso presencial final comités EAC (n=31)			Recomendación AQuAS
	Propuesto en la 1ª reunión de presencial	Acuerdo via electrónica	Grado de consenso (% de expert@s que lo puntúan entre 7-9)	Propuesto en la 2ª reunión presencial	CCAA que lo proponen/ consideran un reto	Acuerdo CCAA	
1. Reingresos de usuarios hospitalizados (I1)	✓ (>30 votos)	✓	Importante: 86,2% Factible: 88,3% Relevante pacientes: 72,8%	✓	-Andalucía	No acuerdo o acuerdo bajo	+ Relevante para complementar otros indicadores propuestos y mejorar interpretación Fuente: CMBD
2. Hospitalizaciones potencialmente evitables (I2)	✓ (>30 votos)	No	Importante: 91,8% Factible: 53,3% Relevante pacientes: 77,1%	✓	14 votos a favor (por CCAA)	Acuerdo elevado	+Promocionar su medición Fuente: CMBD
3. Usuarios contactados a las 48 horas post-alta hospitalaria (I3)	✓ (18 votos)	No	Importante: 72,4% Factible: 52,1% Relevante pacientes: 76,9%	✓	-Castilla la Mancha -Navarra -Andalucía	No acuerdo o acuerdo bajo	Falta de consenso final
4. Usuarios polimedicados atendidos (I4)	✓ (20 votos)	✓	Importante: 80,5% Factible: 84,0% Relevante pacientes: 82,2%	No	--	No valorado	+ Relevante para complementar otros indicadores propuestos y mejorar interpretación Fuente: Gerencia de farmacia+ CMBD
5. Días de hospitalización acumulados al año por usuario (I5)	✓ (8 votos)	✓	Importante: 78,0% Factible: 88,1% Relevante pacientes: 78,0%	✓	-Andalucía -Aragón -Castilla la Mancha	No acuerdo o acuerdo bajo	+ Relevante para complementar otros indicadores propuestos y mejorar interpretación Fuente: CMBD

(**) Todos los indicadores se centran en la población diana de usuarios con problemas crónicos de salud. CCAA: comunidades autónomas; EAC: Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad; SNS: Sistema Nacional de Salud; AQuAS: Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya; CMBD: Conjunto Mínimo Básico de Datos (de hospitales agudos, salud mental, atención primaria de salud, hospitales sociosanitarios); ENSE: encuesta nacional de salud.

Taula 6. Descripción del consenso de los conceptos de indicador valorados en las diferentes fases del estudio y recomendación final para su medición (**)

Título	Metaplan comités EAC (n=31)	Health Consensus comités EAC y expertos comisiones de salud en el SNS (n=175)		Discusión y consenso presencial final comités EAC (n=31)			Recomendación AQUAS
	Propuesto en la 1ª reunión de presencial	Acuerdo vía electrónica	Propuesto en la 2ª reunión presencial	Propuesto en la 2ª reunión presencial	CCAA que lo proponen/ consideran un reto	Acuerdo final CCAA	
6. Tiempo entre descompensaciones de un usuario que requiere ingreso (I6)	✓ (15 votos)	No	Importante: 84,6% Factible: 64,7% Relevante pacientes: 82,8%	✓	7 votos a favor; 4 en contra (por CCAA)	No acuerdo o acuerdo bajo	Falta de consenso
7. Frecuentación de urgencias por usuarios (I7)	✓ (4 votos)	✓	Importante: 90,5% Factible: 82,2% Relevante pacientes: 79,3%	✓	-Andalucía -Castilla la Mancha (0 votos)	No acuerdo o acuerdo bajo	+ Relevante para complementar otros indicadores propuestos y mejorar interpretación Fuente: CMBD
8. Usuarios atendidos con fármacos eficacia probada (I8)	✓ (24 votos)	No	Importante: 82,6% Factible: 70,3% Relevante pacientes: 68,9%	✓	-Cantabria 0 votos	No acuerdo o acuerdo bajo	Falta de consenso
9. Frecuentación de atención primaria por usuarios (I9)	✓ (21 votos)	✓	Importante: 80,5% Factible: 82,5% Relevante pacientes: 68,6%	No	--	No valorado	+ Relevante para complementar otros indicadores propuestos y mejorar interpretación Fuente: CMBD
10. Satisfacción de usuarios en programas de atención a la cronicidad (I10)	✓ (4 votos)	No	Importante: 78,4% Factible: 50,3% Relevante pacientes: 76,6%	✓	3 votos a favor; 5 en contra (por CCAA)	No acuerdo o acuerdo bajo	Falta de consenso
11. Uso de dispositivos alternativos a la hospitalización convencional de usuarios (I11)	✓ (10 votos)	No	Importante: 88,1% Factible: 44,0% Relevante pacientes: 79,3%	No	--	No valorado	Falta de consenso

(**) Todos los indicadores se centran en la población diana de usuarios con problemas crónicos de salud. CCAA: comunidades autónomas; EAC: Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad; SNS: Sistema Nacional de Salud; AQUAS: Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya; CMBD: Conjunto Mínimo Básico de Datos (de hospitales agudos, de salud mental, de atención primaria de salud ó de hospitales sociosanitarios); ENSE: encuesta nacional de salud



Taula 6. Descripción del consenso de los conceptos de indicador valorados en las diferentes fases del estudio y recomendación final para su medición (**)

Título	Metaplan comités EAC	Health Consensus comités EAC y expertos comisiones de salud en el SNS (n=175)		Discusión y consenso presencial final comités EAC (n=31)			Recomendación AQuAS
	Propuesto en la 1ª reunión de presencial (n=31)	Acuerdo vía electrónica	Propuesto en la 2ª reunión presencial	Propuesto en la 2ª reunión presencial	CCAA que lo proponen/ consideran un reto	Acuerdo final CCAA	
12. Uso de servicios de teleasistencia sociosanitaria de usuario (I12)	✓ (3 votos)	No	Importante: 70,8% Factible: 42,6% Relevante pacientes: 59,6%	✓	-Pais Vasco 0 votos	No acuerdo o acuerdo bajo	Falta de consenso
13. Cobertura iniciativas integradas atención social y sanitaria por usuarios (I13)	✓ (6 votos)	No	Importante: 88,8% Factible: 32,9% Relevante pacientes: 78,1%	✓	3 votos a favor; 4 en contra (por CCAA)	No acuerdo o acuerdo bajo	Falta de consenso
14. Usuarios atendidos en urgencias según iniciativa (I14)	No valorado	No	Importante: 68,3% Factible: 50,9% Relevante pacientes: 50,0%	No	--	No valorado	Falta de consenso
15. Circunstancia al alta de usuarios en hospitales de agudos (I15)	No valorado	No	Importante: 61,2% Factible: 66,3% Relevante pacientes: 48,3%	No	--	No valorado	Falta de consenso
16. Estancia media de usuarios en atención hospitalaria de (I16)	No valorado	No	Importante: 73,5% Factible: 88,8% Relevante pacientes: 66,1%	No	--	No valorado	Falta de consenso
17. Usuarios institucionalizados (ámbito sociosanitario y social) (I17)	No valorado	No	Importante: 84,0% Factible: 57,5% Relevante pacientes: 70,2%	✓	4 votos a favor; 5 en contra (por CCAA)	No acuerdo o acuerdo bajo	Falta de consenso
18. Prevalencia/ incidencia de usuarios atendidos en diferentes niveles de estratificación (I18)	✓ (12 votos)	No	Importante: 81,3% Factible: 43,9% Relevante pacientes: 61,2%	✓	11 votos a favor (por CCAA)	Acuerdo elevado	+ Promocionar su medición Fuente: CMBD, ENSE

(**) Todos los indicadores se centran en la población diana de usuarios con problemas crónicos de salud. CCAA: comunidades autónomas; EAC: Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad; SNS: Sistema Nacional de Salud; AQuAS: Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya; CMBD: Conjunto Mínimo Básico de Datos (de hospitales agudos, de salud mental, de atención primaria de salud ó de hospitales sociosanitarios); ENSE: encuesta nacional de salud

Taula 6. Descripción del consenso de los conceptos de indicador valorados en las diferentes fases del estudio y recomendación final para su medición (**)

Título	Metaplan comités EAC	Health Consensus comités EAC y expertos comisiones de salud en el SNS (n=175)		Discusión y consenso presencial final comités EAC (n=31)			Recomendación AQuAS
	Propuesto en la 1ª reunión de presencial (n=31)	Acuerdo via electrónica	Propuesto en la 2ª reunión presencial	Propuesto en la 2ª reunión presencial	CCAA que lo proponen/ consideran un reto	Acuerdo final CCAA	
19. Prevalencia/ incidencia de pacientes crónicos (I19)	✓ (6 votos)	No	Importante: 86,9% Factible: 73,5% Relevante pacientes: 60,1%	✓	4 votos a favor; 3 en contra (por CCAA)	No acuerdo o acuerdo bajo	Falta de consenso
20. Calidad de vida relacionada con la salud de usuarios y sus cuidadores (I20)	✓ (24 votos)	No	Importante: 97,0% Factible: 39,6% Relevante pacientes: 92,4%	✓	5 votos a favor; 1 en contra (por CCAA)	No acuerdo o acuerdo bajo	+ Relevante para complementar otros indicadores propuestos y mejorar interpretación Fuente: cohortes prospectivas ad hoc/ ENSE
21. Gasto público en medicamentos por usuarios (I21)	✓ (1 voto)	✓	Importante: 80,8% Factible: 84,3% Relevante pacientes: 41,9%	✓	2 votos a favor; 7 en contra (por CCAA)	Consideran no relevante para medir EAC	Falta de consenso
22. Mortalidad evitable de usuarios (I22)	No valorado	No	Importante: 95,3% Factible: 51,2% Relevante pacientes: 88,8%	✓	Castilla y León (0 votos)	No acuerdo o acuerdo bajo	Falta de consenso
23. Prevalencia/ incidencia de usuarios con factores de riesgo para su salud (I23)	✓ (1 voto)	No	Importante: 89,8% Factible: 64,5% Relevante pacientes: 76,0%	✓	8 votos a favor; 2 en contra (por CCAA)	Acuerdo moderado	+Promocionar su medición Fuente: CMBD, ENSE
24. Usuarios atendidos sin apoyo social (I24)	✓ (6 votos)	No	Importante: 94,7% Factible: 43,2% Relevante pacientes: 89,4%	✓	9 votos a favor; 2 en contra (por CCAA)	Acuerdo moderado	+Promocionar su medición Fuente: CMBD+Bases de datos de Servicios Sociales/ ENSE

(**) Todos los indicadores se centran en la población diana de usuarios con problemas crónicos de salud. CCAA: comunidades autónomas; EAC: Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad; SNS: Sistema Nacional de Salud; AQUAS: Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya; CMBD: Conjunto Mínimo Básico de Datos (de hospitales agudos, de salud mental, de atención primaria de salud ó de hospitales sociosanitarios); INSERSO: Instituto de Mayores y Servicios Sociales; ENSE: encuesta nacional de salud

Taula 6. Descripción del consenso de los conceptos de indicador valorados en las diferentes fases del estudio y recomendación final para su medición

Título	Metaplan comités EAC	Health Consensus comités EAC y expertos comisiones de salud en el SNS (n=175)		Discusión y consenso presencial final comités EAC (n=31)			Recomendación AQUAS
	Propuesto en la 1ª reunión de presencial (n=31)	Acuerdo via electrónica	Propuesto en la 2ª reunión presencial	Propuesto en la 2ª reunión presencial	CCAA que lo proponen/ consideran un reto	Acuerdo final CCAA	
25. Mortalidad hospitalaria de usuarios	“mortalidad prematura” (6 votos)	✓	Importante: 77,5% Factible: 85,8% Relevante pacientes: 73,5%	No	10 votos en contra CCAA) (por	Consideran no relevante para medir EAC	Falta de consenso
26. Volumen de usuarios expertos formados	✓ (9 votos)	No	Importante: 77,1% Factible: 35,3% Relevante pacientes: 69,0%	No	--	No valorado	Falta de consenso
27. Usuarios y cuidadores con valoración integral	✓ (12 votos)	No	Importante: 91,1% Factible: 46,2% Relevante pacientes: 88,8%	✓	-Castilla y León (0 votos)	No acuerdo o acuerdo bajo	Falta de consenso
28. Usuarios incluidos en vías clínicas	✓ (2 votos)	No	Importante: 85,7% Factible: 41,8% Relevante pacientes: 59,6%	✓	-País Vasco (0 votos)	No acuerdo o acuerdo bajo	Falta de consenso
29. Continuidad del tratamiento farmacológico de usuarios después del alta hospitalaria	✓ (8 votos)	No	Importante: 86,5% Factible: 57,1% Relevante pacientes: 81,7%	No	--	No valorado	Falta de consenso
30. Volumen de especialistas visitados por usuarios	✓ (6 votos)	No	Importante: 68,8% Factible: 57,1% Relevante pacientes: 57,1%	No	--	No valorado	Falta de consenso

