

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

Informe de evaluación de tecnologías sanitarias

INFORMES, ESTUDIOS E INVESTIGACIÓN



lunya

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

Informe de evaluación
de tecnologías sanitarias

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 / Vicky Serra-Sutton, Mireia Espallargues, Joan Escarrabill.— Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. 2016.— 126 p; 24 cm.— (Colección: Informes, estudios e investigación / Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Informes de Evaluación de Tecnologías Sanitarias) 1. Enfermos crónicos — Asistencia sanitaria — Política gubernamental — España 2. Servicios de salud — Planificación 3. Servicios sociales — Administración
I. España. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad II. Cataluña. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya III. Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya

Autoría:

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. Generalitat de Catalunya

(2) CIBER Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP)

(3) Red de Investigación en Servicios de Salud en Enfermedades Crónicas (REDISSEC)

(4) Hospital Clínic de Barcelona

Coordinación técnica: Marian López Orive (5)

(5) SG de Calidad y Cohesión del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales y e Igualdad (MSSSI) (*)

(*) Actualmente, Marian López Orive está vinculada a la Secretaría General de Información Sanitaria e Innovación del MSSSI. Carmen Arias López es la actual coordinadora técnica de la Estrategia para el abordaje de la cronicidad en el Sistema Nacional de Salud, Secretaría General de Calidad y Cohesión del MSSSI, quien ha realizado la revisión final del presente informe técnico.

Para citar este informe:

Serra-Sutton V, Espallargues M, Escarrabill J. Propuesta de indicadores para evaluar la atención a la cronicidad en el marco de la Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad en el Sistema Nacional de Salud. Barcelona: Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya; 2016 (Informes de Evaluación de Tecnologías Sanitarias).

© 2016 Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Generalitat de Catalunya. Departament de Salut. Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya.

Edita:

Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad

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

Corrección y maquetación: Àtona Víctor Igual, S.L.

Diseño: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad

Nipo: 731-18-021-5

Este documento puede ser reproducido parcial o totalmente para su uso no comercial, siempre que se cite explícitamente su procedencia

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

Informe de evaluación de tecnologías sanitarias

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, en el marco de desarrollo de actividades de la Red Española de Agencias de Evaluación de Tecnologías Sanitarias y Prestaciones del Sistema Nacional de Salud, financiadas por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

Índice

Resumen ejecutivo	8
Executive summary	12
Fichas de los 11 indicadores priorizados	20
Informe técnico global	35
Introducción	36
Objetivos	40
Metodología	41
Resultados	50
Conclusiones	75
Recomendaciones	78
Referencias	79
Anexos	85

Autoría

Vicky Serra Sutton

Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya (AQuAS),
Departament de Salut. Generalitat de Catalunya
CIBER Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP)

Mireia Espallargues

Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya (AQuAS),
Departament de Salut. Generalitat de Catalunya
Red de Investigación en Servicios de Salud en Enfermedades Crónicas
(REDISSEC)

Joan Escarrabill

Red de Investigación en Servicios de Salud en Enfermedades Crónicas
(REDISSEC)
Hospital Clínic de Barcelona

Coordinación técnica

Marian López Orive

SG de Calidad y Cohesión del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales
e Igualdad (MSSSI)*

* Actualmente, Marian López Orive está vinculada a la SG de Información Sanitaria e Innovación del MSSSI. Carmen Arias López es la actual coordinadora técnica de la Estrategia para el abordaje de la cronicidad en el SNS, SG de Calidad y Cohesión del MSSSI, quien ha realizado la revisión final del presente informe técnico.

Grupo de colaboradores y revisores

En los **anexos 2-4** se describen los expertos participantes en el proceso de consenso y priorización de indicadores propuestos 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. Estos expertos forman parte del comité institucional y técnico de dicha Estrategia o una persona designada en su representación; también se describen los expertos participantes en el presente proyecto de la Red de Investigación en Servicios Sanitarios en Enfermedades Crónicas (REDISSEC), el Ciber de Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP), así como de las Estrategias del Sistema Nacional de Salud 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. Han colaborado expertos vinculados a la subdirección general (SG) de Calidad y Cohesión, SG de Promoción de la Salud y Epidemiología y la SG de Calidad de Medicamentos y Productos Sanitarios del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Finalmente, ha colaborado en el presente proyecto Álex Trejo, Tino Martí y Josep M. Monguet de Onsanity Solutions y la Universidad Politécnica de Cataluña en la fase de consenso electrónico con el aplicativo Health Consensus.

El grupo de autores declara no presentar conflictos de interés.

Resumen ejecutivo

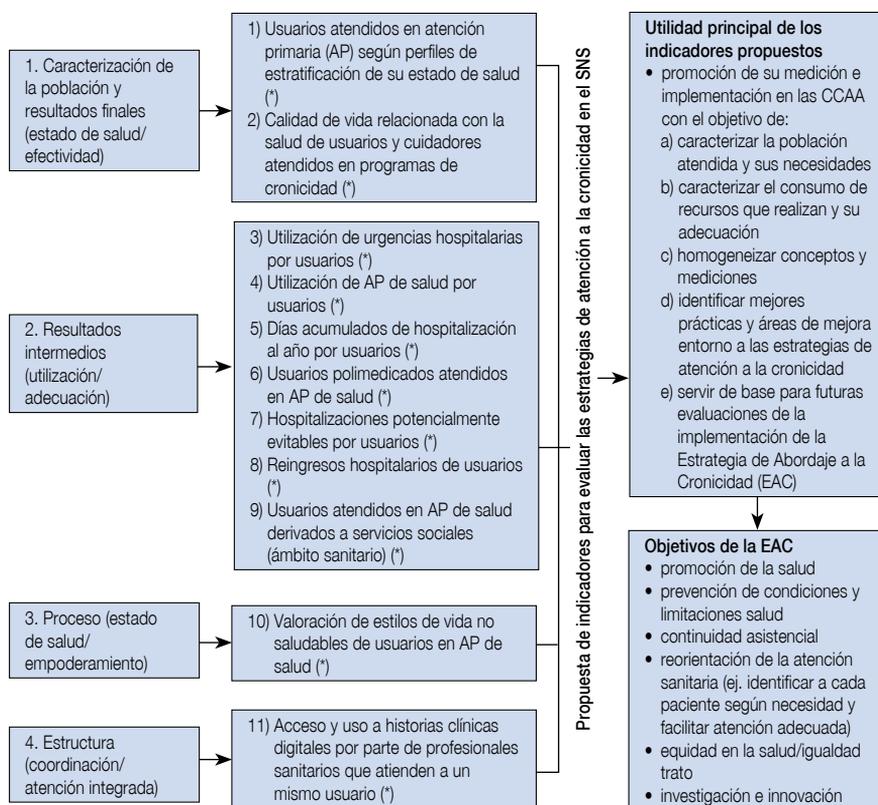
En el presente documento presentaremos los resultados principales del proyecto comisionado. Desde la Subdirección General de Calidad y Cohesión del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (MSSSI), como Coordinación Técnica de la Estrategia de Abordaje de la Cronicidad (EAC) y como Secretaría Técnica de la Red Española de Agencias de Evaluación de Tecnologías Sanitarias y Prestaciones del SNS, se asignó a la Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya (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 a la cronicidad en el marco de la EAC [Estrategia de Abordaje de la Cronicidad, 2012]. El objetivo principal ha sido poner a disposición de las CCAA un grupo mínimo 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 en el SNS y las CCAA. Para el desarrollo de este grupo mínimo de indicadores se realizó una revisión de la literatura y se incluyeron los indicadores disponibles en cada plan/programa estratégico de cronicidad a nivel regional y estatal. Se llevaron a cabo diversas reuniones de consenso y un estudio Delphi amplio donde se utilizó el aplicativo Health Consensus donde expertos clave participaron de forma electrónica en el consenso de indicadores. Una vez obtenida la versión final priorizada, se consultaron los sistemas de información e indicadores disponibles en los ámbitos de salud y social del MSSSI y se definieron fichas específicas con una fórmula para su cálculo junto a aspectos clave para su justificación e interpretación para cada indicador.

Se proponen 11 indicadores que han mostrado un nivel de acuerdo moderado/elevado en las diferentes fase de consenso, cinco de ellos con acuerdo moderado/elevado en la reunión final de consenso presencial. La mayoría de los indi-

* Los indicadores priorizados recogidos en este documento se han elaborado como un marco donde las CCAA, en función de sus necesidades y disponibilidad de datos, pudieran fijarse para realizar el seguimiento de la atención a pacientes crónicos que se realiza en sus territorios. Queda fuera del alcance del presente proyecto la elaboración de indicadores para evaluar la implementación de la Estrategia de Abordaje de la Cronicidad (EAC) y conocer la consecución de sus objetivos y recomendaciones específicas. A pesar de esto, la presente propuesta de indicadores podría servir de base para futuras evaluaciones de la implementación de la EAC.

cadres priorizados serían factibles de medir a partir de las fuentes de información rutinarias disponibles del ámbito sanitario (ver más detalle en la sección con las fichas completas de indicadores) y permitirían medir diferentes objetivos 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 1**). Los indicadores priorizados miden de forma principal aspectos relacionados con la caracterización de la población atendida y resultados finales (estado de salud y efectividad de programas/estrategias), resultados intermedios (utilización y adecuación de servicios), proceso (valoración de estilos de vida no saludables) y elementos de estructura (coordinación asistencial).

Figura 1. Descripción de los 11 indicadores propuestos para la promoción de su medición e implementación para evaluar la atención en el ámbito de la cronicidad en el Sistema Nacional de Salud según tipología y utilidad principal



(*) Población diana: todos los indicadores propuestos se centran en la población de usuarios atendida en diferentes recursos sanitarios con uno o más problemas crónicos implicando un diagnóstico desde atención primaria de salud con curso evolutivo largo (adaptado de Terminología de la cronicidad, Generalitat de Catalunya, 2013). CCAA: comunidades autónomas; EAC: Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad; SNS: Sistema Nacional de Salud.