31. Acceso y uso de sistemas de información compartidos por parte de los profesionales sanitarios que atienden a un mismo usuario	✓ (19 votos)	✓ Importante: 95,9% Factible: 76,5% Relevante pacientes: 89,4%	✓ 9 votos a favor; 3 en contra (por CCAA)	Acuerdo moderado	+Promocionar su medición Fuente: HCCC en cada CCAA
--	---------------------	---	--	-------------------------	--

** Todos los indicadores se centran en la población diana de usuarios con problemas crónicos de salud. CCAA: comunidades autónomas; EAC: Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad; SNS: Sistema Nacional de Salud; AQuAS: Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya; HCCC: Historia Clínica Compartida de cada CCAA

Tabla 7. Propuesta final de indicadores y comentarios sobre retos de medición por representantes de la CCAA a través del comité institucional de la EAC (2ª reunión presencial de consenso) **PENDIENTE APROVACIÓN DE PRESENTAR LA INFORMACIÓN DESGLOSADA**

<p>Andalucía Comité institucional EAC</p>	<p>Priorización/ retos de medición +Usuarios institucionalizados (socio sanitario y social) +Reingresos de usuarios hospitalizados +Días de hospitalización acumulados al año por usuario +Frecuentación de urgencias por usuarios</p> <p>Comentarios retos de medición y comparabilidad entre CCAA -Es importante para medir indicadores centinela para tener evaluadas poblaciones con problemas crónicos y de dependencia y valorar la integración de servicios, ayudas sociales, recursos socio sanitarios y sociales -Tiempo entre descompensaciones que requieren ingreso -Usuarios contactados a las 48 horas post-alta hospitalaria</p>
<p>Aragón Comité institucional EAC</p>	<p>Priorización/ retos de medición +Hospitalizaciones potencialmente evitables +Días de hospitalización acumulados al año por usuario +Mortalidad evitable de usuarios atendidos</p> <p>Comentarios retos de medición y comparabilidad entre CCAA -Tiempo entre descompensaciones que requieren ingreso (es importante conceptualmente pero a partir del indicador “Días de hospitalización acumulados al año por usuario” se podría medir un concepto similar -Prevalencia/ incidencia de usuarios atendidos en diferentes niveles de estratificación -Prevalencia /incidencia de usuarios con factores de riesgo</p>
<p>Asturias Comité institucional EAC</p>	<p>Priorización/ retos de medición +Enfatizar indicadores donde se midan aspectos de promoción y prevención de la salud +Describir y ajustar en función del soporte social, desigualdades de género y sociales</p>
<p>Canarias Comité institucional EAC</p>	<p>Priorización/ retos de medición +Hospitalizaciones potencialmente evitables +Prevalencia/ incidencia de usuarios atendidos en diferentes niveles de estratificación +Usuarios atendidos sin soporte social</p> <p>Comentarios retos de medición y comparabilidad entre CCAA -Todavía no hay consenso en como identificar y definir la población con problemas crónicos de salud</p>
<p>Cantabria Comité institucional EAC</p>	<p>Priorización/ retos de medición +Hospitalizaciones potencialmente evitables +Prevalencia/ incidencia de usuarios atendidos en diferentes niveles de estratificación +Usuarios atendidos con fármacos de eficacia probada</p> <p>Comentarios retos de medición y comparabilidad entre CCAA Dificultades en la medición de indicadores como: -Prevalencia/ incidencia de usuarios con factores de riesgo - Usuarios con problemas crónicos de salud sin soporte social -Acceso y uso de sistemas de información compartida por parte de los profesionales sanitarios que atienden a un mismo usuario</p>
<p>Castilla la Mancha (SESCAM) Comité institucional EAC</p>	<p>Priorización/ retos de medición +Usuarios contactados a las 48 horas post-alta hospitalaria +Usuarios y cuidadores con valoración integral +Volumen de usuarios expertos formados +Días de hospitalización acumulados al año +Frecuentación de urgencias de usuarios</p> <p>Comentarios retos de medición y comparabilidad entre CCAA -Acceso y uso de sistemas de información compartida por parte de los profesionales sanitarios</p>

<p>Castilla y León Comité institucional EAC</p>	<p>Priorización/ retos de medición +Hospitalizaciones potencialmente evitables +Prevalencia/ incidencia de usuarios atendidos en diferentes niveles de estratificación +Mortalidad evitable de usuarios</p> <p>Comentarios retos de medición y comparabilidad entre CCAA -Acceso y uso de sistemas de información compartida por parte de los profesionales sanitarios que atienden a un mismo usuario (en estos momentos no factible) -Mortalidad hospitalaria (no relevante para evaluar la atención en cronicidad) +Satisfacción de usuarios en programas de atención a la cronicidad + Mejora de la calidad de vida relacionada con la salud de usuarios y sus cuidadores (se habria que medir en algún momento) +Cobertura de iniciativas integradas de atención social y en salud por usuarios (relevante) +Usuarios y cuidadores con valoración integral</p>
<p>Castilla y León Comité institucional EAC</p>	<p>Priorización/ retos de medición +Hospitalizaciones potencialmente evitables +Usuarios atendidos sin apoyo social +Prevalencia/ incidencia de usuarios atendidos en diferentes niveles de estratificación</p>
<p>Comunidad Valenciana Comité institucional EAC</p>	<p>Priorización/ retos de medición +Hospitalizaciones potencialmente evitables +Prevalencia/ incidencia de usuarios atendidos en diferentes niveles de estratificación +Prevalencia/incidencia de usuarios con factores de riesgo +Usuarios institucionalizados (socio sanitario y social) +Cobertura de iniciativas integradas atención social y sanitaria por usuarios</p> <p>Comentarios retos de medición y comparabilidad entre CCAA -Acceso y uso de sistemas de información compartida por parte de los profesionales sanitarios que atienden a un mismo usuario (en estos momentos no factible) -Tiempo entre descompensaciones que requieren ingreso estan midiendo el mismo concepto que el uso de urgencias, reingresos y días de hospitalización acumulados -La mortalidad hospitalaria de usuarios es factible pero no da información clave de abordaje a la cronicidad -El gasto farmacéutico no es relevante para medir la atención a la cronicidad (los estándares no estan definidos)</p>
<p>Extremadura Comité institucional EAC</p>	<p>Priorización/ retos de medición +Acceso y uso de sistemas de información compartida por parte de los profesionales +Usuarios institucionalizados (socio sanitario y social); indicador considerado importante pero no suficientemente factible en el proceso de consenso previo</p>
<p>Galicia Comité institucional EAC</p>	<p>Priorización/ retos de medición +Hospitalizaciones potencialmente evitables +Prevalencia/ incidencia de usuarios atendidos en diferentes niveles de estratificación +Prevalencia/incidencia de usuarios con factores de riesgo</p> <p>Comentarios retos de medición y comparabilidad entre CCAA No mide el abordaje a la cronicidad y es difícil la medición y comparabilidad entre CCAA +Gasto público en medicamentos por usuarios +Acceso y uso de sistemas de información compartida por parte de los</p>

	profesionales
Navarra Comité institucional EAC	Priorización/ retos de medición +Medir transiciones es clave: Pacientes contactados a las 48 horas post-alta hospitalaria [indicador que no llega al umbral en el proceso de consenso previo] +Prevalencia/ incidencia de usuarios atendidos en diferentes niveles de estratificación +Gasto público en medicamentos de usuarios
Madrid Comité institucional EAC	Priorización/ retos de medición +Tiempo entre descompensaciones que requieren ingreso + Prevalencia/ incidencia de usuarios atendidos en diferentes niveles de estratificación +Hospitalizaciones potencialmente evitables Comentarios retos de medición y comparabilidad entre CCAA +Acceso y uso de sistemas de información compartida por parte de los profesionales sanitarios +Usuarios atendidos sin apoyo social
MSSSI SG Promoción y prevención de la salud	Priorización/ retos de medición +Prevalencia/ incidencia de pacientes crónicos +Prevalencia/ incidencia de pacientes en diferentes niveles de estratificación del riesgo +Mortalidad evitable de pacientes crónicos +Prevalencia/ incidencia de pacientes crónicos con factores de riesgo
Pais Vasco Comité institucional EAC	Priorización/ retos de medición +Hospitalizaciones potencialmente evitables +Tiempo entre descompensaciones de un paciente que requieren ingreso +Prevalencia/ incidencia de pacientes en diferentes niveles de estratificación del riesgo +Prevalencia/ incidencia pacientes crónicos con factores de riesgo +Pacientes crónicos incluidos en vías clínicas +Cobertura de iniciativas integradas de atención social y sanitaria por pacientes crónicos +Pacientes con problemas crónicos de salud sin soporte social +Uso de servicios de teleasistencia sociosanitaria de pacientes crónicos

CONCLUSIONES

- ❖ Los resultados de este proyecto han permitido obtener un grupo de indicadores común para evaluar la atención a la cronicidad teniendo en cuenta una perspectiva amplia de dimensiones y atributos de los servicios sanitarios y su calidad asistencial, así como una visión multidisciplinar y extensa de profesionales vinculados tanto a la EAC, estrategias y programas de cronicidad en cada CCAA, investigación en servicios sanitarios y cronicidad que confiere robustez y validez de contenido a dicha propuesta.
- ❖ Se ha propuesto un número manejable de indicadores factibles de calcular en la mayoría de CCAA a partir de los datos disponibles en sistemas de información establecidos.
- ❖ Los indicadores más valorados fueron los indicadores de resultado para describir el estado de salud y necesidades de usuarios atendidos con problemas crónicos, así como aquellos que permitan su caracterización y seguimiento, la utilización de servicios así como la valoración de la efectividad y adecuación de una atención más coordinada e integrada de servicios en cada CCAA en el ámbito de cronicidad.
- ❖ Aunque el perfil de los expertos participantes en cada fase del consenso varía en relación a su perfil académico y profesional así como expertise y prioridades manifestadas, los indicadores finalmente propuestos parecen ser factibles y robustos. De hecho, la relevancia, factibilidad y validez de contenido los indicadores propuestos, además de por la amplia participación de expertos/as y puntos de vista, se reafirma porque son utilizados en diversas iniciativas del ámbito estatal y medidos en diversas CCAA
- ❖ Los indicadores finalmente propuestos enfatizan la medición de los resultados e impacto de la atención en cronicidad y en menor medida (o casi nula) aspectos del proceso /estructura (clásicos en la evaluación de la calidad asistencial). Asimismo, son de utilidad principalmente para la planificación sanitaria (meso y macro) en cronicidad; de menos utilidad para detectar aspectos de mejora asistencial de programas/ servicios específicos a nivel micro (gestión clínica; ej. modelos organizativos).
- ❖ Se han identificado retos actuales en la evaluación de la atención a la cronicidad, entre ellas la propia definición y acuerdo de un grupo común de indicadores teniendo en cuenta que cada CCAA tiene objetivos estratégicos en cronicidad diferentes, la definición y caracterización de la población atendida y la medición sistemática de sus necesidades (en salud y sociales), la vinculación de sistemas de información rutinaria para el cálculo de indicadores que implican un seguimiento de usuarios desde diferentes servicios y ámbitos de atención entre otros retos.
- ❖ Este proyecto ha permitido conocer la opinión de expertos en gestión y planificación sanitaria y ámbito de la cronicidad y evaluación de servicios, así como recoger las iniciativas existentes en estratificación de la población según perfiles de morbilidad y complejidad, en la definición de terminología común en este ámbito, en evaluación y variabilidad de la práctica clínica así como indicadores disponibles.
- ❖ En el marco de la EAC, se podrá considerar la estrategia de implementación de estos indicadores para evaluar los resultados de diferentes dimensiones de la calidad asistencial y la comparación del rendimiento de estrategias de cronicidad en diferentes CCAA.

ABREVIACIONES

ACHS	Australian Council on Healthcare Standards
AHRQ	Agency for Healthcare Research and Quality
AIAQS	Agència d'Informació, Avaluació i Qualitat en Salut
ASA	American Society of Anesthesiology
BQ	Bloque quirúrgico
CIE-9	Clasificación Internacional Enfermedades-versión modificada 9
CMA	Cirugía Mayor Ambulatoria
CMBD-AH	Conjunto Mínimo Básico de Datos al Alta Hospitalaria
DE	Desviación Estándar
DRG	Diagnostic Related Group
GIA	Grupo Interno Asesor
MIR	Médico Interno Residente
OCDE	Organization for Economic Cooperation and Development
OMS	Organización Mundial de la Salud
OR site	Operating Room
PATH	Performance Assessment Tool Quality Improvement Hospitals
QHNZ	Quality Health New Zealand
SNS	Sistema Nacional de Salud
tASA	Total units American Society of Anesthesiology
TQE	Tiempo Quirúrgico Estándar
XHUP	Xarxa d'Hospitals d'Utilització Pública

REFERENCIAS

Evidencia indicadores propuestos

La evidencia de los indicadores que se proponen para la evaluación de la atención a la cronicidad en el Sistema Nacional de Salud se extrae en su mayor parte de una revisión exhaustiva de la literatura previa:

Grupo de Trabajo de Evaluación de la Cronicidad. **Desarrollo de un marco conceptual e indicadores para evaluar la atención a la cronicidad en Cataluña. Primer informe.** Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya. Departament de salut 2013. [documento en catalán] Disponible en: <http://bit.ly/19FcJet>

-**Abadía-Taira MB, Martínez-Lizaga N, García-Arnesto S, et al.** Variabilidad en las hospitalizaciones potencialmente evitables relacionadas con la reagudización de enfermedades crónicas. Atlas nº8, 2011.

-**Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias (AETS).** Instituto de Salud Carlos III. Revisión de intervenciones en Atención Primaria para mejorar el control de las enfermedades crónicas. Informe de Evaluación de Tecnologías Sanitarias Nº 39. Madrid, 2003.

- **Ali W, Rasmussen P.** What Is The Evidence For The Effectiveness Of Managing The Hospital/Community Interface For Older People? A Critical Appraisal Of The Literature. 2004

-**Bjerrum L,** Eur J Clin Pharmacol 1997.

-**Bower et al.** Counselling for mental health and psychosocial problems in primary care. Cochrane Depression, Anxiety and Neurosis Group; 2011.

-**Causapié Lopesino P, Balboutin López-Cerón A, Porrás Muñoz M, Mateo Echanagorría A.** Envejecimiento activo. Libro blanco. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Secretaría General de Política Social y Consumo. Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO). Madrid, 2011.

- **Church J, Goodall S, Norman R, Haas M.** An Economic Evaluation Of Community And Residential Aged Care Falls Prevention Strategies In Nsw. N S W Public Health Bull 2011;22(41002):60-68.

-**Dirección general de salud pública, calidad e innovación.** Estrategia de promoción de la salud y prevención en el Sistema Nacional de Salud. En el marco del abordaje de la cronicidad en el SNS. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2013.

- **Dirección general de salud pública, calidad e innovación.** Consejo integral en estilo de vida en atención primaria, vinculado con recursos comunitarios en población adulta. Estrategia de promoción de la salud y prevención en el Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2015.

- **Ditewig JB, Blok H, Havers J, Van VH.** Effectiveness Of Self-Management Interventions On Mortality, Hospital Readmissions, Chronic Heart Failure Hospitalization Rate And Quality Of Life In Patients With Chronic Heart Failure: A Systematic Review. 2010;78(3):297-315.
- Gérvás J, Caminal Homar J.** Las hospitalizaciones por Ambulatory Care Sensitive Conditions (ACSC) desde el punto de vista médico de atención primaria. Rev Esp Salud Pública 2007;81:7-13.
- Gohler A, Januzzi JI, Worrell SS, Osterziel KJ, Gazelle GS, Dietz R, Siebert U.** A Systematic Meta-Analysis Of The Efficacy And Heterogeneity Of Disease Management Programs In Congestive Heart Failure. J Card Fail 2006;12(7):554-567.
- Grupo de Trabajo SEMES-** Insalud de Calidad en Urgencias y Emergencias Calidad en los servicios de urgencias. Indicadores de calidad Emergencias 2001;13:60-65 Disponible en : www.semes.org/revista/vol13_1/60-65.pdf
- Hughes JS, Averill RF, Eisenhandler J, et al.** Clinical risk groups (CRGs). A classification for risk-adjusted capitation-based payment and health care management. Med Care 2004;42 (1):81-90.
- López-Aguilà S, Contel JC, Farré J, Campuzano JL, Rajmil L.** Predictive model for emergency hospital admission and 6-month readmission. Am J Manag Care. 2011 Sep 1;17(9):e348-57.
- Marimon-Suñol S, Rovira-Barberà M, Acedo-Anta M, Nozal-Baldajos MA, Guanyabens-Calvey K.** Historia Clínica Compartida de Cataluña. Med Clin (Barc) 2010;134(Supl 1):45-8.
- **Markle-Reid M, Browne G, Weir R, Gafni A, Roberts J, Henderson SR.** The Effectiveness And Efficiency Of Home-Based Nursing Health Promotion For Older People: A Review Of The Literature. 2006;63(5):531-569.
- **Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.** Estrategia para el abordaje de cronicidad en el Sistema Nacional de Salud. MSSSI; Sanidad: Madrid, 2012.
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.** Indicadores y ejes de Análisis del CMBD. Estadísticas/ Estudios-Sistemas de Información. Disponible en [febrero 2015]: <http://icmbd.es/fichaResumen.do?method=get>
- **Módulo de Seguimiento de Indicadores de calidad (MSIQ),** Servicio Catalán de la Salud. Indicadores AHRQ de calidad de la prevención; Catsalut 2014.
- Moen J, Antonov K, Larsson CA, Lindblad U, Nilsson JL, Råstam L, Ring L.** Factors associated with multiple medication use in different age groups. Ann Pharmacother. 2009;43:1978-85.
- Monteverde D, Vela E, Clèries M.** Desarrollo y validación de los Grupos de Morbilidad Ajustados (GMA). Nuevo agrupador de (multi) morbilidad. Catsalut. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2014 [presentación]

-Observatorio de salud de Asturias. Documento técnico del Observatorio de Salud de Asturias. Documento de indicadores ampliado, 2012.

-Observatorio del Sistema de Salud de Cataluña. Central de Resultados. Ámbito Hospitalario, datos 2013.

-Observatorio del Sistema de Salud de Cataluña. Central de Resultados. Ámbito de Atención primaria de salud. datos 2013.

-Organización Mundial de la Salud. Informe de la reunión oficial de estados miembros para ultimar los trabajos relativos al marco mundial de vigilancia integral, incluidos indicadores y un conjunto de metas mundiales de aplicación voluntaria para prevenir y controlar las enfermedades no transmisibles. OMS, A/NCD/2, 2012.

-Peytremann-Bridevaux I, Staeger P, Bridevaux PO, Ghali WA, Burnand B. Effectiveness Of Chronic Obstructive Pulmonary Disease-Management Programs: Systematic Review And Meta-Analysis. Am J Med 2008;121(5):433-443

-Plan de Sistemas de Información. Base de datos de usuarios-BDU Aragón. Departamento de Salud y Consumo. Gobierno de Aragón.

- Referencia clave de **Fundesalud**, gobierno de Extremadura, 2013

-Robles N, Tebé C, Rajmil L, Colls C, Serra-Sutton V, Espallargues M. Fichas de los indicadores para la evaluación de programas de cronicidad en Cataluña. Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya; 2013 [documento interno]

-Steuten LM, Lemmens KM, Nieboer AP, Vrijhoef HJ. Identifying Potentially Cost Effective Chronic Care Programs For People With Copd. Int J Chron Obstruct Pulmon Dis 2009;4():87-100.

-Swan J, et al. "Coping with depression": an open study of the efficacy of a group psychoeducational intervention in chronic, treatment-refractory depression. J Affect Disord. 2004 Oct 1;82(1):125-9.

- Tuomi-Nikula A, Gissler M, Sihvonen AP, Kilpeläinen K, and the ECHIM Core Group. Implementation of European Health Indicators-First years. European Community Health Indicators Monitoring (ECHIM). National Institute for Health and Welfare (THL), Report 49/2012.

-Yu DS, Thompson DR, Lee DT. Disease Management Programmes For Older People With Heart Failure: Crucial Characteristics Which Improve Post-Discharge Outcomes. Eur Heart J 2006;27(5):596-612

Referencias adicionales:

-Hajjar ER, Cafiero AC, Hanlon JT. Polypharmacy in elderly patients. Am J Geriatr Pharmacother. 2007 Dec;5(4):345-51. doi: 10.1016/j.amjopharm.2007.12.002.

-Ham C. The ten characteristics of the high-performing chronic care system. Health Economics, Policy and Law. 2010;5:71-90.

-López-Aguilà S, Contel JC, Farré J, Campuzano JL, Rajmil L. Predictive model for emergency hospital admission and 6-month readmission. Am J Manag Care. 2011 Sep 1;17(9):e348-57.

-Ministerio de sanidad, servicios sociales e igualdad. Estrategia para el abordaje de la cronicidad en el Sistema Nacional de Salud. MSSSI; Sanidad, 2012.

-Porter ME. What is value in health care? N Eng J Med 2010; 363:2477-81.

Referencias fichas de indicadores propuestos

La descripción/ justificación y propuesta inicial de las fórmulas para calcular los indicadores se adapta de un estudio previo de la AQUAS, así como de los comentarios de los expertos en el presente proyecto para la identificación de aspectos relevantes para la evaluación de la atención a la cronicidad en el SNS.

-Grupo de Trabajo de Evaluación de la Cronicidad. **Consenso y selección de indicadores para evaluar la atención a la cronicidad en Cataluña. Segundo informe.** Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya. Departament de salut 2013. [documento en catalán] Disponible en: <http://bit.ly/19812L0>

-Grupo de Trabajo de Evaluación de la Cronicidad. **Indicadores propuestos en el “Consenso y selección de indicadores para evaluar la atención a la cronicidad en Cataluña”-Fase de implementación.** Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya 2013 [Documento de trabajo no publicado]

Bibliografía general

Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales y Equidad. **Estrategia para el abordaje de la cronicidad en el Sistema Nacional de Salud (SNS).** Sanidad 2012 [consultado 14/08/2013] Disponible en: http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/ESTRATEGIA_ABORDAJE_CRONICIDAD.pdf

Grupo de Trabajo de Evaluación de la Cronicidad. **Desarrollo de un marco conceptual e indicadores para evaluar la atención a la cronicidad. Primer informe.** Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya. Departament de salut 2013. [documento en catalán] Disponible en: <http://bit.ly/19FcJet>

Grupo de Trabajo de Evaluación de la Cronicidad. **Consenso y selección de indicadores para evaluar la atención a la cronicidad. Segundo informe.** Agència

de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya. Departament de salut 2013.
[documento en catalán] Disponible en: <http://bit.ly/19812L0>

Espallargues M, Serra-Sutton V, Torrente E, Solans M, Moharra M, López S, Escarrabill J. **Avaluació de l'atenció a la cronicitat a Catalunya: marc conceptual i indicadors**. Monogràfic Cronicitat Central de Resultats 2013. Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya. Departament de salut 2013. [consultado 14/08/2013] Disponible en: http://www20.gencat.cat/docs/canalsalut/Minisite/ObservatoriSalut/ossccentralresultats/Informes/Fitxers_estatics/MONOGRAFIC_cronics.pdf

Propuesta de indicadores para la evaluación de la estrategia para el abordaje de la cronicidad en el SNS; 2013 [documentación no publicada]

Organización mundial de la salud. **Informe de la reunión oficial de estados miembros para ultimar los trabajos relativos al marco mundial de vigilancia integral, incluidos indicadores y un conjunto de metas mundiales de aplicación voluntaria para prevenir y controlar las enfermedades no transmisibles; A/NCD/2; 2012**. [consultado 14/08/2013] Disponible en: http://apps.who.int/gb/NCDs/pdf/A_NCD_2-sp.pdf

Donabedian A. **The quality of medical care: how can it be assessed**. JAMA 1988;260:1743-8.