Conclusiones generales

- Los resultados de este proyecto han permitido obtener una propuesta común de indicadores 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. También se ha integrado en dicha propuesta una visión multidisciplinar y extensa de profesionales vinculados tanto a la Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad, otras Estrategias y Programas de Atención a la cronicidad en el Sistema Nacional de Salud, así como a la investigación en servicios sanitarios y cronicidad que confiere robustez y validez de contenido a dicha propuesta de indicadores.
- En este sentido, la utilidad principal de los indicadores propuestos para la promoción de su medición e implementación en las CCAA se centran en 5 aspectos: a) caracterizar la población atendida y sus necesidades, b) caracterizar el consumo de recursos que realizan y la adecuación de dicha atención/provisión, c) homogeneizar conceptos y mediciones en el ámbito de atención a la cronicidad, d) identificar mejores prácticas y áreas de mejora en las estrategias de atención a la cronicidad y e) servir de base para futuras evaluaciones de la implementación de la Estrategia de Abordaje de la Cronicidad. Cabe enfatizar de nuevo, que todos los indicadores se centran en la población diana de usuarios atendidos en diferentes recursos sanitarios con problemas crónicos de salud.
- Uno de los puntos clave en el proceso de priorización de dichos indicadores es la necesidad de avanzar en la homogeneización de lo que implican las necesidades y complejidad de usuarios atendidos con problemas crónicos en el Sistema Nacional de Salud. Se constata a lo largo de este proceso de consenso que es necesario profundizar en la comprensión de dicha complejidad y la medición de sus necesidades de forma homogénea, para mejorar la gestión clínica de estos usuarios, así como un avance en la asignación adecuada de recursos. Los 11 indicadores priorizados permitirían en parte avanzar en esta homogeneización.
- En definitiva, este proyecto ha permitido conocer la opinión de expertos clave en el Sistema Nacional de Salud sobre los aspectos prioritarios que deberían tenerse en cuenta para avanzar en la implementación de la Estrategia de Abordaje de la Cronicidad; también ha permitido conocer las iniciativas pioneras en este ámbito, por ejemplo, en torno a la estratifica-

ción de la población según perfiles de morbilidad y complejidad, la definición de terminología común, la evaluación de servicios sanitarios y modelos de atención en cronicidad, así como los indicadores disponibles en este ámbito. Finalmente, se enfatiza en los discursos y el proceso de priorización de expertos el peso de la atención primaria de salud en el manejo y detección de necesidades de usuarios con problemas crónicos así como la necesidad de evaluar la adecuación de los servicios recibidos.

Recomendaciones

- Se ha realizado una propuesta de fichas de indicador revisadas para su factibilidad operativa por los expertos participantes en su proceso de priorización. En su fase de implementación (que se escapa al objetivo del presente proyecto) será necesario acabar de valorar la homogeneidad de la información utilizada para su cálculo (ej. población de estudio incluida) y su capacidad para detectar a nivel territorial y poblacional estrategias con mejor o peor rendimiento.
- Se recomienda calcular el indicador para cada CCAA (en aquellas donde sea posible disponer de información para su cálculo). Otros niveles de desagregación recomendables serían por municipio de residencia, programa de atención a la cronicidad o centro(s). Los indicadores pueden calcularse en iniciativas donde las CCAA se pongan de acuerdo en promover su medición de forma homogeneizada para la comparación de estrategias o a partir de información disponible en los sistemas de información homogeneizados del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (MSSSI).
- En el marco de la implementación de dichos indicadores priorizados será necesario definir las condiciones y patologías a incluirse de forma homogénea en las CCAA que se comparen para el cálculo de numeradores/denominadores. En definitiva, hará falta definir conceptual y operativamente los procesos crónicos (códigos diagnósticos y de proceso) finalmente incluidos.
- Se recomienda presentar cada uno de los indicadores priorizados según edad y sexo de la población diana analizada. Para profundizar en la interpretación de los resultados de cada indicador y las características de la población de estudio, es recomendable desagregarlos según otras variables de interés como, por ejemplo, el estado de salud, el nivel educativo o el nivel socioeconómico de usuarios atendidos. En este último caso, se está promoviendo su incorporación en fuentes de información clínico-administrativas como la Base de Datos Clínicos de Atención Primaria de Salud.
- Se recomienda la promoción de la medición de los 11 indicadores priorizados que en su mayoría pueden calcularse a partir de fuentes de información clínico-administrativas rutinarias. Dichos indicadores permitirán

profundizar en aspectos clave de interés principalmente para la gestión y planificación sanitaria como se ha mencionado con anterioridad.

- La implementación de los 11 indicadores priorizados permitirá servir como base para avanzar en futuras evaluaciones del cumplimiento de los objetivos de la Estrategia de Abordaje de la Cronicidad,¹ entre los cuales hay el de fomentar: la promoción de la salud, la prevención de condiciones y limitaciones de salud, la continuidad asistencial, la reorientación de la atención sanitaria (por ejemplo, identificar en cada usuario atendido su nivel de necesidad y facilitar la provisión de intervenciones adecuadas), así como la equidad e igualdad de trato y la investigación e innovación.
- Futuros estudios de aplicación de esta propuesta de indicadores permitirá evidenciar su validez de constructo y sensibilidad a los cambios para detectar mejores prácticas y aspectos de mejora asistencial y en gestión en el marco de la Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad.

1. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales y Equidad. **Estrategia para el abordaje de la cronicidad en el Sistema Nacional de Salud (SNS)**. Sanidad 2012 [consultado 17/11/2015] Disponible en: http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/ESTRATEGIA_ABORDAJE_CRONICIDAD.pdf

Executive summary

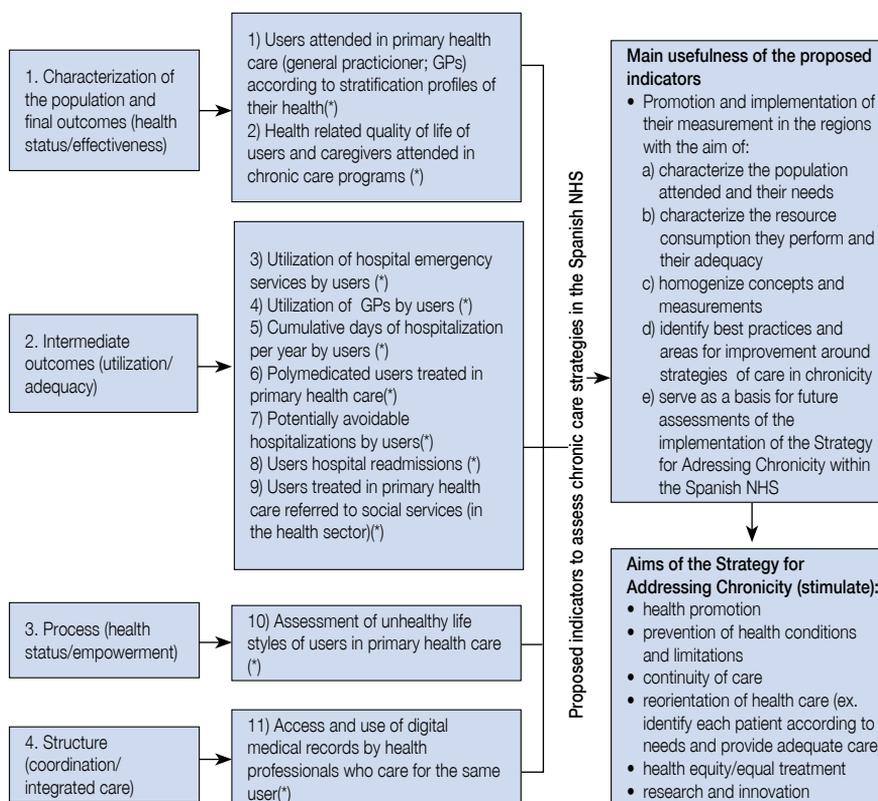
Development and consensus of indicators to assess chronic care in the framework of the Strategy for Addressing Chronicity in the Spanish National Health System

We are presenting the main results of this commissioned project. The Office of the Deputy Director of Quality and Cohesion in the Spanish Ministry of Health, Social Services and Equality and the Technical Coordination of the Strategy for Addressing Chronicity (SAC) and the Technical Secretariat of the Spanish Network of Agencies for Health Technology Assessment and Performance of the Spanish National Health Service (NHS), assigned the development of a project to define a minimum set of indicators to assess chronic care in the framework of the SAC to the Agency for Health Quality and Assessment of Catalonia (AQuAS). AQuAS is a public institution within the Department of Health of the Government of Catalonia, a member of the cited Network. The main objective of this commissioned project was to propose a common minimum set of indicators to evaluate care in the field of chronicity in the framework of the plan of implementation of this Strategy. The specific objectives proposed were: a) to identify and reach consensus on the most relevant aspects to assess chronicity care in the Spanish NHS; b) to propose a set of indicators for such assessment according to their usefulness, feasibility and validity to be calculated based on the information systems available in the Spanish NHS and autonomous regions. To develop this set of indicators a literature review was carried out and indicators included in each Strategic Chronic Health Plan at regional and national level were revised. Several consensus meetings and a wide Delphi study applying the Health Consensus tool were carried out; key experts were allowed to participate on line in the consensus of indicators. Once the final proposal of indicators was prioritized, information systems of the Ministry and available indicators in the health and social fields were revised and a specific chart with a formula and key aspects was proposed.

Eleven indicators showed a moderate to high level of expert agreement in the different phases of consensus, five of them with moderate/high agreement in the final consensus meeting. It would be feasible to calculate the prioritized indicators from the routine information sources available in the

health sector; and moreover would be useful to advance in the measurement of the aims of the Strategy for Addressing Chronicity in the Spanish NHS (taking into account that this commissioned project is centred on the evaluation of the care provided to the population with chronic health problems; **Figure 1**). The proposed set of indicators mainly measure aspects related to the characterization of the population attended and final outcomes (health status, needs and effectiveness of programs/strategies), intermediate outcomes (use and adequacy of services), process (unhealthy lifestyle assessment) and structure elements (care coordination).

Figure 1. Description of the 11 indicators proposed for the promotion and implementation of measurement to assess attention in the field of chronicity in the Spanish National Health System by type and main uses



(*)Target population: all proposed indicators focus on the user population attended in different health (or social) resources with one or more chronic health problems with long term evolution involving a diagnosis from primary health care (adapted from: Terminology on Chronicity, Catalan Government, 2013). NHS: National Health Service; GPs: general practitioners.

Main conclusions

- The results of this project have led to a common set of indicators to assess chronic care, taking into account a range of dimensions and attributes of health services and the quality of care. A multidisciplinary approach and extensive participation of professionals have been key issues in this proposal; these experts are linked to the Strategy for Addressing Chronicity, and other Health Strategies and Chronic Care Programs in each autonomous region and within the Spanish National Health System, and also health service research and chronicity experts who conferred robustness and content validity to the proposal of indicators.
- In this sense, the main utility of the proposed indicators to promote their measurement and implementation in the autonomous regions (17 in total) are centred in the following aspects (**Figure 1**): a) characterize the population attended and their needs, b) characterize the resource consumption they perform and the adequacy of such services/provisions, c) standardising concepts and measurements in the field of attention to chronicity, d) identify best practices and areas for improvement in care strategies to chronicity e) serve as a basis for future assessments of the implementation of the Strategy for Addressing Chronicity. It should be emphasized again that all indicators focus on the target population of users treated in different health resources with chronic health problems.
- One of the key points in the process of prioritizing these indicators is the need for progress on standardisation of the implications of the needs and complexity of users with chronic health problems attended in the Spanish NHS. It was found throughout this process of consensus of indicators that it is necessary to delve into this complexity and measure these needs in an standardised way, in order to improve the clinical management of these users, as well as progress in the proper allocation of resources. The 11 indicators proposed allow a partial advancement in this standardisation.
- In short, this project has allowed us to know the opinion of key experts in the Spanish National Health System on the priority issues that should be considered in order to advance the implementation of the Strategy for Addressing Chronicity. It has also allowed us to know the pioneering initiatives in this area, for example, stratification of the population according to profiles of morbidity and complexity, the definition of com-

mon terminology, evaluation of health services and care models in chronicity and the indicators available in this field. Lastly, the relevance given to primary health care in the handling and detection of the needs of users with chronic health problems and the need to assess the adequacy of the services received is emphasized in the speeches and prioritization process of experts.

Recommendations

- A proposal of a set of indicators with charts reviewed for their operational feasibility by the participating experts in the prioritization process was carried out. In the implementation phase (which goes beyond the scope of this project), it will be necessary to finish assessing the homogeneity of the information used for their calculation (e.g. population / target population included) and their ability to detect at the territorial and population level strategies with better or worse performance.
- Calculating the indicators for each autonomous region (in those where it is possible to have information for this calculation) is recommended. Other recommended levels of disaggregation would be by municipality of residence, program of chronic care or center(s). The indicators can be calculated in initiatives where the autonomous regions in the National Health System agree to promote their standardized measurement for the comparison of strategies, or from the information available in the standardized information systems of the Spanish Ministry of Health, Social Services and Equality (MSSSI, for acronym in Spanish).
- Within the framework of the implementation of these prioritized indicators it will be necessary to define and standardize the conditions and diseases to be included in an homogenous manner in the autonomous regions to calculate numerators / denominators. Ultimately, it will be necessary to define conceptually and operationally the chronic processes (process and diagnostic codes) finally included for assessment.
- Presenting each one of the indicators prioritized according to the age and sex of the analyzed target population is recommended. To delve into the interpretation of the results of each indicator and the characteristics of the study population, it is advisable to disaggregate them according to other variables of interest such as, for example, health status, level of education or socio-economic level of users attended. In the latter case, incorporating this into the clinical administrative sources of information, such as the Primary Health Care Clinical Data Base, is being promoted.
- Promoting the measurement of the 11 prioritized indicators, which in their majority can be calculated from routine clinical-administrative information sources, is recommended. These indicators will allow to deep-

en into key aspects of interest mainly for health planning and management as mentioned previously.

- The implementation of the 11 prioritized indicators will serve as the basis for progress in future evaluations of the fulfilment of the objectives of the Strategy for Addressing Chronicity (see figure 1),¹ among which they are encourage: the promotion of health, the prevention of conditions and limitations of health, the continuum of care, the reorientation of health care (for example: identify each attended user's level of need and facilitate the provision of appropriate interventions), as well as equity and equality of treatment and research and innovation.
- Future studies of implementation of this proposal of indicators will allow to demonstrate the validity of construct and sensitivity to changes in order to detect best practices and aspects of care and management to be improved within the framework of the Strategy for Addressing Chronicity in the Spanish National Health System.

1. Ministry of Health, Social Services and Equality. Strategy for Addressing Chronicity in the National Health System (NHS). Dept of Health 2012 [accessed 17/11/2015] Available: http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/ESTRATEGIA_ABORDAJE_CRONICIDAD.pdf

Fichas de los 11 indicadores prioritizados

Consideraciones generales:

- A continuación se describen las fichas completas de los 11 indicadores prioritizados que incluyen una fórmula, una descripción y justificación, conceptos que miden, fuentes de información para su cálculo, su grado de acuerdo en las diferentes fases de consenso con expertos y evidencia científica que les confiere robustez y validez de contenido.
- Debe tenerse en cuenta que se trata de una propuesta de indicadores que parte de la evolución de la medida de conceptos de indicador (aspectos relevantes) consensuados y concretados a partir de la revisión de diferentes fuentes de información e iniciativas existentes en el Sistema Nacional de Salud.
- Es importante mencionar que todos los indicadores prioritizados se centran en población diana de usuarios atendidos en diferentes recursos sanitarios con uno o más problemas crónicos implicando un diagnóstico desde atención primaria de salud con curso evolutivo largo.² Como se ha mencionado con anterioridad, cuando se realice la implementación de los indicadores prioritizados (que se escapa al objetivo del presente proyecto) será necesario definir las condiciones y patologías que deben incluirse en el cálculo de sus numeradores y denominadores.
- Para el cálculo de los indicadores prioritizados, será necesario tener en cuenta sistemas de estratificación poblacional que permitan identificar usuarios atendidos en función de la presencia de problemas crónicos de salud y su complejidad (ver indicador 1: “Usuarios con problemas crónicos atendidos en atención primaria según perfiles de estratificación de su estado de salud”).
- Las fichas de indicadores revisadas por expertos en el marco de la Estrategia de Abordaje de la Cronicidad en el Sistema Nacional de Salud son una aproximación a la homogeneización de los criterios y conceptos for-

2. Adaptado de: Terminología de la cronicidad. Barcelona: TERMCAT. Generalitat de Catalunya, 2013.

mulados que fueron priorizados a lo largo del presente proyecto de consenso. La descripción de los diferentes términos y elementos de dichas fichas quiere ser una aproximación lo más precisa posible para facilitar su proceso de implementación. En su defecto, la presente propuesta puede ser de utilidad para estimular su implementación. Como se ha mencionado, es posible que requieran alguna pequeña modificación una vez testada su validez de constructo en su fase de implementación.

Indicadores para la caracterización de la población y resultados finales (estado de salud/efectividad)

Ficha indicador 1. Usuarios con problemas crónicos atendidos en atención primaria según perfiles de estratificación de su estado de salud	
Título:	Usuarios con problemas crónicos atendidos en atención primaria según perfiles de estratificación de su estado de salud
Fórmula:	(número de usuarios atendidos en atención primaria de salud en cada subgrupo/estrato definido de estado de salud y nivel de complejidad/total de usuarios atendidos en estos dispositivos de atención primaria de salud)*100 en un periodo X
Tipo:	Resultado final Dimensión: Estado de salud/necesidades de la población
Fuentes de datos:	Podría ser calculado a partir de información disponible en la Base de Datos Clínicos de Atención Primaria de Salud u otras fuentes de información clínico-administrativas.
Descripción:	Porcentaje de usuarios en cada subgrupo/estrato definido a partir de un sistema que clasifique la población en base a su estado de salud y consumo de recursos que son atendidos en atención primaria en un periodo determinado. En el Sistema Nacional de Salud (SNS) existen CCAA que han iniciado la definición e implementación de sistemas de estratificación poblacional comunes. Algunos de los sistemas de agrupación de la morbilidad más utilizados en nuestro contexto son los Grupos de Riesgo Relacionados (Clinical Risk Groups, CRG) o más recientemente los Grupos de Morbilidad Ajustados (GMA), que están en proceso de implementación. Para el cálculo de cada subgrupo o estrato debe tenerse en cuenta un agrupador que clasifica a los usuarios atendidos en función de su (multi) morbilidad (usuarios sanos, con trastornos agudos, con patología crónica en un sistema, etc.) y la complejidad (Monteverde et al., 2014).
Justificación:	Es importante conocer el perfil y las 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 servicios y asignación adecuada de recursos. Estos sistemas de estratificación poblacional permiten calcular las conocidas pirámides poblacionales de riesgo para caracterizar a la población atendida en estratos de acuerdo a la probabilidad de necesitar recursos sanitarios.
Interpretación:	En general, estratos más altos en el sistema de estratificación poblacional indican mayor presencia de enfermedad crónica, complejidad/fragilidad.

Grado de consenso de expertos:	<p>Acuerdo elevado en la reunión de consenso final.</p> <p>Consenso presencial:</p> <ul style="list-style-type: none"> – 2.ª reunión (final; n=31): acuerdo elevado (11 votos a favor de las 15 CCAA que participan) – 1.ª reunión (n=31): considerado relevante (12 votos a favor) <p>Consenso electrónico (n=175): considerado importante, aunque no llega al umbral de factibilidad percibida</p>
Bibliografía:	<ul style="list-style-type: none"> – 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. – Monteverde D, Vela E, Clèries M. Grups de morbiditat ajustats. Resultats de la validació clínica. Barcelona: Servei Català de la Salut. Departament de Salut; 2014. – Hughes JS, Averill RF, Eisenhandler J, Goldfield NI, Muldoon J, Neff JM, et al. Clinical risk groups (CRGs). A classification for risk-adjusted capitation-based payment and health care management. <i>Med Care</i>. 2004;42(1):81-90. – Alderwick H, Ham C, Buck D. Population health systems. Going beyond integrated care. King’s Fund. Ideas that change the health care. London (United Kingdom); 2015. [consulta 22 febrero 2016]. Disponible en: www.kingsfund.org.uk/sites/files/kf/field/field_publication_file/population-health-systems-kingsfund-feb15.pdf – Bengoa R. Innovaciones en la gestión de las enfermedades crónicas. <i>JANO Medicina y Humanidades</i>. 2008(1178);49-52. [consulta 22 febrero 2016]. Disponible en: www.jano.es/ficheros/sumarios/1/0/1718/49/00490052_LR.pdf