Muir Gray JA. **Evaluación de los resultados obtenidos**. En: Atención sanitaria basada en la evidencia. Como tomar decisiones en gestión y política sanitaria. Madrid: Churchill Livingstone, 1997.

Porter ME. **What is value in health care?** N Eng J Med 2010; 363:2477-81.

Brook RH, Chassin MR, Fink A, Solomon DH, Koseoff J, Park RE. **A method for the detailed assessment of the appropriateness of medical technologies**. RAND: Santa Monica; 1991.

Campbell SM, Shield T, Rogers A, Gask L. **How do stakeholder groups vary in a Delphi technique about primary mental health care and what factors influence their ratings?** Qual Saf Health Care 2004;13:428-434. doi: 10.1136/qshc.2003.007815

López-Aguilà S, Almazán C, Surís X, Larrosa M, Galimany J, Solà-Morales O. **Dolor d'espatlla: utilització apropiada de les proves de diagnòstic per la imatge**. Barcelona: Agència d'Informació, Avaluació i Qualitat en Salut. Servei Català de la Salut. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya; 2011.

ANEXOS

DOCUMENTO EN REVISIÓN

ANEXO 1. Objetivos estrategia nacional de abordaje a la cronicidad

ESTRATEGIA	OBJETIVOS
Promoción de la salud	1 -Favorecer el enfoque intersectorial en la promoción de la salud a través del principio “salud en todas las políticas”
	2 -Facilitar la participación social en la priorización, desarrollo, seguimiento y evaluación de las políticas sanitarias relativas al abordaje de la cronicidad
	3 -Impulsar y reforzar la capacitación de las personas y de la comunidad para promover la autonomía, el autocuidado y los estilos de vida saludables
Prevención de las condiciones de salud y limitaciones en la actividad de carácter crónico	4 -Disminuir la prevalencia de los factores de riesgo que determinan la aparición o evolución de las condiciones de salud y limitaciones en la actividad de carácter crónico: tabaquismo, consumo nocivo de alcohol, inactividad física, alimentación saludable y otros
	5 -Disminuir las lesiones y accidentes causantes de condiciones de salud y limitaciones en la actividad de carácter crónico
	6 -Detectar, diagnosticar y tratar precozmente las condiciones de salud y limitaciones en la actividad de carácter crónico
	7 -Prevenir, en los pacientes con condiciones de salud crónicas, la pérdida funcional, las complicaciones asociadas a su enfermedad y la aparición de nuevas enfermedades
Continuidad asistencial	8 Garantizar la atención a las personas en el sistema y ámbito más adecuado y por los profesionales que mejor puedan dar respuesta a sus necesidades, fomentando el trabajo en equipos interdisciplinarios y definiendo, de forma flexible y polivalente, las competencias y responsabilidades de todos los profesionales implicados en el abordaje de la cronicidad
	9 Garantizar la continuidad de los cuidados en la atención sanitaria, evitando la duplicidad de intervenciones y facilitando la transición entre niveles asistenciales
	10 Garantizar la atención continuada de las personas cuyas condiciones de salud y limitaciones en la actividad de carácter crónico requieran atención sanitaria y social, impulsando la integración asistencial a nivel estructural y organizativo
Reordenación de la atención sanitaria	11 Identificar en cada paciente su nivel de necesidad y facilitar la provisión de intervenciones específicas adecuadas a cada necesidad
	12 Garantizar intervenciones sanitarias efectivas, seguras, eficientes, sostenibles y proporcionadas, basadas en la mejor evidencia científica disponible
	13 Optimizar la terapia farmacológica en los pacientes con tratamientos crónicos, con especial atención a los pacientes polimedicados

ESTRATEGIA OBJETIVOS (Continuación)

Equidad en salud e igualdad de trato	14	-Disminuir las desigualdades en salud desde un enfoque de determinantes sociales de los problemas de salud crónicos, con especial énfasis en las desigualdades de género
	15	-Mejorar el acceso (disponibilidad, accesibilidad y aceptabilidad) a los sistemas sanitarios y sociales y optimizar los procesos de atención a fin de que se consigan resultados equitativos en los diferentes grupos sociales
	16	-Eliminar cualquier tipo de discriminación o trato desigual a personas por el hecho de presentar cualquier enfermedad o problema de salud, trastorno en el desarrollo, discapacidad o dependencia
Investigación e innovación	17	-Promover la investigación integral en salud que permita profundizar en el conocimiento de los mecanismos que influyen en la genesis de las condiciones de salud y limitaciones en la actividad de carácter crónico, con el objetivo de establecer las estrategias de intervención más efectivas para su abordaje
	18	-Promover la innovación tecnológica, su evaluación y su utilización práctica, racional y basada en la evidencia, para soporte de los procesos de abordaje de la cronicidad desde las necesidades de los ciudadanos, los profesionales y las organizaciones sanitarias
	19	-Promover la innovación en servicios y modelos organizativos que facilite los cambios en el modelo de prestación de servicios de salud y sociales relacionados con la cronicidad
	20	-Promover la innovación en el proceso de evaluación, planificación y provisión de servicios con el fin de garantizar la equidad, eficiencia y sostenibilidad de la atención a los pacientes con condiciones de salud crónicas

ANEXO 2. Participantes en la 1ª reunión de consenso (metaplan) para la propuesta y consenso

Reunión presencial de consenso, 20 de septiembre 2013, MSSSI

Mireia Espallargues Carreras AQuAS	Grupo de trabajo AQuAS
Vicky Serra Sutton AQuAS	
Joan Escarrabill Sanglas REDISSEC	
Sonia García de San José	MSSSI. SG Calidad y Cohesión
Melquiades Ruiz Olano	
Marian López Orive	
María Jiménez Muñoz	MSSSI. SG Promoción de la salud y epidemiología
María Santaolaya Cesteros	
Comité institucional EAC*	
Manuel Ollero Baturone	Andalucía
Luis Gómez Ponce	Aragón
Mario Margolles Martins	Asturias (Principado)
Inmaculada Doncel Juárez	Baleares (Islas)
Patricia Carrillo Ojeda	Canarias
Manuel Francisco Fernández Miera	Cantabria
Alberto Rodríguez Balo	Castilla la Mancha
Agustina Borrás López	
Carmen Fernández	Castilla y León
Albert Ledesma Castelltort	Cataluña
José Ignacio Cardenal Murillo	Extremadura
Félix Rubial Bernádez	Galicia
Elena Bartolomé Benito	Madrid
David Rodríguez Morales	
Asencio López Santiago	Murcia (Región de)
Mª José Lasanta Sáez	Navarra (Comunidad Foral)
Andoni Arcelay Salazar	Pais Vasco
Rosa Garrido Uriarte	La Rioja
Raquel Lahoz	
Eduardo Zafra Galan	Comunidad Valenciana
Domingo Orozco Beltrán	Comité técnico EAC
Pilar Román Sánchez	
Enrique Bernal Delgado	Red REDISSEC
Joan Carles Contel Segura	PPAC Cataluña

*Expertos del comité institucional EAC (Estrategia Atención a la Cronicidad) o en nombre de un representante de dicho comité. AQuAS: Agencia de Calidad y Evaluación Sanitarias de Cataluña; REDISSEC: Red de Investigación en Servicios Sanitarios en Enfermedades Crónicas; PPAC: Programa de prevención y atención a la cronicidad. Maria Santos Ichaso Hernández-Rubio y Pedro Arias Bohígas de la SG de Información Sanitaria e Innovación del MSSSI participaron en calidad de observadores.

ANEXO 3. Participantes en el consenso extenso via electrónica a partir del Health Consensus

Los siguientes expert@s del comité institucional y técnico de la Estrategia de abordaje de la cronicidad en el Sistema Nacional de Salud, de las Estrategias nacionales de enfermedades raras, cáncer, cardiopatía, diabetes, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, enfermedades neurodegenerativas, paliativas, salud mental, ictus así como de enfermedades reumáticas y musculoesqueléticas y sociedades científicas vinculadas, de la Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya, de la Subdirección General de Calidad y Cohesión, de la Subdirección General de Información Sanitaria e Innovación y de la Subdirección General de Promoción de la Salud y Epidemiología del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad participaron en la 1ª y 2ª ola de consenso:

Alvar Agustí, Carmen Aleix, Alberto Alonso, José Álvarez, Manuel Anguita, Andoni Arcelay, Pedro Armario, Nieves Ascunce, Oscar Ayo, Ana Balaña, Mª Jesús Ballestín, Elena Bartolomé, Pablo Baz, Amparo Belloch, Carme Beni, Enrique Bernal, Miguel Bernardo, Agustina Borrás, Rosa Burgos, Laura Cano, Antonio Cano, Pilar Carbajo, José-Ignacio Cardenal, Pedro Carrascal, Laura Carrasco, Gisela Carrés, Patricia Carrillo, Jesús Casal, Emilio Casariego, Eusebi Castaño, Manuel Castaño, Josefina Castro, Susana Cerqueiro, Consuelo Company, Joan Carles Contel, Rosa María Corcoy, José Cordero, Carmen Corral, Olga Cortés, Dolores Cuevas, Pilar de Lucas, Pilar Díaz, Rosa Díez, Manuel Domínguez, Inmaculada Doncel, Miguel Duarte, Natalia Enriquez, Joan Escarrabill, Mireia Espallargues, Manuel Esteban, Patxi Ezkurra, Elena Fariñas, Carmen Fernández, Antonio Fernández Nebro, Antonio Fernández-Pro, Carmen Ferrer, Fernando Fortea, Joana Gabriele, María Galvez, Aitor Garay, Eva García, Rocio García, Sonia García, Valeriano García, Mª Victoria García, Miguel García, Carlos García, Txaro García de Vicuña, Maite Garolera, Rosa Garrido, Pilar Garrido, Araceli Garrido, Sergio Giménez, Antonia Gimón, Milena Gobbo, Luis Gómez, Inmaculada Gómez, Juan José Gómez, Ana González, César González-Blanch, Javier Gorricho, Rosario Gualda, Mª Jesús Gilló, Rodrigo Gutiérrez, Magdalena Heras, Carmen Hernández, María Jiménez, Vicente Juan, Raquel Lahoz, Mª José Lasanta, Albert Ledesma, Angel Lizcano, Marian López, Asensio López, Alberto López, Rosa López, Fidel López, Jesús M. López, Rosario Luis-Yagüe, Jose Luis Marín, Mercedes Marín, María Isabel Mármol, Nieves Martell, Jose Manuel Martín, Juan Carlos Martín, José Ramón Martínez, Maria Elena Martínez, Mercè Marzo, Jorge Matias-Guiu, Dídac Mauricio, Estrella Mayoral, José Javier Mediavilla, Begoña Merino, Marc Miravittles, Jesús Molina, Ana Molinero, Encarnación Mollejo, M. Jesús Morala, Guadalupe Morales, Juan José Morell, Sara Muría, Manuel Murie, Mª Dolores Murillo, Pedro Navarrete, Cristina Navarro, Roberto Nuño, Manuel Ollero, Leopoldo Palacios, Inés Palanca, Mario Paramo, Elia Parejo, Salvador Peiró, Mª José Peña, Montserrat Pérez, Roberto Petidier, Jorge Pla, Jordi Pujiula, Miguel Puyuelo, José Antonio Quintano, Eduardo Quiroga, Dulce Ramírez, José Luis Ramos, Lourdes Rexach, Jesús M. Rodrigo, Alberto Rodríguez, David Rodríguez, Fernando Rodríguez, Carolina Rodríguez, Pilar Román, Alberto Ruano, Félix Rubial, José Melquiades Ruiz, Mª Teresa Ruiz, Carmen Sánchez, Mª Eugenia Sánchez, Aurora Sánchez, Juana Sánchez, Jerónimo Sancho, Rafael Selgas, Vicky Serra, Lucía Serrano, Carlos Sola, Juan José Solano, Pilar Soler, Juan José Soler, Joan B. Soriano, José Vicente Sorlí, Alejandro Tejedor, Pilar Torrubia, Juan Antonio Trigueros, Rita Tristacho, Bernardo Valdivieso, Francisco Vargas, Eduardo Zafra, Jesús Zumeta