Ficha indicador 2. Calidad de vida relacionada con la salud de usuarios con problemas crónicos y de sus cuidadores	
Título:	Calidad de vida relacionada con la salud de los usuarios con problemas crónicos y de sus cuidadores
Fórmula:	[puntuación media en una dimensión X de calidad de vida relacionada con la salud de usuarios con problemas crónicos (y de sus cuidadores)] en un momento X
Tipo:	Resultado final Dimensión: Estado de salud/efectividad
Fuentes de datos:	Podría ser calculado a partir de cohortes prospectivas ad hoc u otras fuentes de información.
Descripción:	Puntuación media de calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) de usuarios con problemas crónicos y de sus cuidadores. Se puede describir la CVRS de usuarios con problemas crónicos de salud y la de sus cuidadores principales atendidos en diferentes programas o ámbitos de atención de forma global o para dimensiones específicas (bienestar físico, psicológico y social, así como limitaciones funcionales como consecuencia de problemas crónicos de salud). Su medición permitirá conocer las necesidades de usuarios atendidos y sus cuidadores principales, así como el grado de mantenimiento o mejora de su CVRS, en el caso de realizar seguimientos longitudinales (medición del beneficio percibido/efectividad de la atención). Se recomienda el uso de un instrumento validado (por ejemplo, Euroqol o SF-36).
Justificación:	A pesar de la complejidad de la medición de la CVRS, diversos estudios confirman la importancia y relevancia percibida por expertos clave de este tipo de medidas percibidas de salud para detectar necesidades en salud de usuarios con problemas crónicos. También permitiría evaluar la efectividad de los programas de atención a la cronicidad. La implementación de este tipo de medidas permitiría describir el estado de salud de los usuarios teniendo en cuenta diversas dimensiones de la salud percibida. El uso de instrumentos genéricos de CVRS como el Euroqol o SF-36 permitiría comparar subgrupos de la población con diferentes problemas crónicos y detectar necesidades en salud no cubiertas.
Grado de consenso de expertos:	Acuerdo bajo en la reunión de consenso final; sin embargo, relevancia e importancia en fases previas. Consenso presencial: – 2.ª reunión (final, n=31): 5 votos a favor de las 15 CCAA que participan; no acuerdo/acuerdo bajo – 1.ª reunión metaplan (n=31): bastante relevante (24 votos a favor) Consenso vía electrónica (n=175): considerado importante y relevante, aunque no llega al umbral de factibilidad percibida
Bibliografía:	– Bruin SR, Versnel N, Lemmens LC, Molema CCM, Schellevis FG, Nijpels G, et. Comprehensive care programs for patients with multiple chronic conditions: a systematic literature review. <i>Health Policy</i> . 2012;102:108-45. - Porter ME. What is value in health care? <i>N Engl J Med</i> . 2010;363:2477-81. – Bower P, Knowles S, Coventry PA, Rowland N. Counselling for mental health and psychosocial problems in primary care. <i>Cochrane Database Syst Rev</i> . 2011 Sep 7;(9):CD001025. – Swan J, Sorrell E, MacVicar B, Durham R, Matthews K. “Coping with depression”: an open study of the efficacy of a group psychoeducational intervention in chronic, treatment-refractory depression. <i>J Affect Disord</i> . 2004;82(1):125-9.

Indicadores de resultado intermedio (utilización/adecuación de servicios)

Ficha indicador 3. Utilización de urgencias hospitalarias por usuarios con problemas crónicos	
Título:	Utilización de urgencias hospitalarias por usuarios con problemas crónicos
Fórmula:	(sumatorio de visitas a los dispositivos de urgencias hospitalarias de usuarios con problemas crónicos/número de usuarios con problemas crónicos que han contactado estos dispositivos de urgencias hospitalarias) en un periodo X
Tipo:	Resultado intermedio Dimensión: Uso de servicios/adecuación
Fuentes de datos:	Podría ser calculado a partir de información disponible en el Conjunto Mínimo Básico de Datos de Urgencias Hospitalarias.
Descripción:	Media de visitas a servicios de urgencias hospitalarias por usuarios con problemas crónicos de salud. Este indicador mide la intensidad de visitas o contactos a urgencias hospitalarias. En la medida de disponibilidad de datos se recomienda acompañar el presente indicador con la frecuentación de urgencias de pacientes crónicos desde la atención primaria de salud o servicios de urgencias específicos en las comunidades autónomas (CCAA).
Justificación:	Se espera que ante una atención más coordinada e integrada en el ámbito de la cronicidad, se pueda controlar mejor la enfermedad y haya menos descompensaciones, de forma que no requieran tantas visitas a urgencias hospitalarias (Robles et al.). Cabe tener en cuenta que para la determinación del perfil de estratificación del riesgo se utilizan variables de consumo de recursos como la frecuentación de urgencias (Monteverde et al.). El presente indicador es útil para disponer de información 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 informativo, adhesión a un servicio, programa de cronicidad, etc.).
Grado de consenso de expertos:	Acuerdo bajo en la reunión de consenso final; sin embargo, consenso en fases previas. Consenso presencial: – 2.ª reunión (final, n=31): propuesto por 2 CCAA de las 15 CCAA que participan; no consenso/acuerdo bajo – 1.ª reunión (n=31): algo relevante (4 votos a favor) Consenso vía electrónica (n=175): considerado importante y factible
Bibliografía:	– 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. – 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. Barcelona: 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;13:60-5. – Laboratorio de prácticas innovadoras en polimedición y salud. Estrategias para el abordaje integral de pacientes polimedificados. Curso Polimedición y Saud 2012-2013 (tema 1). Merida: Consejería de sanidad y dependencia. Gobierno de Extremadura.

Ficha indicador 4. Utilización de atención primaria de salud por usuarios con problemas crónicos

Título:	Utilización de atención primaria de salud por usuarios con problemas crónicos
Fórmula:	[sumatorio de visitas (contactos) a los dispositivos de atención primaria de salud de usuarios con problemas crónicos (vinculadas a profesionales en medicina de familia, pediatría y/o enfermería)/número de usuarios con problemas crónicos que han contactado dichos dispositivos de atención primaria de salud] en un periodo X
Tipo:	Resultado intermedio Dimensión: Uso de servicios/adecuación
Fuentes de datos:	Podría ser calculado a partir de información disponible en la Base de Datos Clínicos de Atención Primaria de Salud
Descripción:	Media de visitas de usuarios con problemas crónicos a profesionales sanitarios vinculados a la atención primaria de salud (medicina familiar y comunitaria, pediatría y/o enfermería), ya sean visitas convencionales o de atención domiciliaria. Este indicador mide la intensidad de visitas o contactos a la atención primaria de salud. Permitirá describir y detectar qué programas o estrategias están más enfocadas a la atención centrada en la primaria de salud para la detección de necesidades y el seguimiento de usuarios con problemas crónicos de salud.
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 con problemas crónicos. Ante una mayor atención centrada en la primaria de salud, se esperan menos descompensaciones de los usuarios y menos reingresos y utilización inadecuada de urgencias hospitalarias. Como en el caso del indicador de utilización de urgencias hospitalarias, para la validación y ajuste de sistemas de estratificación poblacional del riesgo se utilizan indicadores de consumo de recursos como los contactos a atención primaria de salud (Monteverde et al.).
Grado de consenso de expertos:	Acuerdo bajo en la reunión de consenso final, si consenso en fases previas. Consenso presencial: — 2.ª reunión (final, n=31): no valorado en el consenso final — 1.ª reunión (n=31): bastante relevante (21 votos a favor) Consenso vía electrónica (n=175): considerado importante y factible
Bibliografía:	<ul style="list-style-type: none"> — 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. — Estrategia para el abordaje de cronicidad en el Sistema Nacional de Salud. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2012. — Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias (AETS). Revisión de intervenciones en Atención Primaria para mejorar el control de las enfermedades crónicas. Madrid: AETS. Instituto de Salud Carlos III; 2003. Informe de Evaluación de Tecnologías Sanitarias N° 39. — Starfield B. Primary care: an increasingly important contributor to effectiveness, equity and efficiency of health services. SESPAS report. Gac Sanit 2012;26(S):20-6.

Ficha indicador 5. Días acumulados de hospitalización por usuarios con problemas crónicos	
Título:	Días acumulados de hospitalización por usuarios con problemas crónicos
Fórmula:	(sumatorio de días de ingreso hospitalario por cualquier causa de usuarios con problemas crónicos/número de usuarios con problemas crónicos de salud con ingreso hospitalario por cualquier causa) durante un periodo X
Tipo:	Resultado intermedio Dimensión: Uso de recursos/adecuación
Fuentes de datos:	Podría ser calculado a partir de la información disponible en el Conjunto Mínimo Básico de Datos Hospitalarios
Descripción:	Media de días de ingreso en el hospital de agudos por cualquier causa a lo largo de un periodo X de usuarios con problemas crónicos. Este indicador puede calcularse a partir de los datos de ingresos en hospitales convencionales de agudos (programadas y urgentes respectivamente) y complementarse con los datos en hospitales monográficos de salud mental y recursos de la red sociosanitaria. Este indicador mide la intensidad de utilización de ingresos hospitalarios.
Justificación:	Este indicador complementa información sobre otros indicadores que miden uso de servicios y adecuación de programas de atención en el ámbito de cronicidad para reducir el tiempo inadecuado de usuarios en el ámbito hospitalario. Se espera que ante una mayor atención coordinada e integrada y liderazgo de atención primaria de salud 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 de expertos:	Acuerdo bajo en la reunión de consenso final, si consenso en fases previas. Consenso presencial: – 2ª reunión (final, n=31): propuesto por 3 CCAA de las 15 CCAA que participan, no consenso/acuerdo bajo – 1ª reunión (n=31): algo relevante (8 votos a favor) Consenso vía 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. Barcelona: Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya; 2013. [documento interno] – 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. Christchurch (New Zealand): New Zealand Health Technology Assessment (NZHTA); 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. Med Care Res Rev. 2006;63(5):531-69.

Ficha indicador 6. Usuarios con problemas crónicos polimedificados atendidos en atención primaria de salud

Título:	Usuarios con problemas crónicos polimedificados atendidos en atención primaria de salud
Fórmula:	[número de usuarios con problemas crónicos atendidos en atención primaria de salud que toman diversos principios activos diferentes (durante un periodo de más de 6 meses)/número de usuarios con problemas crónicos atendidos en atención primaria de salud]*100 durante un periodo X
Tipo:	Resultado final Dimensión: Uso de recursos/adequación
Fuentes de datos:	Puede ser calculado a partir de la información disponible en la Base de Datos Clínicos de Atención Primaria
Descripción:	Porcentaje de usuarios con problemas crónicos en diferentes estratos de medicación, por ejemplo: hasta 5 medicamentos, más de 5 y menos de 10 (6-9), de 10 a 17 y 18 o más medicamentos.
Justificación:	El consumo de fármacos en pacientes crónicos con problemas de salud avanzados es elevado. 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 en cuanto a los puntos de corte de principios activos diferentes que deben incluirse en los rangos 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 recursos sanitarios, así como la adecuación de recursos. 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 de expertos:	Acuerdo bajo en la reunión de consenso 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 vía 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. Barcelona: Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya; 2013. [documento interno] — Bjerrum L, Rosholm JU, Hallas J, Kragstrup. Methods for estimating the occurrence of polypharmacy by means of a prescription database. Eur J Clin Pharmacol. 1997;53:7-11 — Villafaina Barroso A, García García S. Grado de conocimiento y cumplimiento terapéutico, y prevalencia de los problemas relacionados con los medicamentos en mayores de 70 años en una zona básica de salud. Pharm Care Esp. 2009;11:157-70. — Laboratorio de prácticas innovadoras en polimedicación y salud. Estrategias para el abordaje integral de pacientes polimedificados. Curso Polimedicación y Saud 2012-2013 (tema 1). Merida: Consejería de sanidad y dependencia. Gobierno de Extremadura.

Ficha indicador 7. Hospitalizaciones potencialmente evitables en usuarios con problemas crónicos

Título:	Hospitalizaciones potencialmente evitables en usuarios con problemas crónicos
Fórmula:	(número de altas en usuarios con problemas crónicos en hospitales convencionales de agudos por determinadas patologías consideradas potencialmente evitables*)/número de altas de hospitalización convencional de agudos en usuarios con problemas crónicos)*100 durante un periodo X
Tipo:	Resultado intermedio Dimensión: Adecuación
Fuente de datos:	Puede ser calculado a partir del Conjunto Mínimo Básico de Datos Hospitalario
Descripción:	Proporción de altas de hospitalización convencional en usuarios con problemas crónicos 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 usuarios 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 hospitalizaciones por 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 de expertos:	Acuerdo elevado en la reunión de consenso final Consenso presencial: – 2ª reunión (final, n=31): acuerdo elevado (14 votos a favor de las 15 CCAA que participan) – 1ª reunión (n=31): considerado bastante relevante (30 votos a favor) Consenso electrónico (n=175): considerado importante y relevante, aunque no llega al umbral en la factibilidad percibida
Bibliografía:	<ul style="list-style-type: none"> – Módulo de Seguimiento de Indicadores de calidad (MSIQ). Indicadores AHRQ de calidad de la prevención. Barcelona: Servei Català de la Salut; 2014. – Abadía-Taira MB, Martínez-Lizaga N, García-Armesto S, Ridaó-López M, Yañez F, Seral-Rodríguez M, et al. Variabilidad en las hospitalizaciones potencialmente evitables relacionadas con la reanudación de enfermedades crónicas. VPM Atlas de Variaciones en la Práctica Clínica. 2011, número 8;5(2). – Observatorio del Sistema de Salud de Cataluña. Central de Resultados. Ámbito Hospitalario. Datos 2013. Barcelona: Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya; 2014. – Gérvas 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.

Ficha indicador 8. Reingresos hospitalarios de usuarios con problemas crónicos	
Título:	Reingresos hospitalarios de usuarios con problemas crónicos
Fórmula:	[número de altas hospitalarias por reingreso (ingreso posterior urgente relacionado clínicamente con otro ingreso previo durante un intervalo de 90 días), en usuarios con problemas crónicos/número de altas hospitalarias en usuarios con problemas crónicos]* 100 en un periodo X
Tipo:	Resultado intermedio Dimensión: Uso de servicios/adequación
Fuentes de datos:	Puede ser calculado a partir del Conjunto Mínimo Básico de Datos Hospitalarios
Descripción:	Porcentaje de altas hospitalarias por reingreso hospitalario de usuarios con problemas crónicos. Se refiere a los reingresos de usuarios con problemas crónicos por un proceso relacionado con su alta hospitalaria anterior. El indicador se calcula como reingreso hasta los 90 días del alta hospitalaria.
Justificación:	Este indicador puede complementar a los indicadores priorizados que miden consumo de recursos/adequación como el indicador de utilización de urgencias hospitalarias y días acumulados de hospitalización. Se espera que ante una atención más centrada en la atención primaria de salud y coordinada e integrada y como consecuencia de una monitorización del estado de salud de los usuarios, menos complicaciones o descompensaciones de problemas crónicos de salud se produzcan menos reingresos hospitalarios.
Grado de consenso de expertos:	Acuerdo bajo en la reunión de consenso final, si consenso en fases previas. Consenso presencial: — 2.ª reunión (final, n=31): 1 CCAA lo propone de las 15 CCAA que participan; no acuerdo/acuerdo bajo — 1.ª reunión (n=31): bastante relevante (30 votos a favor) Consenso vía electrónica (n=175): considerado importante y factible
Bibliografía:	<ul style="list-style-type: none"> — Indicadores y ejes de Análisis del CMBD. Estadísticas/Estudios-Sistemas de Información. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. — 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). Indicadores AHRQ de calidad de la prevención. Barcelona: Servei Català de la Salut; 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. Barcelona: 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. <i>Am J Manag Care</i>. 2011;17(9):e348-57. — Bruin SR, Versnel N, Lemmens LC, Molema CCM, Schellevis FG, Nijpels G, et. Comprehensive care programs for patients with multiple chronic conditions: a systematic literature review. <i>Health Policy</i>. 2012;102:108-45. — Porter ME. What is value in health care? <i>N Engl J Med</i>. 2010; 363:2477-81.

Ficha indicador 9. Usuarios con problemas crónicos atendidos en atención primaria de salud derivados a servicios sociales (ámbito sanitario)	
Título:	Usuarios con problemas crónicos atendidos en atención primaria de salud derivados a servicios sociales (ámbito sanitario)
Fórmula:	[número de usuarios con problemas crónicos atendidos en atención primaria de salud derivados a un profesional de servicios sociales del ámbito sanitario/número de usuarios con problemas crónicos atendidos en estos dispositivos de atención primaria de salud)]*100 en un periodo X
Tipo:	Resultado final Dimensión: Uso de servicios/atención integrada
Fuente de información:	Podría ser calculado a partir de información disponible en la Base de Datos Clínicos de Atención Primaria .
Descripción:	Porcentaje de usuarios con problemas crónicos atendidos en atención primaria de salud que han sido derivados a un profesional de servicios sociales del ámbito sanitario. Este concepto se utiliza para medir de forma indirecta la necesidad de apoyo social profesional considerado relevante en fases previas de la priorización de indicadores. Además de describir el uso de servicios sanitarios que realizan las personas con problemas crónicos de salud, la implementación de este indicador permitirá conocer el uso de servicios sociales específicos de la atención primaria de salud.
Justificación:	Uno de los problemas relevantes de personas con problemas crónicos y frágiles con edad más avanzada es la necesidad de recibir atención de los 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 profesional.
Grado de consenso de expertos:	Acuerdo moderado en la reunión de consenso final . Consenso presencial: — 2.ª reunión (final; n=31): acuerdo moderado (9 votos a favor de las 15 CCAA que participan) — 1.ª reunión metaplan (n=31): considerado algo relevante (6 votos a favor) Consenso vía electrónica (n=175): considerado importante y relevante, aunque no llega al umbral de factibilidad percibida
Bibliografía:	— Observatorio de salud de Asturias. Documento técnico del Observatorio de Salud de Asturias. Documento de indicadores ampliado, 2012. — Causapié Lopesino P, Balboutin López-Cerón A, Porras Muñoz M, Mateo Echanagorría A. Envejecimiento activo. Libro blanco. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Secretaría General de Política Social y Consumo. Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO); 2011. — Estrategia para el abordaje de cronicidad en el Sistema Nacional de Salud. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2012. — Indicadores empleados por el Sistema Estatal de Información de Servicios Sociales (SEISS). Servicios sociales de atención primaria. Madrid: Instituto de Mayores y Servicios Sociales. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

Indicadores de proceso (estado de salud/empoderamiento)

Ficha indicador 10. Valoración de estilos de vida no saludables de usuarios con problemas crónicos en atención primaria de salud	
Título:	Valoración de estilos de vida no saludables de usuarios con problemas crónicos en atención primaria de salud
Fórmula:	[usuarios con problemas crónicos atendidos en atención primaria de salud a los que se les ha realizado una valoración individual de los principales estilos de vida no saludables (*): sedentarismo –inactividad física–, dieta no saludable, consumo de tabaco, consumo de riesgo perjudicial de alcohol, estrés/discomfort emocional, riesgos de lesiones no intencionales/usuarios con problemas crónicos atendidos en atención primaria de salud]*100 en un periodo X
Tipo:	Proceso Dimensión: Estado de salud/empoderamiento
Fuente de datos:	Podría ser calculado a partir de información disponible en la Base de Datos Clínicos de Atención Primaria de Salud u otras fuentes de información clínico-administrativas .
Descripción:	Porcentaje de usuarios con problemas crónicos atendidos en atención primaria de salud a los que se les ha realizado una valoración por parte de profesionales de medicina familiar y comunitaria o enfermería de sus principales estilos de vida no saludables (*). Referencia “Estrategia de promoción de la salud y prevención en el Sistema Nacional de Salud”, MSSSI, 2014: se considera conducta sedentaria cualquier conducta con un gasto energético menor de 1,5 METS estando sentado o reclinado (MET: equivalente metabólico o cantidad de energía-oxígeno que el cuerpo utiliza; cuanto más trabaja el cuerpo durante la actividad física más elevado es el nivel MET); la inactividad física se define en individuos inactivos que no alcanzan las recomendaciones de actividad física; la alimentación no saludable implica un bajo consumo de frutas y verduras, un alto consumo de grasas, sal y azúcares refinados; el consumo de tabaco implica un consumo diario u ocasional; el consumo de riesgo de alcohol implica que eleva el riesgo de sufrir consecuencias en el consumidor; mientras que el consumo perjudicial o nocivo de alcohol es un patrón de consumo que causa daño a la salud, físico o mental y, a menudo, consecuencias sociales adversas; el estrés o discomfort emocional hace referencia a una sobrecarga emocional que experimenta la persona (en general, el estrés se asocia a peores estilos de vida, como el ejercicio físico o hábitos alimentarios); finalmente, los riesgos de lesiones no intencionales, denominadas con frecuencia “accidentes”, producen un daño corporal que tiene como consecuencia la inmediatez entre el tiempo al factor de riesgo y la lesión que produce (p.ej.,las caídas).