ANEXO 4. Participantes en la 2ª reunión de consenso presencial para la propuesta final de indicadores

Reunión presencial de consenso, 17 de junio 2014, MSSSI

Mireia Espallargues Carreras AQuAS/ REDISSEC	AQuAS. Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya
Vicky Serra Sutton AQuAS/ CIBERESP	
Joan Escarrabill Sanglas	Hospital Clínic de Barcelona / REDISSEC
Marian López Orive	MSSSI. SG Calidad y Cohesión
Paloma Casado Duráñez	
María Jiménez Muñoz	MSSSI. SG Promoción de la salud y epidemiología
Begoña Merino Merino	
Vicenta Lizarbe	
Jose María Alonso Seco	IMSERSO
Francisco de Asis Jove Domínguez-Gil	INGESA
Comité institucional EAC*	
Manuel Ollero Baturone	Andalucía
Natalia Enríquez Martín	Aragón
Félix Pradas Arnal	
Óscar Suárez Álvarez	Asturias (Principado)
Rafael Cofiño Fernández	
Inmaculada Doncel Juárez	Baleares (Islas)
Hilda Sánchez Janáriz	Canarias
Carlos Fernández Viadero	Cantabria
Alberto Rodríguez Balo	Castilla la Mancha (SESCAM)
Agustina Borrás López	
Ana Álvarez Requejo	Castilla y León
Carles Blay Pueyo	Cataluña
José Ignacio Cardenal Murillo	Extremadura
Félix Rubial Bernáñez	Galicia
Elena Bartolomé Benito	Madrid
Javier Gorricho Mendivil	Navarra (Comunidad Foral)
Andoni Arcelay Salazar	Pais Vasco
Eduardo Zafra Galan	Comunidad Valenciana
Salvador Peiró Moreno	REDISSEC. Cominidad Valenciana

*Expertos del comité institucional EAC (Estrategia Atención a la Cronicidad) o en nombre de un representante de dicho comité. AQuAS: Agencia de Calidad y Evaluación Sanitarias de Cataluña; REDISSEC: Red de Investigación en Servicios Sanitarios en Enfermedades Crónicas; CIBERESP: Ciber Epidemiología y Salud Pública. Maria Santos Ichaso Hernández-Rubio y Pedro Arias Bohigas de la SG de Información Sanitaria e Innovación del MSSSI participaron en calidad de observadores.

ANEXO 5. Resultados del consenso presencial (metaplan)

Tabla. Ideas de concepto de indicador propuestos en la reunión de consenso según volumen de conceptos, votos y lo que miden (N=31 expertos)

Concepto de indicador (volumen de propuestas)	Propuestas de conceptos de indicador	Nº de votos según perfil	Tipo	Dimensión	Propuesto estudio previo AQuAS
1. Reingresos hospitalarios (9)	-Reingresos hospitalarios (2) -Tasa de reingresos de pacientes hospitalizados (1) -Reingresos de pacientes hospitalizados (2) -Reingresos (por patología y por descompensaciones) (1) -Porcentaje de ingresos y reingresos (comparativa a principios de la implementación de la Estrategia) en cada área de salud, anualmente (1) -Reingresos a los 30 días (1) -Reingresos (por procesos crónicos) (1)	● 12 ● 5 ▽ 17 Total: 34	Resultado intermedio	Efectividad clínica/ adecuación	Si
2. Hospitalizaciones potencialmente evitables (8)	-Hospitalizaciones potencialmente evitables (5) -Hospitalizaciones potencialmente evitables para el conjunto de enfermos crónicos (1) -Hospitalizaciones evitables (1) -Tasa de ingresos por condiciones crónicas sensibles a los cuidados ambulatorios-PQI 92 (1)	● 9 ● 10 ▽ 17 Total: 36	Resultado intermedio	Adecuación/efectividad clínica	Si
3. Pacientes contactados 48 horas post-alta hospitalaria (7)	-Pacientes contactados 48h. post-alta hospitalaria (6) -Circunstancia al alta pacientes en hospitales de agudos (1)**	● 7 ● 3 ▽ 8 Total: 18	Resultado intermedio	Continuidad asistencial	Si
4. Pacientes polimedicados (7)	-Pacientes polimedicados (1)/ -Polimedicados (2) -Porcentaje de polimedicados incluidos en un programa de seguimiento específico (1) -Número de pacientes incluidos/ estimación número de polimedicados existentes en el mismo periodo (1) -Nº promedio de medicamentos por paciente al inicio y al año del programa (1) -Pacientes polimedicados con 10, 15 o más fármacos (1)	● 15 ● 3 ▽ 2 Total: 20	Resultado intermedio	Continuidad asistencial/ atención integral	Si

Perfil de expertos para la votación con pegatinas: círculo negro (gestión), círculo naranja (clínico/asistencial), triángulo azul (evaluación/ planificación). **Este concepto de indicador se propone de forma desagregada en la propuesta de indicadores para el consenso extenso (ver indicador 15, tabla)

Concepto de indicador (volumen de propuestas)	Propuestas de conceptos de indicador	Nº de votos según perfil	Tipo	Dimensión	Propuesto estudio previo AQuAS
5. Días de hospitalización acumulados al año (5)	-Días acumulados hospitalización por la misma causa (2) -Días de ingreso (1) -Frecuentación en hospitalización de agudos (indicador compuesto) (1) -Días de hospitalización acumulados al año por el mismo motivo (en relación a intervenciones priorizadas) (1)	● 5 ● 3 ▽ 0 Total: 8	Resultado intermedio	Adecuación/ efectividad clínica	Si
6. Tiempo entre descompensaciones que requieren ingreso (5)	-Tiempo entre descompensaciones (1) -Tiempo entre descompensaciones que requieren ingreso (4)	● 9 ● 4 ▽ 2 Total: 15	Resultado intermedio	Empoderamiento/ efectividad clínica	Si
7. Pacientes atendidos en diferentes niveles de estratificación del riesgo (5)	-Población atendida (criterios que definen la atención como crónico) en diferentes niveles de estratificación (1) -Porcentaje de población estratificada por código de colores e implantado en la historia clínica (en AP e H) (1) -Población atendida en distintos niveles de estratificación (3)	● 2 ● 1 ▽ 9 Total: 12	Resultado final	Continuidad asistencial/efectividad	Si
8. Pacientes expertos formados (5)	-Número de pacientes expertos formados/ total pacientes en diferentes estadios de estratificación (1) -Porcentaje de pacientes con registro de autocuidado (1) -Porcentaje de actividades formativas online y presencial en profesionales sanitarios, cuidadores y pacientes (1) -Porcentaje de colaboración con participación comunitaria (1) -Pacientes crónicos incluidos en programa de escuela de pacientes (1)	● 5 ● 3 ▽ 1 Total: 9	Proceso	Empoderamiento	No

Perfil de expertos para votación con pegatinas: círculo negro (gestión), círculo naranja (clínico/asistencial), triángulo azul (evaluación/ planificación).

Concepto de indicador (volumen de propuestas)	Propuestas de conceptos de indicador	Nº de votos según perfil	Tipo	Dimensión	Propuesto estudio previo AQuAS
9. Calidad de vida relacionada con la salud (4)	-Calidad de vida (4 preguntas) (1) -Calidad de vida relacionada con la salud medida en pacientes crónicos mediante el Euroqol -5D (1) -Calidad de vida relacionada con la salud para pacientes crónicos multimorbilidad o complejos (1) -Calidad de vida (Ej, Euroqol-5 preguntas) (1)	● 10 ○ 5 ▽ 9 Total: 24	Resultado final	Atención centrada paciente	No (consenso elevado en el criterio de importancia pero no el de factibilidad)
10. Pacientes con fármacos de eficacia probada (5)	-Pacientes con fármacos de eficacia probada (2) -Pacientes crónicos incluidos en programas de desmedicalización (1) -Pacientes crónicos con indicación y adherencia al tratamiento adecuados (según objetivo para cada paciente) (1) -Farmacoterapia en personas mayores de 40 años con riesgo CV mayor al 30% (1)	● 12 ○ 5 ▽ 7 Total: 24	Resultado intermedio	Adecuación/ efectividad clínica	Si
11. Acceso/ uso de historia clínica compartida por los profesionales sanitarios (4)	-Acceso a historia clínica compartida-HCC (1) -Acceso a HCC por los profesionales (2) -Pacientes cuya historia clínica ha sido consultada por profesionales de ambos niveles para el mismo proceso asistencial (1)	● 7 ○ 5 ▽ 7 Total: 19	Estructura	Continuidad asistencial/ empoderamiento	Si
12. Frecuentación de atención primaria por pacientes crónicos (4)	-Cobertura de programas de atención a pacientes pluripatológicos o crónicos complejos en AP (1) -Frecuentación de consultas de AP, urgencias y especialidades médicas de seguimiento a paciente crónico pluripatológico (1) -Porcentaje de primeras consultas de AP a atención hospitalaria cada área de salud, anualmente (1) -Frecuentación consulta AP, en cada área de salud anualmente (1)	● 11 ○ 6 ▽ 4 Total: 21	Resultado intermedio	Accesibilidad/ uso de servicios	Si (en un indicador de programas específicos de programas de cronicidad, ej. atención domiciliaria)

Perfil de expertos para la votación con pegatinas: círculo negro (gestión), círculo naranja (clínico/asistencial), triángulo azul (evaluación/ planificación).

Concepto de indicador (volumen de propuestas)	Propuestas de conceptos de indicador	Nº de votos según perfil	Tipo	Dimensión	Propuesto estudio previo AQuAS
13. Prevalencia/ incidencia de pacientes con problemas crónicos de salud (3)	-Población atendida con trastornos crónicos de salud (3)	● 0 ● 4 ▽ 2 Total: 6	Resultado final	Continuidad asistencial/ efectividad clínica	Si
14. Frecuentación en urgencias de pacientes crónicos (3)	-Pacientes crónicos atendidos en urgencias (de atención primaria y de atención hospitalaria) por descompensación de sus patologías crónicas (1) -Pacientes atendidos en urgencias (2)	● 1 ● 2 ▽ 1 Total: 4	Resultado intermedio	Accesibilidad/ efectividad clínica	Si
15. Pacientes y cuidadores con valoración integral (3)	-Porcentaje de pacientes con valoración integral (pacientes crónicos pluripatológicos) en el último año (1) -Porcentaje de cuidadores de personas dependientes que tienen valoración integral (1) -Porcentaje de pacientes en atención primaria pertenecientes a estratos (II y superiores) con valoración de Barthel (1)	● 2 ● 8 ▽ 2 Total: 12	Proceso	Continuidad asistencial/ atención centrada pacientes	No (consenso elevado en el criterio de importancia pero no el de factibilidad)
16. Frecuentación de iniciativas integradas de atención social y sanitaria (4)	-Explorar algún indicador sensible a la atención integrada social y sanitaria (1) -Indicador (sintético?) para valorar la atención integrada social y sanitaria (1) -Pacientes con diagnósticos crónicos que reciben intervenciones sociocomunitarias (1) - Pacientes dependientes con apoyo de algún tipo de servicios sociales (1)	● 2 ● 2 ▽ 2 Total: 6	Resultado intermedio	Atención integral/ continuidad asistencial	No

Perfil de expertos para la votación con pegatinas: círculo negro (gestión), círculo naranja (clínico/asistencial), triángulo azul (evaluación/ planificación).