Justificación:	Este indicador de proceso implica un primer paso para caracterizar las necesidades en salud de la población con problemas crónicos de salud para poder proponer estrategias de promoción y prevención de la salud desde la atención primaria de 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 de proceso que mide el estado de salud y empoderamiento de los usuarios para evitar progresión/deterioro de su salud.
Interpretación:	Cuanto mayor sea el valor del indicador más incidencia en valorar la presencia de hábitos no saludables de los usuarios atendidos desde la atención primaria de salud.
Grado de consenso de expertos:	Acuerdo moderado en la reunión de consenso final . Consenso presencial: – 2.ª reunión (final; n=31): acuerdo moderado (8 votos a favor de las 15 CCAA que participan) – 1.ª reunión (n=31): considerado poco relevante (1 voto a favor) Consenso vía electrónica (n=175): considerado importante y relevante, aunque no llega al umbral de factibilidad percibida
Bibliografía	<ul style="list-style-type: none"> – 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. Madrid: Dirección General de Salud Pública, Calidad e Innovación. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2013. – 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. Madrid: Dirección General de Salud Pública, Calidad e Innovación. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2015. – Recomendaciones para la población sobre actividad física y reducción del sedentarismo. Estrategia de promoción de la salud y prevención en el Sistema Nacional de Salud. Madrid: Dirección General de Salud Pública, Calidad e Innovación. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2015. – Estrategia para el abordaje de la cronicidad en el Sistema Nacional de Salud (SNS). Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad; 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). Helsinki (Finland): National Institute for Health and Welfare (THL); 2012, Report 49/2012. – Observatorio de salud de Asturias. Documento técnico del Observatorio de Salud de Asturias. Documento de indicadores ampliado, 2012. Oviedo. Disponible en: www.obsaludasturias.com/obsa/wp-content/uploads/Doc-Indicadores-ampliado-2012-VD.pdf – 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. Disponible en: http://apps.who.int

Indicadores de estructura (coordinación/ atención integrada)

Ficha indicador 11. Acceso y uso de historias clínicas digitales por parte de diferentes profesionales sanitarios que atienden a usuarios con problemas crónicos	
Título:	Acceso y uso de historias clínicas digitales por parte de diferentes profesionales sanitarios que atienden a usuarios con problemas crónicos
Fórmula:	(sumatorio de número de accesos a historias clínicas digitales por parte de diferentes profesionales que atienden a usuarios con problemas crónicos/total de usuarios con problemas crónicos incluidos en la historia clínica digital) en un periodo X
Tipo:	Estructura Dimensión: Atención coordinada/integrada
Fuente de información	Puede ser calculado a partir de información disponible en los sistemas de información compartida en cada comunidad autónoma.
Descripción:	Media de accesos a historias clínicas digitales por parte de los diferentes profesionales que atienden a usuarios con problemas crónicos (por ejemplo, la historia clínica compartida u otros sistemas de gestión integrada de información de la atención que utilizan los profesionales sanitarios). Es necesario obtener información sobre el volumen de accesos a sistemas de información compartidos por diferentes profesionales para usuarios atendidos en cada CCAA.
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 media de accesos al sistema de información compartido por diferentes profesionales que les atienden sea más elevada.
Grado de consenso de expertos	Acuerdo moderado en la reunión de consenso final .
	Consenso presencial: – 2.ª reunión (final; n=31): acuerdo moderado (9 votos a favor de las 15 CCAA que participan) – 1.ª reunión (n=31): considerado relevante (19 votos a favor) Consenso vía electrónica (n=175): considerado importante y relevante, aunque no llega al umbral de consenso en la factibilidad percibida
Bibliografía:	<ul style="list-style-type: none"> – 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. Barcelona: Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya; 2013. [documento interno] – Plan de Sistemas de Información. Base de datos de usuarios-BDU Aragón. Zaragoza: Departamento de Salud y Consumo. Gobierno de Aragón. – Marimon-Suñol S, Rovira-Barberà M, Acedo-Anta M, Nozal-Baldajos MA, Guanyabens-Calvet J. Historia Clínica Compartida de Cataluña. Med Clin (Barc). 2010;134(Supl 1):45-8.

Informe técnico global

Introducción

Existe cada vez más demanda en los sistemas sanitarios de dar respuesta a las necesidades y retos que plantea la cronicidad y la pluripatología. En este contexto, se hace necesario profundizar en las necesidades de los usuarios y adecuar la atención de servicios de salud a dichas necesidades [Estrategia de Abordaje de la Cronicidad, 2012; Alderwick et al., 2015; Bruin et al., 2012; Bengoa, 2008]. La atención a la cronicidad, por otra parte, plantea un reto en cuanto a su evaluación al tener en cuenta intervenciones complejas así como diferentes ámbitos de atención y profesionales implicados de diferentes disciplinas. En el inicio del presente proyecto, se identifican pocos estudios en nuestro contexto que evalúen 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 y enfoques que existen en las CCAA. En este 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 el 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 Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya (AQuAS), empresa pública del Departamento de Salud de la Generalitat de Catalunya, 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).³ El plan de implementación de dicha Estrategia 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 su implantación 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. Es importante mencionar que los objetivos principales de dicha EAC son fomentar (**anexo 1**): a) la promoción de la salud, b) la prevención de condiciones y limitaciones de salud, c) la continuidad asistencial, d) la reorientación de la atención primaria (por ejemplo, identificar

3. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (MSSSI). Estrategia de Abordaje de la cronicidad en el Sistema Nacional de Salud. Madrid, 2012.

a cada paciente según necesidad y facilitar una atención adecuada), e) la equidad en salud e igualdad de trato, y f) la investigación e innovación.

Se propuso realizar un estudio para identificar, seleccionar y consensuar los aspectos más relevantes e indicadores a tener en cuenta para evaluar la atención a la cronicidad en el Sistema Nacional de Salud, en el marco de la implementación de la Estrategia de Abordaje a la Cronicidad (**figura 2**). Se utilizó el marco conceptual para la definición y clasificación de indicadores propuestos para evaluar programas/modelos organizativos de atención a la cronicidad en Cataluña que fue coordinado desde la AQuAS en un estudio previo^{4,5}. Dicho modelo conceptual sirvió de base para la propuesta y el consenso de aspectos relevantes e indicadores para evaluar la atención a la cronicidad en el marco de la Estrategia de Abordaje de la Cronicidad en el presente proyecto. Se tuvieron en cuenta los siguientes elementos clave (ver **figura 2**):

- **población diana:** segmentada a partir de sistemas de estratificación poblacional en función del estado de salud y complejidad de usuarios atendidos (las denominadas pirámides de riesgo poblacional; por ejemplo, la definida por Kaiser Permanente basada en el principio de que no todas las personas con problemas crónicos de salud tienen las mismas necesidades; Bengoa, 2006; Alderwick, 2015);
- **enfoque de evaluación de la calidad asistencial de Avedis Donabedian**, que incorpora tres componentes para evaluar dicha calidad asistencial: la estructura de los servicios sanitarios, el proceso asistencial y los resultados de dichos servicios (Donabedian, 1988). En el presente proyecto se enfatizó la necesidad de tener en cuenta sobre todo los resultados de los diferentes programas y estrategias de atención a la cronicidad (tanto los resultados intermedios como los resultados finales);
- **enfoque de evaluación y clasificación de medidas de resultado de Michael E. Porter**, que enfatiza el valor de los servicios y sistemas de salud en función de los resultados de la atención y clasifica las medidas de resultado en 3 niveles [nivel 1: estado de salud conseguido/retenido, por ejemplo la supervivencia o grado de salud/recuperación que consiguen o retienen los usuarios atendidos; nivel 2: proceso de recuperación, por ejemplo el tiempo de recuperación o tiempo hasta el retorno a las actividades cotidianas de los usuarios así como la falta de adecuación de la atención recibida; nivel 3: man-

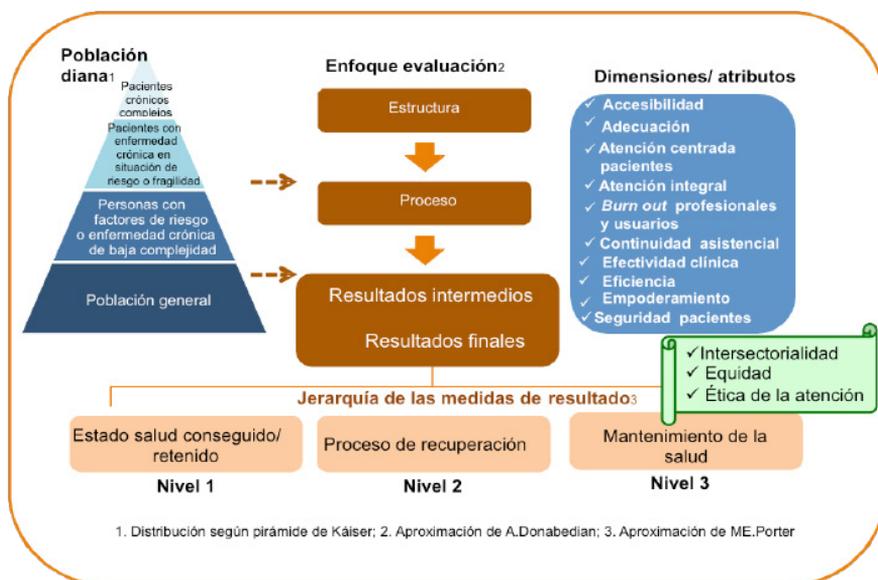
4. Grupo de Trabajo de Evaluación de la Cronicidad. Desarrollo de un marco conceptual e indicadores para evaluar la atención a la cronicidad. Primer informe. Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya. Departament de Salut, 2013.

5. 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.

tenimiento de la salud de los usuarios, que hace referencia a la sostenibilidad de la salud/recuperación a medio/largo plazo, así como las consecuencias a largo plazo del tratamiento (Porter, 2010)];

- **dimensiones o atributos de los servicios sanitarios:** se propusieron en un sentido amplio diferentes dimensiones o atributos a partir del enfoque de J. Muir Grair de evaluación de servicios y políticas sanitarias basadas en la evidencia científica, así como la propuesta de dimensiones/atributos planteada en la propia Estrategia de Abordaje de la Cronicidad (Muir Grair, 2001; Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad, 2012).

Figura 2. Marco conceptual de referencia para la propuesta y agrupación de indicadores para evaluar la atención a la cronicidad



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

En definitiva, el punto de partida del presente proyecto fueron, por un lado, el documento estratégico de la Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad en el SNS, que incluye los objetivos, alcance, justificación de las intervenciones y mejoras de atención, así como las prioridades planteadas por diferentes comités técnicos e institucionales vinculadas a dicha Estrategia (informe técnico EAC, 2012; ver objetivos principales en **anexo 1**); por otro lado, el proyecto realizado por la AQuAS previo de consenso y priorización de indicadores para evaluar la atención a la cronicidad en Cataluña. Además, se consideró importante tener en cuenta la propuesta inicial de aspectos rele-

vantes (conceptos de indicador) trabajados por cada CCAA en el marco del comité institucional de la Estrategia de Abordaje de la Cronicidad. Se consideró necesario priorizar y llegar a un mínimo común de aspectos concretos y medibles teniendo en cuenta el punto de vista de los profesionales implicados en los diferentes programas/estrategias de atención a la cronicidad.

Objetivos

Objetivo general

El objetivo principal del presente proyecto fue definir un grupo de indicadores para evaluar la atención a la cronicidad en el marco de la Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad⁶.