Concepto de indicador (volumen de propuestas)	Propuestas de conceptos de indicador	Nº de votos según perfil	Tipo	Dimensión	Propuesto estudio previo AQuAS
17. Satisfacción programas de atención cronicidad (1)	-Paciente/ familia con encuesta de satisfacción (1) -Valoración "experiencia de atención"-atención integrada en grupos de pacientes más complejos (1) -Valoración de la información que recibe el usuario sobre su proceso (1)	● 1 ● 0 ▽ 3 Total: 4	Resultado intermedio	Atención centrada pacientes	No
18. Gasto farmacéutico (2)	-Gasto farmacéutico (2)	● 0 ● 1 ▽ 0 Total: 1	Resultado final	Eficiencia	Si
19. Pacientes atendidos en dispositivos alternativos a la hospitalización convencional (2)	-Pacientes crónicos derivados directamente desde atención primaria a hospitalización a domicilio y hospital de día en evitación de ingreso convencional (1) -Porcentaje de pacientes crónicos con seguimiento domiciliario programado (por facultativo o enfermería) (1)	● 3 ● 1 ▽ 6 Total: 10	Resultado intermedio	Atención centrada pacientes/ uso de servicios	No (consenso elevado en el criterio de importancia pero no el de factibilidad)
20. Pacientes incluidos en rutas asistenciales (1)	-Pacientes incluidos en rutas asistenciales basadas en la evidencia (en patologías prevalentes o priorizados)	● 2 ● 0 ▽ 0 Total: 2	Proceso	Continuidad asistencial/ adecuación	No
21. Mortalidad prematura (1)	-Mortalidad prematura	● 4 ● 0 ▽ 6 Total: 10	Resultado final	Efectividad clínica	No (mortalidad hospitalaria)

Perfil de expertos para la votación con pegatinas: círculo negro (gestión), círculo naranja (clínico/asistencial), triángulo azul (evaluación/ planificación).

Concepto de indicador (volumen de propuestas)	Propuestas de conceptos de indicador	Nº de votos según perfil	Tipo	Dimensión	Propuesto estudio previo AQuAS
22. Telemedicina (1)	-Cobertura de programas de teleasistencia sociosanitaria (1)	 0  2  1 Total: 3	Resultado intermedio	Accesibilidad/ uso de servicios	No (consenso bajo)
23. Pacientes atendidos con hábitos de vida saludable/ factores de riesgo (1)	-Población atendida con hábitos de vida saludable/ factores de riesgo (1)	 0  1  0 Total: 1	Resultado final	Empoderamiento/ efectividad clínica	No (consenso bajo)
24. Continuidad tratamiento farmacológico después de hospitalización (1)	-Continuidad tratamiento farmacológico después de hospitalización (1)	 4  1  3 Total: 8	Proceso	Continuidad asistencial/ adecuación	No
25. Volumen de especialistas visitados por pacientes crónicos (1)	-Número de especialistas/ profesionales en consultas programadas/ año/ paciente (>5 especialistas/año) -Número de especialistas que están visitando a un paciente durante un tiempo determinado (1)	 3  2  1 Total: 6	Estructura	Continuidad asistencial/ atención integrada	No
26. Pacientes sin soporte social (viven solas) con problemas crónicos (1)	-Porcentaje de personas sin soporte social (viven solas) que tienen problemas crónicos (1)	 0  0  3 Total: 6	Resultado final	Atención integral	No

Perfil de expertos para la votación con pegatinas: círculo negro (gestión), círculo naranja (clínico/asistencial), triángulo azul (evaluación/ planificación).

ANEXO 6. Punto de partida-propuesta indicadores estudios previos

18 indicadores estudio previo AQuAS*

I1 Pacientes contactados 48 horas post-alta hospitalaria	Resultado I	Continuidad/ seguridad
I2 Días hospitalización acumulados al año por la misma causa	Resultado I	Adecuación/ efectividad
I3 Pacientes atendidos en urgencias según procedencia	Resultado I	Adecuación/uso servicios
I4 Reingresos de pacientes hospitalizados	Resultado I	Efectividad/ adecuación
I5 Pacientes polimedificados (10 -15 fármacos o más)	Resultado I	Atención integral/ continu
I6 Pacientes con fármacos de eficacia probada	Resultado I	Adecuación/ eficiencia
I7 Población institucionalizada (socio sanitario y social)	Resultado I	Acceso/ uso servicios
I8 Población atendida con trastornos crónicos de salud	Resultado F	Atención integral/ efectiv
I9 Tiempo entre descompensaciones que requieren ingreso	Resultado I	Empoderamiento/ efectiv
I10 Gasto farmacéutico	Resultado F	Costes/ eficiencia
I11 Circunstancia alta de pacientes en hospitales de agudos	Resultado I	Acceso/ efectividad
I12 Pacientes atendidos en urgencias	Resultado I	Acceso/ adecuación
I13 Acceso historia clínica compartida profesionales sanitarios	Estructura	Atención integral/ empod.
I14 Estancia media de atención hospitalaria	Resultado I	Eficiencia/ uso servicios
I15 Mortalidad hospitalaria	Resultado F	Seguridad
I16 Población atendida en programas atención cronicidad	Resultado I	Acceso/ uso servicios
I17 Población atendida diferentes niveles estratificación riesgo	Resultado F	Atención integral/ efectiv
I18 Hospitalizaciones potencialmente evitables	Resultado I	Adecuación/ efectividad

I: intermedio; F: final; continu: continuidad asistencial; efectiv: efectividad; empod: empoderamiento

*AQuAS: Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya; en este estudio participaron más de 500 expertos en la definición y consenso de estos 18 indicadores.

16 conceptos de indicador propuestos en al menos 2 CCAA para la evaluación de la Estrategia nacional de cronicidad

I1 Reingresos de pacientes hospitalizados	Resultado I	Efectividad/ adecuación
I2 Pacientes atendidos en urgencias	Resultado I	Accesibilidad/ adecuación
I3 Tasa de altas por fractura de cadera >75 años	Resultado I	Accesibilidad /uso servicios
I4 Tasa ingreso hospitalario por amputación diabetes >64 años	Resultado I	Uso servicios/ efectividad
I5 Tasa altas por accidentes laborales, tráfico y deportivos	Resultado I	Eficiencia/ Resultado salud
I6 Prevalencia consumo tabaco población adulta	Resultado F	Resultado salud
I7 Prevalencia bebedores de riesgo de alcohol	Resultado F	Resultado salud
I8 Prevalencia de obesidad	Resultado F	Resultado salud
I9 Prevalencia sedentarismo en población adulta	Resultado F	Resultado salud
I10 Prevalencia de personas consumen verduras y frutas	Resultado F	Resultado salud
I11 Tasa de mortalidad prematura ajustada edad/enfermedad	Resultado F	Efectividad
I12 Tasa discapacidad total y según patologías crónicas	Resultado F	Resultado salud
I13 Población atendida con trastornos crónicos de salud	Resultado I	Atención integral
I14 Número visitas domiciliares por enfermería AP	Proceso	Accesibilidad/ uso servicios
I15 % actividad enfermería de AP en domicilio	Proceso	Accesibilidad/uso servicios
I16 Valoración intervenciones basadas en evidencia en pacientes con insuficiencia cardíaca	Proceso	Adecuación

ANEXO 7. Revisión de conceptos de indicador propuestos por CCAA previo al consenso presencial

Sección A. Conceptos de indicador propuestos para la evaluación de iniciativas de atención a la cronicidad (estudio AQuAS > 500 expertos)

Conceptos de indicador	Tipo	Volumen de CCAA que los propone*	Dimensión/ atributo	Perfil
I1 Población institucionalizada (sociosanitario y social)	Resultado intermedio	0	Accesibilidad/ uso de servicios	Uso de recursos
I2 Pacientes atendidos en urgencias	Resultado intermedio	2	Accesibilidad/ adecuación	Uso de recursos
I3 Población atendida en programas de atención en cronicidad	Resultado intermedio	1	Accesibilidad/ uso de servicios	Uso de recursos
I4 Circunstancia al alta pacientes en hospitales de agudos	Resultado intermedio	0	Accesibilidad/efectividad clínica	Uso de recursos
I5 Días de hospitalización acumulados al año por la misma causa	Resultado intermedio	1	Adecuación/ efectividad clínica	Uso de recursos
I6 Pacientes atendidos en urgencias según procedencia	Resultado intermedio	0	Adecuación/ utilización servicios	Uso de recursos
I7 Pacientes con fármacos de eficacia probada	Resultado intermedio	0	Adecuación/ eficiencia	Uso de recursos
I8 Hospitalizaciones potencialmente evitables	Resultado intermedio	1	Adecuación/ efectividad clínica	Adecuación servicios/ recursos
I9 Pacientes polimedicados (10 -15 fármacos o más)	Resultado intermedio	1	Atención integral/ continuidad asistencial	Uso de recursos

*Se describen los conceptos de indicador consensuados en el estudio AQuAS y que también proponen algunas CCAA para la evaluación de la Estrategia Nacional de Cronicidad. AQuAS: Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya; CCAA: comunidades autónomas.

Sección A. Conceptos de indicador propuestos para la evaluación de iniciativas de atención a la cronicidad (estudio AQuAS > 500 expertos)

Conceptos de indicador	Tipo	Volumen de CCAA que los propone*	Dimensión/ atributo	Perfil
I10 Población atendida en diferentes niveles de estratificación del riesgo	Resultado intermedio	0	Atención integral/ efectividad clínica	Resultados de salud
I11 Pacientes contactados 48 horas post-alta hospitalaria	Resultado intermedio	0	Continuidad asistencial/ seguridad	Uso de recursos
I12 Reingresos de pacientes hospitalizados	Resultado intermedio	4	Efectividad clínica/ adecuación	Uso de recursos
I13 Estancia media de atención hospitalaria	Resultado intermedio	0	Eficiencia/ uso de servicios	Uso de recursos
I14 Tiempo entre descompensaciones que requieren ingreso	Resultado intermedio	0	Empoderamiento / efectividad clínica	Resultados de salud
I15 Población atendida con trastornos crónicos de salud	Resultado final	2	Atención integral/ efectividad clínica	Resultados de salud
I16 Gasto farmacéutico	Resultado final	0	Eficiencia	Costes/ eficiencia
I17 Mortalidad hospitalaria	Resultado final	0	Seguridad	Resultado de salud
I18 Acceso HCC por los profesionales sanitarios	Estructura	1	Atención integral/ empoderamiento	Existencia de herramientas información compartidas

*Se describen los conceptos de indicador consensuados en el estudio AQuAS y que también proponen algunas CCAA para la evaluación de la Estrategia Nacional de Cronicidad. AQuAS: Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya; CCAA: comunidades autónomas.

Sección B. Conceptos de indicador con al menos 2 CCAA que los proponen para el seguimiento de la estrategia de abordaje nacional de cronicidad

Conceptos de indicador	Tipo	Dimensión/ atributo	Volumen de CCAA que los proponen/ Fuente	Observaciones
I1. Reingresos de pacientes hospitalizados	Resultado intermedio	Efectividad clínica/ adecuación	4 -Consenso AQuAS (**)	<ul style="list-style-type: none"> - proponen describir el indicador según condiciones crónicas (EPOC, insuficiencia cardiaca, etc.) a los 30 días. - reingresos en >39 años en menos de 30 días para GRD de EPOC; reingresos en menos de 30 días para GRD de ACV; reingresos en menos de 30 días para GRD de IC - tasa de reingresos por patología crónica del paciente - tasa ajustada de reingresos (ingresos producidos en los 30 días posteriores al alta)
I2. Pacientes atendidos en urgencias	Resultado intermedio	Accesibilidad/ adecuación	2 - Consenso AQuAS (**)	<ul style="list-style-type: none"> - frecuentación de pacientes a urgencias - variación en el nº de urgencias hospitalarias atendidas (incluye grupo intervención y seguimiento/ evolución)
I3. Tasa de altas por fractura de cadera en mayores de 75 años	Resultado intermedio	Accesibilidad/ uso de servicios	4	- tasa de altas por fractura de cadera en mayores de 75 años; se propone calcular en quinquenios empezando por los 65 años

(**) los conceptos de indicador con dos asteriscos los que llegaron al consenso de más de 500 expertos en el proyecto de la Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya (AQuAS). CCAA: comunidades autónomas; EPOC: enfermedad pulmonary obstructiva crónica; GRD: grupo relacionado diagnóstico; ACV: accidente cardiovascular.