Objetivos específicos

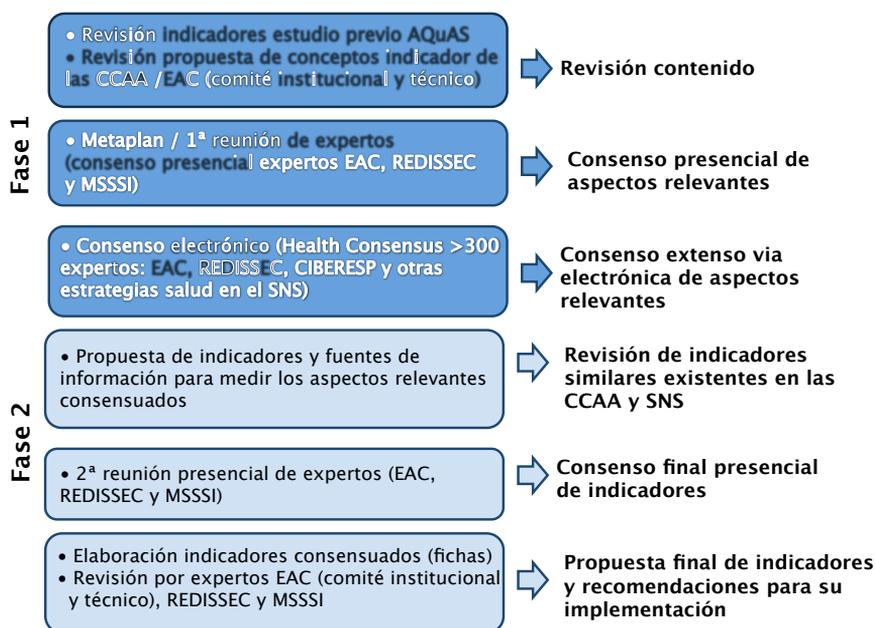
- La primera fase del proyecto tuvo como objetivo identificar y consensuar los aspectos más relevantes y prioritarios a tener en cuenta para dicha evaluación a partir de la opinión de expertos clave de diferentes CCAA y ámbitos, tanto en planificación, gestión, asistencia sanitaria y evaluación/investigación en servicios sanitarios en cronicidad.
- En la segunda fase se priorizó un grupo mínimo común de indicadores (que midieran los aspectos relevantes consensuados previamente) para fomentar su homogeneización y medición para evaluar dicha atención de acuerdo a su utilidad, validez y factibilidad a partir de los sistemas de información disponibles en las CCAA y en el Sistema Nacional de Salud.

6. Los indicadores priorizados recogidos en este documento se han elaborado como un marco donde las CCAA, en función de sus necesidades y disponibilidad de datos, pudieran fijarse para realizar el seguimiento de la atención a pacientes crónicos que se realiza en sus territorios. Queda fuera del alcance del presente proyecto la elaboración de indicadores para evaluar la implementación de la Estrategia de Abordaje de la Cronicidad (EAC) y conocer la consecución de sus objetivos y recomendaciones específicas. A pesar de esto, la presente propuesta podría servir de base para futuras evaluaciones de la implementación de la EAC.

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 (ver **anexo 1**). A continuación se detalla por orden cronológico del proyecto en función de las actividades realizadas en cada fase y los análisis llevados a cabo (**figura 3**).

Figura 3. Esquema metodológico del proyecto de consenso y propuesta de indicadores para evaluar estrategias de atención a 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; REDISSEC: Red de Investigación en Servicios Sanitarios en Enfermedades Crónicas; CIBERESP: CIBER de Epidemiología y Salud Pública; MSSSI: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

Fase 1. Revisión y priorización de aspectos relevantes

Revisión del contenido de iniciativas existentes

Se partió de un estudio previo de la AQuAS donde se incluyó un modelo conceptual de evaluación de la atención a la cronicidad en Cataluña antes mencionado, donde se priorizaron 18 indicadores (enfocados a evaluar los resultados de la atención, ver **figura 2** y **anexo 7**); además, se revisaron las propuestas de los de indicadores de cada CCAA en el marco del comité institucional de la EAC (**anexos 7 y 8**). Las propuestas de indicador (concepto de indicador/título) inicialmente propuestos por las CCAA se agruparon según el modelo conceptual de evaluación propuesto (**figura 2**), en función de la población diana, enfoque de evaluación de A. Donabedian de la calidad asistencial (estructura, proceso y resultados de la atención) y clasificación de los resultados de la atención y sistemas sanitarios de ME. Porter (estado de salud conseguido/retenido, proceso de recuperación y mantenimiento de la salud), así como diferentes dimensiones o atributos de los servicios sanitarios.

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 como a expertos de la REDISSEC, de la propia AQuAS y del MSSSI (n=51).

Primera reunión de consenso presencial (metaplan)

Se convocó una 1.ª reunión presencial de consenso (metaplan) a la que asistieron 31⁷ profesionales del grupo de expertos vinculados a la EAC y REDISSEC, procedentes de 17 CCAA (**anexo 2**). Esta reunión duró 4 horas y se llevó a cabo en la sede del MSSSI. La idea principal subyacente al utilizar esta técnica de consenso presencial era poder realizar un enfoque participativo y de consenso inicial de expertos más cualitativo de los aspectos rele-

7. Los moderadores de la reunión de consenso no propusieron conceptos de indicador.

vantes (conceptos de indicador) a tener en cuenta para evaluar la atención a la cronicidad en el Sistema Nacional de Salud.

En la 1.^a parte de la reunión presencial de consenso, se presentó la experiencia previa de Cataluña y la síntesis de propuestas de conceptos de indicador planteados previamente por las CCAA en el marco de la EAC (**anexo 7**) como punto de partida. Se enfatizó que el marco teórico de la presente evaluación de la atención a la cronicidad se centraría en los resultados y en la atención a la cronicidad (**figura 2**).

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 (ver **figuras 8a y 8b**).

Antes de la votación cualitativa de consenso por parte de los expertos, se discutió en grupo las propuestas de aspectos relevantes planteadas por los participantes, para alinear terminología y significados y argumentar su justificación. Se repartieron pegatinas de colores para la votación y se solicitó a cada experto que a la hora de votar los conceptos de indicador (votación de carácter más bien cualitativo) tuvieran en cuenta: su importancia/relevancia (impacto potencial en los resultados en salud en relación al aspecto evaluado: ¿la mejora en este indicador supone una mejora clínica relevante para los pacientes?); su factibilidad (las fuentes de información para la medida del indicador ya existía o la información proporcionada compensa el coste de la recogida de datos); y su aceptabilidad y utilidad (si el indicador cambia será debido a cambios en la calidad asistencial y si hay cambios en la calidad asistencial, cambiaría el indicador).

Por otra parte, se solicitó a cada experto que cuando emitiera su voto a los conceptos de indicador agrupados en un panel, pensara en su perfil profesional, en base a lo que consideraran era su máxima experiencia: en gestión, en el ámbito clínico/asistencial o en el ámbito de planificación o evaluación de servicios sanitarios. Cada participante podía votar los conceptos de indicador con un máximo de 14 pegatinas con el color de su perfil profesional: pegatina negra para los expertos que se definieron como gestores, pegatina naranja para los expertos que definieron su perfil como clínicos/asistenciales y pegatina azul para los profesionales que se definieron como planificadores o expertos en evaluación de servicios. Una vez emitidos todos los votos en los dos paneles colocando sus respectivas pegatinas, se realizaron fotografías de cada panel (**figuras 8a y 8b**). Para los análisis se contabilizó el número de veces que se proponía un mismo concepto de indicador o concepto similar de medida, así como el número de votaciones a ese

mismo concepto de indicador a nivel global y según perfil profesional: del ámbito de gestión, del ámbito clínico/asistencial y del ámbito de planificación o evaluación. Se describió la tipología de indicador y dimensión que medía y si este había sido propuesto en el estudio previo coordinado por AQuAS para evaluar la atención a la cronicidad en Cataluña; o en la propuesta de conceptos de indicador iniciales planteados inicialmente por las CCAA en el marco de la Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad (**anexos 7 y 8**).

Consenso electrónico y extenso de profesionales (Health Consensus)

El listado resultante de la 1.ª reunión de consenso presencial (metaplan) de aspectos relevantes/conceptos de indicador se valoró por un grupo más amplio de expertos mediante consenso electrónico a partir de la plataforma Health Consensus. Se trataba de realizar una valoración cuantitativa del grado de consenso de los conceptos de indicador propuestos.

¿Qué es la plataforma Health Consensus?

Para el consenso más extenso de expertos se aplicó la herramienta Health Consensus (HC, **figura 4**). 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, en colaboración con la empresa Onsanity. El sistema de valoración implica un modelo inspirado en la metodología Delphi que permite participar de manera asíncrona a un grupo de expertos en el consenso vía electrónica, en este proyecto de indicadores para evaluar la atención a la cronicidad en el SNS (Campbell, 2004; Jones, 1995, Monguet et al., 2015).

¿Qué información se recogió?

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

- *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 (**figura 4**).

Figura 4. Pantalla inicial del Health Consensus



- *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 (gestión, clínico/asistencial o planificación/evaluación) y puntuasen cada perfil según su experiencia profesional de 1 (mínima) a 3 (máxima); 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 1.ª reunión presencial de consenso que valorasen vía electrónica los conceptos de indicador propuestos en una 1.ª ola de consenso (**figuras 5 y 6**). En una 2.ª ola se solicitó la participación a un grupo más amplio de expertos. Los expertos de la 1.ª 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 al final de la 2.ª ola de consenso. Se solicitó a cada experto del comité institucional de la EAC que propusiera un experto adicional de su CCAA para su participación en la 2.ª 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 y enfermedades reumáticas y musculoesqueléticas su participación en la 2.ª ola de consenso. También a expertos de la REDISSEC y CIBERESP. 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 en el presente estudio de consenso electrónico.

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, **figuras 5 y 6**). Se añadió un espacio para poder añadir comentarios a cada concepto de indicador valorado. Se solicitó que valorasen cada concepto de indicador a partir de 3 criterios, en este caso con una escala cuantitativa de puntuación de 0 a 9 (0 “mínima”, 9 “máxima”):

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

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

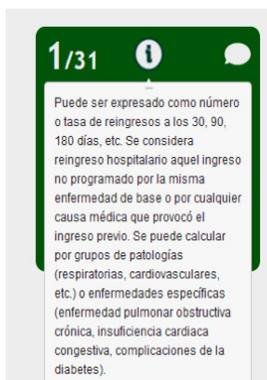
Aspectos relevantes para el paciente. ¿Qué capacidad de medir aspectos relevantes para el paciente le darías a este indicador?

Se explicó en la carta de invitación dirigida a los expertos y en las instrucciones del aplicativo Health Consensus que el objetivo del estudio de consenso de conceptos de indicador era priorizarlos para evaluar la atención a la cronicidad en el marco de la Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad.