Sección B. Conceptos de indicador con al menos 2 CCAA que los proponen para el seguimiento de la estrategia de abordaje nacional de cronicidad

Conceptos de indicador	Tipo	Dimensión/ atributo	Volumen de CCAA que los proponen/ Fuente	Observaciones
14. Tasa de ingreso hospitalario por amputación de extremidades inferiores en diabéticos >64 años	Resultado intermedio	Utilización servicios/Efectividad	2	- tasa de amputaciones de miembro inferior en personas diabéticas
15. Tasa de altas por accidentes laborales, de tráfico y deportivos	Resultado intermedio	Eficiencia/ Resultados en salud	2	Aragón: tasas de accidentes de trabajo
16. Prevalencia de consumo de tabaco en población adulta	Resultado final	Resultados en salud	3	- Proporción de cesaciones de hábito tabáquico - nos parecen bien (los indicadores), se podrían añadir muchos más pero no están en el listado de indicadores clave del SNS y son difícilmente comparables entre CCAA.
17. Prevalencia de bebedores de riesgo de alcohol	Resultado final	Resultados en salud	3	- nos parecen bien (los indicadores), se podrían añadir muchos más pero no están en el listado de indicadores clave del SNS y son difícilmente comparables entre CCAA.
18. Prevalencia de obesidad	Resultado final	Resultados en salud	3	- nos parecen bien (los indicadores), se podrían añadir muchos más pero no están en el listado de indicadores clave del SNS y son difícilmente comparables entre CCAA.
19. Prevalencia de sedentarismo en población adulta	Resultado final	Resultados en salud	3	- nos parecen bien (los indicadores), se podrían añadir muchos más pero no están en el listado de indicadores clave del SNS y son difícilmente comparables entre CCAA.

(**) los conceptos de indicador con dos asteriscos los que llegaron al consenso de más de 500 expertos en el proyecto de la Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya (AQuAS). CCAA: comunidades autónomas; SNS: sistema nacional de salud

Sección B. Conceptos de indicador con al menos 2 CCAA que los proponen para el seguimiento de la estrategia de abordaje nacional de cronicidad

Conceptos de indicador	Tipo	Dimensión/ atributo	Volumen de CCAA que los proponen/ Fuente	Observaciones
I10. Prevalencia de bebedores de riesgo de alcohol	Resultado final	Resultados en salud	3	- nos parecen bien (los indicadores), se podrían añadir muchos más pero no están en el listado de indicadores clave del SNS y son difícilmente comparables entre CCAA.
I11. Prevalencia de personas que consumen a diario verduras y frutas	Resultado final	Resultados en salud/ Apoderamiento	2	
I12. Tasa de mortalidad prematura ajustada por edad y enfermedad	Resultado final	Efectividad	3	- propone además de este indicador, la mortalidad prematura por ictus, la mortalidad prematura por diabetes mellitus, la mortalidad premature por cardiopatía isquémica
I13. Tasa de discapacidad total y según determinadas patologías crónicas	Resultado final	Resultados en salud	3	
I14. Población atendida con trastornos crónicos de salud	Resultado final	Atención integral/ efectividad clínica	2 -Consenso AQuAS (**)	- prevalencia según registros clínicos de patologías de carácter crónico de la Estrategia.
I15. Número de visitas domiciliarias realizadas por enfermería de atención primaria	Proceso	Accesibilidad/ servicios	4	- nº de visitas de enfermería a pacientes en hospitalización a domicilio

(**) los conceptos de indicador con dos asteriscos los que llegaron al consenso de más de 500 expertos en el proyecto de la Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya (AQuAS). CCAA: comunidades autónomas; SNS: sistema nacional de salud

Sección B. Conceptos de indicador con al menos 2 CCAA que los proponen para el seguimiento de la estrategia de abordaje nacional de cronicidad

Conceptos de indicador	Tipo	Dimensión/ atributo	Volumen de CCAA que los proponen/ Fuente	Observaciones
I16. Porcentaje de la actividad de enfermería de atención primaria que es realizada en domicilio	Proceso	Accesibilidad/ uso de servicios	3	
I17. Valoración intervenciones basadas en evidencia en pacientes con insuficiencia cardíaca (tratamiento con IECA/ARAI, educación sanitaria/ plan de cuidados realizado, etc.)	Proceso	Adecuación servicios/ recursos	2	- Consenso bajo de expertos AQuAS - % de pacientes con IC en tratamiento con IECA ó ARAI

CCAA: comunidades autónomas. AQuAS: Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya. IC: insuficiencia cardíaca

Sección C. Conceptos de Indicador con solo 1 CCAA que los proponen para el seguimiento de la estrategia de abordaje nacional de cronicidad

Conceptos de indicador	Tipo	Dimensión/ atributo	Propuesto estudio previo AQuAS**	Observaciones
I18. Población atendida en programas de atención en cronicidad	Resultado intermedio	Accesibilidad/ uso de servicios	Si	-Programa de paciente crónico complejo, atención paliativa, programa de paciente experto, atención domiciliaria en >65 y >75 años, otros programas de cronicidad.
I19. Porcentaje de derivación del PAC al servicio de urgencias del hospital	Resultado intermedio	Accesibilidad/ utilización servicios	No	
I20. Días de hospitalización acumulados al año por la misma causa	Resultado intermedio	Adecuación/ efectividad clínica	Si	- Días acumulados por ingreso urgente EPOC (enfermedad pulmonar obstructiva crónica) y IC (insuficiencia cardíaca)

(**) los conceptos de indicador con dos asteriscos los que llegaron al consenso de más de 500 expertos en el proyecto de la Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya (AQuAS). CCAA: comunidad autónoma; PAC: punto de atención coordinada; EPOC: enfermedad pulmonar obstructiva crónica; IC: insuficiencia cardíaca

Sección C. Conceptos de indicador con solo 1 CCAA que los proponen para el seguimiento de la estrategia de abordaje nacional de cronicidad

Conceptos de indicador	Tipo	Dimensión/ atributo	Propuesto estudio previo AQuAS**	Observaciones
I21. Hospitalizaciones potencialmente evitables	Resultado intermedio	Adecuación servicios/ recursos	Si	Descripción del indicador según condiciones crónicas (EPOC, insuficiencia cardiaca, asma, diabetes) y tipo de población (ex.población infantil)
I22. Pacientes polimedicados (10 -15 fármacos o más)	Resultado intermedio	Atención integral/ continuidad asistencial	Si	
I23. Valoración de la información que el usuario recibe sobre su problema de salud	Resultado intermedio	Atención centrada pacientes/ Satisfacción	No	
I24. Variación en el número de ingresos en unidad de agudos	Resultado intermedio	Eficiencia	No	
I25. Variación de número de visitas domiciliarias	Resultado intermedio	Eficiencia	No	
I26. Variación de número de ingresos en unidad de subagudos	Resultado intermedio	Eficiencia	No	
I27. Variación de número hospitalizaciones en domicilio	Resultado intermedio	Eficiencia	No	
I28. Tasa de altas por complicaciones agudas de diabetes	Resultado intermedio	Seguridad	No	
I29. Tasa de ingreso hospitalario por EPOC en ciudadanos >39 años	Resultado intermedio	Utilización servicios	No	Consenso AQuAS: tasa de hospitalizaciones (según problemas crónicos u otras variables de ajuste) consenso bajo - variación de nº ingresos en unidad de agudos

(**) los conceptos de indicador con dos asteriscos los que llegaron al consenso de más de 500 expertos en el proyecto de la Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya (AQuAS).CCAA: comunidad autónoma; EPOC: enfermedad pulmonar obstructiva crónica.

Sección C. Conceptos de indicador con solo 1 CCAA que los proponen para el seguimiento de la estrategia de abordaje nacional de cronicidad

Conceptos de indicador	Tipo	Dimensión/ atributo	Propuesto estudio previo AQuAS**	Observaciones
I30. Tasa de ingreso hospitalario por ICC en >64 años	Resultado intermedio	Utilización servicios	No	Consenso AQuAS: tasa de hospitalizaciones (según problemas crónicos u otras variables de ajuste) consenso bajo - variación de nº ingresos en unidad de agudos
I31. Frecuentación de pacientes a consultas de medicina de familia	Resultado intermedio	Utilización de servicios	No	
I32. Frecuentación de pacientes a consultas de pediatría	Resultado intermedio	Utilización de servicios	No	
I33. Número de ingresos en hospitalización a domicilio	Resultado intermedio	Utilización de servicios	No	
I34. Variación de número medio de consultas presenciales de especialista por paciente permanente	Resultado intermedio	Utilización de servicios	No	
I35. Variación en el número total de ingresos en el grupo intervención	Resultado intermedio	Utilización de servicios/ Eficiencia	No	Similar indicadores 43, 44 y 45. Consenso AQuAS bajo
I36. Variación número de urgencias hospitalarias atendidas	Resultado intermedio	Utilización de servicios/ Eficiencia	No	
I37. Tasa de discapacidad parcial según determinadas patologías crónica	Resultado final	Eficiencia	No	Consenso AQuAS: retorno al trabajo tras baja laboral; consenso bajo
I38. Porcentaje de pacientes estables	Resultado final	Estado de salud	No	-Tiempo entre descompensaciones que requieren ingreso hospitalario
I39. Número de pacientes paliativos >14años	Resultado final	Estado de salud	No	

(**) los conceptos de indicador con dos asteriscos los que llegaron al consenso de más de 500 expertos en el proyecto de la Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya (AQuAS). CCAA: comunidad autónoma; ICC: insuficiencia cardíaca congestiva.

Sección C. Conceptos de indicador con solo 1 CCAA que los proponen para el seguimiento de la estrategia de abordaje nacional de cronicidad

Conceptos de indicador	Tipo	Dimensión/ atributo	Propuesto estudio previo AQuAS**	Observaciones
I40. Número de pacientes inmovilizados > 14 años	Resultado final	Estado de salud	No	
I41. Tasa de mortalidad bruta y ajustada por grupos de edad y a causa de patologías crónicas	Resultado final	Estado de salud	No	Consenso AQuAS: tasa de mortalidad (según problemas crónicos u otras variables de ajuste) consenso bajo
I42. Prevalencia de factores de riesgo para las patologías de carácter crónico, como factores de riesgo cardiovascular (dislipemias, hipertensión, etc.)	Resultado final	Estado de salud	No	Consenso AQuAS: hábitos de vida saludable y factores de riesgo consenso bajo
I45. Esperanza de vida libre de discapacidad	Resultado final	Estado de salud	No	
I46. Prevalencia de obesidad infantil	Resultado final	Estado de salud	No	
I47. Prevalencia de accidentes en el hogar	Resultado final	Estado de salud	No	
I48. Infecciones nosocomiales de pacientes	Resultado final	Seguridad	No	
I49. Variación del índice de resultado Barthel	Resultado final	Estado de salud	No	
I50. Ratio del índice de mortalidad en grupo intervención respecto grupo con patología	Resultado final	Estado de salud	No	
I51. Porcentaje de pacientes con bajo grado de autonomía	Resultado final	Estado de salud	No	
I52. Porcentaje de pacientes con edemas pulmonares	Resultado final	Estado de salud	No	
I53. Tasa de tromboembolismo pulmonar secundario o trombosis venosa profunda secundaria en >17años	Resultado final	Seguridad pacientes	No	
I54. Porcentaje de citas de medicina de familia y pediatría enviadas para consultas de atención especializada	Proceso	Accesibilidad/ utilización de servicios	No	

(**) los conceptos de indicador con dos asteriscos los que llegaron al consenso de más de 500 expertos en el proyecto de la Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya (AQuAS). CCAA: comunidad autónoma

Sección C. Conceptos de indicador con solo 1 CCAA que los proponen para el seguimiento de la estrategia de abordaje nacional de cronicidad

Conceptos de indicador	Tipo	Dimensión/ atributo	Propuesto estudio previo AQuAS**	Observaciones
I55. Número de teleconsultas informadas por tipo	Proceso	Accesibilidad/ utilización servicios	No	
I56. Tiempo máximo de respuesta de las teleconsultas solicitadas desde los centros de salud y hospitales	Proceso	Accesibilidad/ atención centrada pacientes	No	
I57. Tiempo medio en espera estructural de vía rápida de cáncer de mama	Proceso	Accesibilidad/ atención centrada pacientes	No	
I58. Tiempo medio en espera estructural de vía rápida de cáncer de pulmón	Proceso	Accesibilidad/ atención centrada pacientes	No	
I59. Tiempo medio en espera estructural de vía rápida de cancer colorrectal	Proceso	Accesibilidad/ atención centrada pacientes	No	
I60. Tiempo medio en espera estructural de vía rápida de cancer de próstata	Proceso	Accesibilidad/ atención centrada pacientes	No	
I61. Tiempo medio en espera estructural de vía rápida de cancer de otorrinolaringología	Proceso	Accesibilidad/ atención centrada pacientes	No	
I62. Tiempo medio en espera estructural de vía rápida de cáncer de vejiga	Proceso	Accesibilidad/ atención centrada pacientes	No	
I63. Porcentaje de población con tarjeta sanitaria con prescripción electrónica	Proceso	Accesibilidad	No	
I64. Buen control metabólico en pacientes con diabetes	Proceso	Adecuación servicios/ recursos	No	-Consenso bajo de expertos AQuAS
I65. Buen control tension arterial en pacientes con hipertensión arterial	Proceso	Adecuación servicios/ recursos	No	- Consenso bajo de expertos AQuAS

(**) los conceptos de indicador con dos asteriscos los que llegaron al consenso de más de 500 expertos en el proyecto de la Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya (AQuAS). CCAA: comunidad autónoma

Sección C. Conceptos de indicador con solo 1 CCAA que los proponen para el seguimiento de la estrategia de abordaje nacional de cronicidad

Conceptos de indicador	Tipo	Dimensión/ atributo	Propuesto estudio previo AQuAS**	Observaciones
I66. Valoración de intervenciones basadas en la evidencia en pacientes con EPOC (espirometría diagnóstica, y periodicidad adecuada, vacunación antigripal, educación sanitaria en manejo inhaladores, plan de cuidados, etc.)	Proceso	Adecuación servicios/ recursos	No	-Consenso bajo de expertos AQuAS
I67. Valoración intervenciones basadas en evidencia en pacientes con asma infantil (espirometría diagnóstica y con una periodicidad adecuada, vacunación antigripal, educación sanitaria en manejo inhaladores, plan de cuidados realizado, etc.)	Proceso	Adecuación servicios/ recursos	No	- Consenso bajo de expertos AQuAS
I68. Proporción de pacientes en programa atención domiciliaria con planes de cuidados realizados y actualizados en año de evaluación	Proceso	Adecuación servicios/ recursos	No	
I69. Número de retinografías realizadas a diabéticos tipo 2	Proceso	Adecuación/ servicios	No	
I70. Proporción de cesaciones de hábito tabáquico	Proceso	Apoderamiento	No	- Consenso bajo de expertos AQuAS - prevalencia de consumo de tabaco en población adulta
I71. Número personas a las que se les ha realizado "prescripción ejercicio físico"	Proceso	Apoderamiento	No	- Consenso bajo de expertos AQuAS
I72. Proporción de pacientes en atención domiciliaria con encuesta de calidad de vida realizada durante el año de evaluación	Proceso	Atención centrada pacientes/ efectividad	No	

(**) los conceptos de indicador con dos asteriscos los que llegaron al consenso de más de 500 expertos en el proyecto de la Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya (AQuAS). CCAA: comunidad autónoma; EPOC: enfermedad pulmonar obstructiva crónica.

Sección C. Conceptos de indicador con solo 1 CCAA que los proponen para el seguimiento de la estrategia de abordaje nacional de cronicidad

Conceptos de indicador	Tipo	Dimensión/ atributo	Propuesto estudio previo AQuAS**	Observaciones
173. Proporción de pacientes en programas de atención paciente crónicos complejo con encuesta de calidad de vida realizada	Proceso	Atención centrada pacientes/ efectividad	No	
174. Porcentaje de informes de alta hospitalaria que presentan una valoración mediante índice de Barthel	Proceso	Atención centrada pacientes/ continuidad asistencial	No	
175. Valoración integral y del cuidador en pacientes con demencias	Proceso	Atención integral/ coordinación	No	-Consenso bajo de expertos AQuAS
176. Proporción pacientes con valoración integral y plan de cuidados en enfermedad crónica avanzada y situación al final de la vida	Proceso	Atención integral/ continuidad asistencial	No	
177. Proporción pacientes PREALT (especialmente con riesgo importante reingreso) con contacto a corto plazo posthospitalización (72 h/1 semana)	Proceso	Atención integral/ continuidad asistencial	No	-Consenso bajo expertos AQuAS

(**) los conceptos de indicador con dos asteriscos los que llegaron al consenso de más de 500 expertos en el proyecto de la Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya (AQuAS).CCAA: comunidad autónoma; PREALT: programa de continuidad de cuidados al alta hospitalaria

Sección C. Conceptos de indicador con 1 una CCAA que los proponen para el seguimiento de la estrategia del abordaje nacional de cronicidad (Continuación)

Conceptos de indicador	Tipo	Dimensión/ atributo	Propuesto estudio previo AQuAS**	Observaciones
I78. Pacientes pluripatológicos con valoración integral en el último año de intervención	Proceso	Atención integral	No	Similar indicador I84
I79. Teleconsultas de oftalmología informadas desde atención hospitalaria con respecto al nº de retinografías realizadas en atención primaria	Proceso	Continuidad asistencial	No	
I80. Porcentaje de informes de alta de consultas de hospital en HCE	Proceso	Continuidad asistencial	No	
I81. Porcentaje de pacientes con registro de asma en pediatría en HCE	Proceso	Continuidad asistencial	No	
I82. Porcentaje de pacientes con registro de de obesidad/ sobrepeso en pediatría en HCE	Proceso	Continuidad asistencial	No	
I83. Porcentaje de pacientes con registro de diabetes mellitus (DM) en adultos en HCE	Proceso	Continuidad asistencial	No	
I84. Porcentaje de pacientes con registro de obesidad en adultos en HCE	Proceso	Continuidad asistencial	No	
I85. Porcentaje de pacientes con registro de EPOC en >39 años en HCE	Proceso	Continuidad asistencial	No	
I86. Porcentaje de pacientes con registro de dislipemia en adultos en HCE	Proceso	Continuidad asistencial	No	

(**) los conceptos de indicador con dos asteriscos los que llegaron al consenso de más de 500 expertos en el proyecto de la Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya (AQuAS).CCAA: comunidad autónoma; DM: diabetes mellitus; HCE: historia clínica electrónica; EPOC: enfermedad pulmonar obstructiva crónica

Sección C. Conceptos de indicador con 1 una CCAA que los proponen para el seguimiento de la estrategia del abordaje nacional de cronicidad (Continuación)

Conceptos de indicador	Tipo	Dimensión/ atributo	Propuesto estudio previo AQUAS**	Observaciones
187. Porcentaje de pacientes con registro de insuficiencia cardíaca en adultos en HCE	Proceso	Continuidad asistencial	No	
188. Porcentaje de pacientes con registro de cardiopatía isquémica en adultos en HCE	Proceso	Continuidad asistencial	No	
189. Porcentaje de pacientes con registro de hipertensión arterial en adultos en HCE	Proceso	Continuidad asistencial	No	
190. Porcentaje de pacientes con registro de adicciones en adultos en HCE	Proceso	Continuidad asistencial	No	
191. Porcentaje de pacientes con registro de cuidados paliativos en >14 años	Proceso	Continuidad asistencial	No	
192. Porcentaje de población rural con servicios diagnósticos y de interconsulta por telemedicina	Proceso	Continuidad asistencial/ accesibilidad	No	
193. Porcentaje de altas hospitalarias con informe de alta de cuidados enfermeros	Proceso	Continuidad asistencial	No	
194. Porcentaje de población con tarjeta sanitaria individual con historia clínica electrónica	Proceso	Continuidad asistencial	No	

(**) los conceptos de indicador con dos asteriscos los que llegaron al consenso de más de 500 expertos en el proyecto de la Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya (AQuAS). CCAA: comunidad autónoma; HCE: historia clínica electrónica.

Sección C. Conceptos de indicador con 1 una CCAA que los proponen para el seguimiento de la estrategia del abordaje nacional de cronicidad (Continuación)

Conceptos de indicador	Tipo	Dimensión/ atributo	Propuesto estudio previo AQuAS**	Observaciones
I95. Validación/ identificación de los pacientes seleccionados en Osabide	Proceso	Efectividad	No	
I96. Actualización de pacientes en Osabide	Proceso	Efectividad	No	
I97. Cobertura del modelo de coordinación	Proceso	Efectividad	No	
I98. Porcentaje de pacientes con registro por enfermería de educación para el autocuidado	Proceso	Efectividad	No	
I99. Pacientes con registro de información sobre autonomía	Proceso	Efectividad/ Apoderamiento	No	
I100. Porcentaje de citas entre niveles por medios telemáticos respecto al total de citas	Proceso	Continuidad asistencial	No	
I101. Porcentaje de cirugía por fractura de cadera en las primeras 48 horas desde el ingreso en >65 años	Proceso	Seguridad/ utilización de servicios	No	
I102. Tasa de notificación de reacciones adversas a medicamentos	Proceso	Seguridad	No	
I103. Número de visitas de facultativos a pacientes en hospitalización a domicilio	Proceso	Utilización de servicios	No	

(**) los conceptos de indicador con dos asteriscos los que llegaron al consenso de más de 500 expertos en el proyecto de la Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya (AQuAS). CCAA: comunidad autónoma

Sección C. Conceptos de indicador con 1 una CCAA que los proponen para el seguimiento de la estrategia del abordaje nacional de cronicidad (Continuación)

Conceptos de indicador	Tipo	Dimensión/ atributo	Propuesto estudio previo AQuAS**	Observaciones
I104. Porcentaje de zonas de salud con consejo de salud constituido y que ha celebrado al menos una reunion en el año	Estructura	Atención centrada en pacientes	No	
I105. Porcentaje de centros de atención primaria conectados a red corporativa	Estructura	Continuidad asistencial		
I106. Porcentaje de utilización actual de la HCE en consultas del hospital	Estructura	Atención integral/ empoderamiento	No	
I107. Porcentaje de utilización actual de la HCE en consultas de los centros de salud	Estructura	Atención integral/ empoderamiento	No	
I108. Porcentaje de utilización actual de la HCE en urgencias del hospital	Estructura	Atención integral/ empoderamiento	No	

(**) los conceptos de indicador con dos asteriscos los que llegaron al consenso de más de 500 expertos en el proyecto de la Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya (AQuAS).CCAA: comunidad autónoma; HCE: historia clínica electrónica

ANEXO 8. Factores de ajuste para la comparación de indicadores **

-Edad
-Sexo
-Nivel de estudios
-Nivel socioeconómico
-Ocupación
-Renta
-País de origen
-Comunidad autónoma
-Patología crónica
-Comorbilidad
-Índices sintéticos como el de deprivación

** En la propuesta final de indicadores para evaluar la atención en cronicidad, se deberá tener en cuenta diferentes variables para la comparación por áreas, CCAA, regiones.

SIGLAS Y ABREVIATURAS

AE	Atención especializada
AP	Atención primaria de salud
AQuAS	Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya
ARAI	Antagonista de los receptores de angiotensina II
ACV	Accidente cerebrovascular
CCAA	Comunidades autónomas
DM	Diabetes mellitus
EAC	Estrategia Atención a la Cronicidad
EPOC	Enfermedad pulmonar obstructiva crónica
GRD	Grupo relacionado con el diagnóstico
HCE	Historia clínica electrónica
ICC	Insuficiencia cardíaca congestiva
IECA	Inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina
MSSSI	Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad
PAC	Puntos de atención continuada
PPAC	Programa de Prevención y Atención a la Cronicidad de Cataluña
PREALT	Programa de continuidad de cuidados al alta hospitalaria
REDISSEC	Red de Investigación en Servicios de Salud en Enfermedades Crónicas
SG	Subdirección general
SNS	Sistema Nacional de Salud