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



Figura 6. Ejemplo de información adicional incluida en cada concepto de 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 una vez 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 experiencia en la participación del ejercicio de consenso electrónico 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 vía 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: 03, 46 y 79. (Brook, 1991; López-Aguilà, 2011). Se consideró que se llegaba al umbral de consenso si en las puntuaciones finales, el 75% o más de los expertos presentan puntuaciones entre 79 (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 antes mencionado (gestión, clínico/asistencial o planificación/evaluación de servicios sanitarios).

Fase 2. Priorización final de indicadores

Segunda reunión de consenso presencial de expertos

Se realizó una revisión de indicadores disponibles tanto a nivel de cada CCAA consultando al comité institucional y técnico de la EAC, expertos de la REDISSEC así como las fuentes de información sanitaria disponibles en el Sistema Nacional de Salud (SNS)⁸. Se realizó una propuesta de títulos de indicador de los conceptos priorizados en las fases previas (metaplan y consenso electrónico) para su discusión en una 2.ª reunión presencial de consenso. En esta 2.ª reunión presencial se realizó una priorización final de indicadores con miembros del comité institucional y técnico de la EAC y el MSSSI, así como expertos de la REDISSEC (n=31 expertos). 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 emitió un voto por CCAA participante. 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 en torno a los retos y recomendaciones de los indicadores para su implementación.

Priorización y propuesta final de indicadores para promocionar su medición e implementación

Para la propuesta final de indicadores, además de esta valoración de los expertos en la 2.ª reunión presencial, se tuvieron en cuenta las valoraciones realizadas a lo largo de todo el proceso de consenso. Se establecieron reco-

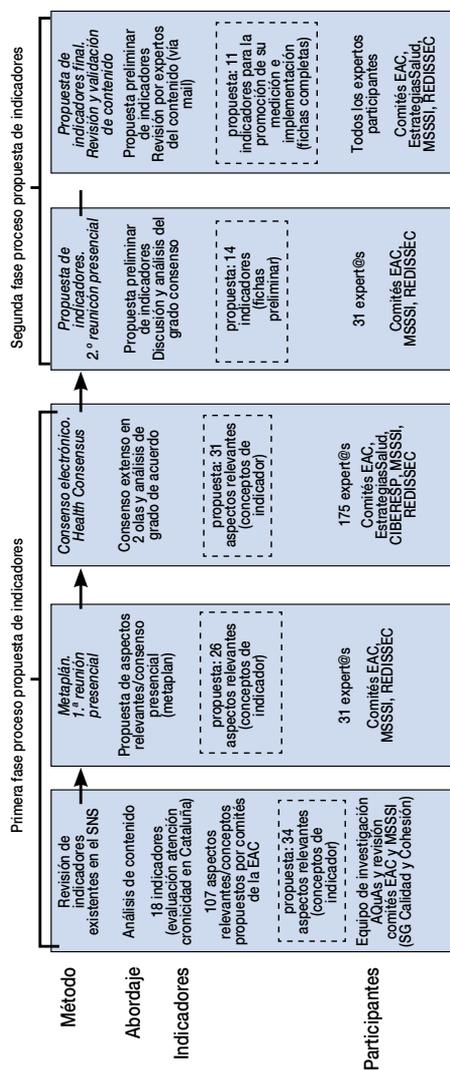
8. Portal Estadístico del Sistema Nacional de Salud [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad <https://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/home.htm>

mendaciones para la promoción de su medición común en las CCAA en una siguiente fase de implementación en base a: a) su inclusión y consenso moderado/elevado en la 1.ª reunión presencial, y/o b) consenso elevado vía electrónica, y/o c) consenso moderado/elevado en la 2.ª reunión final de consenso. Para la propuesta de fichas de indicador y fórmulas, se tuvieron en cuenta experiencias relevantes en el SNS que las aplicaran, lo que confiere 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. Estas fichas fueron revisadas por representantes del comité institucional de la EAC y del MSSSI participantes en las fases previas de consenso.

Resultados

Los resultados se describen siguiendo las fases cronológicas descritas con anterioridad en la metodología de este informe hasta obtener la propuesta final de los 11 indicadores que se proponen para la promoción de su medición y futura implementación. En la **figura 7** se presenta un resumen global de participantes, volumen de conceptos e indicadores propuestos siguiendo las fases del proyecto.

Figura 7. Participantes, aspectos relevantes e indicadores en las diferentes fases de consenso



Resultados fase 1

Revisión y priorización de aspectos relevantes

Revisión de iniciativas de las CCAA y consenso presencial (metaplan)

En la revisión inicial de propuestas de conceptos de indicador propuestas por los representantes de cada CCAA en el marco de la EAC, se identificaron 107 conceptos o aspectos relevantes a tener en cuenta para la evaluación de la atención en cronicidad (ver **anexos 7 y 8**). Del total, 16 se proponen en 2 o más CCAA (el resto de 91 conceptos de indicador se proponen solo en una CCAA): 54 miden el 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 1.^a reunión presencial de consenso (metaplan), se ratificó que la propuesta de conceptos de indicador o aspectos relevantes se centraría en los resultados de la atención. Además de las dimensiones y atributos del modelo conceptual de evaluación (**figura 2**) 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.

En esta 1.^a reunión presencial de consenso participaron 31 expertos de 17 CCAA y se propusieron 71 conceptos diferentes que se agruparon en 26 conceptos de indicador o aspectos relevantes a tener presentes para la evaluación (**figuras 8a y 8b y anexo 5**). Los conceptos más frecuentes fueron los reingresos hospitalarios (9 propuestas), hospitalizaciones potencialmente evitables (8), el contacto post-alta hospitalaria desde la atención primaria de salud (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)

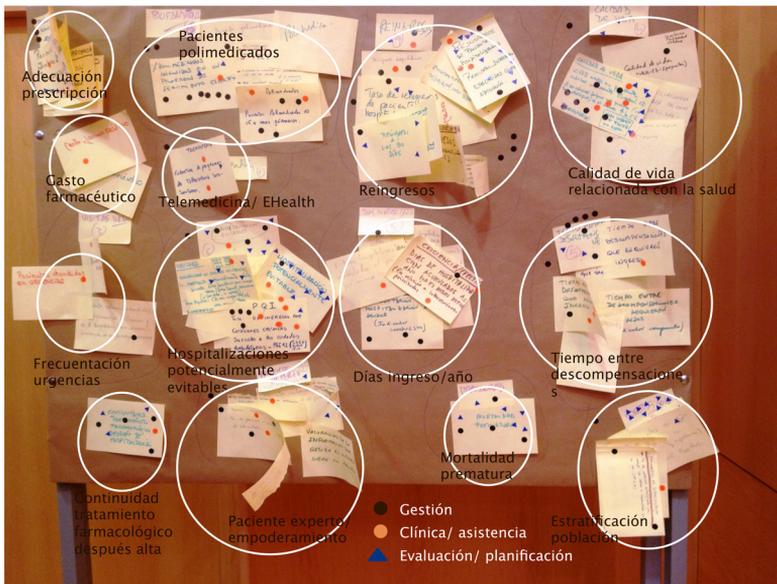
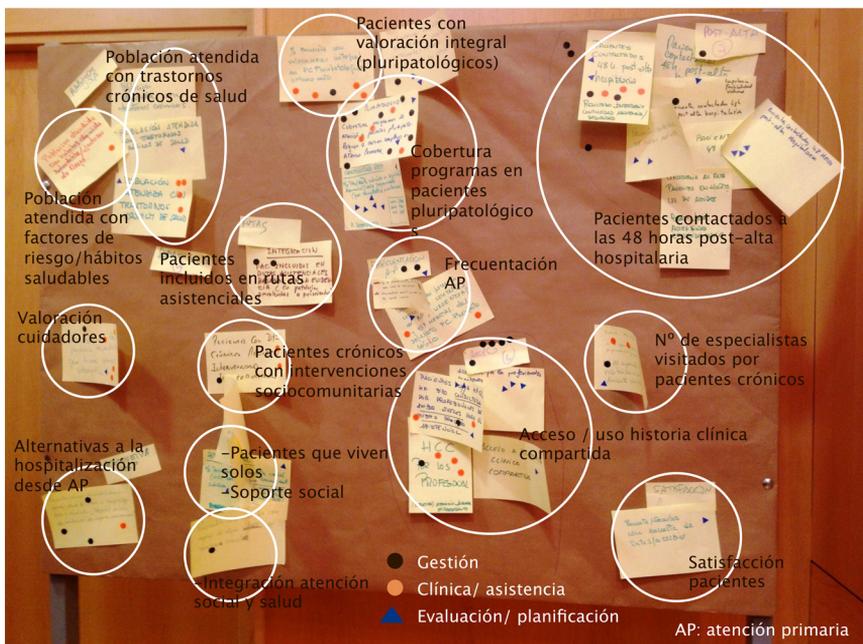


Figura 8b. Mapa visual de los aspectos más relevantes para la evaluación de la atención a la cronicidad propuestos en la reunión presencial de consenso (metaplan, n=31 expertos) [continuación]



Consenso extenso y electrónico de expertos (Health Consensus)

Para realizar la selección final se valoraron 31 conceptos de indicador vía electrónica a partir de la plataforma Health Consensus.⁹ Además de los 26 conceptos de indicador propuestos en la 1ª reunión de consenso, se incluyeron 5 considerados relevantes en estudios previos (**anexos 7 y 8**). La mayoría miden resultados de la atención (17 son resultados intermedios, 8 resultados finales), 5 fueron de proceso y 1 de estructura (**tabla 1**).

Participaron en el consenso electrónico 175 expertos con un perfil académico/profesional principalmente en medicina o enfermería, tanto del ámbito hospitalario, atención primaria de salud como de planificación (**tabla 2 y 3**). Cabe mencionar que en la fase de consenso electrónico, 8 conceptos alcanzan el umbral de consenso definido. Muchos de los indicadores no alcanzan el umbral por percibir menor grado de factibilidad pero se consideran importantes y relevantes para los usuarios según la mayoría de expertos participantes en el consenso electrónico (**figuras 9 y 10, tablas 4-5**).

Tabla 1. Conceptos de indicador propuestos para el consenso vía electrónica según lo que miden

Tipo	Dimensión/atributo	N.º 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

9. En la fase de consenso electrónico mediante el Health Consensus se valoraron títulos de indicador con una breve justificación y lo que medían.

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

Variables de perfil	N (%)
Perfil académico	
Medicina	113 (64,6)
Enfermería	23 (13,1)
Psicología	10 (5,7)
Farmacía	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 de salud	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	
Media	50,7 (DE 7,5)

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 en el consenso electrónico (Health Consensus, 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) agrupados según el modelo de M. E. Porter



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

Figura 10. Descripción de los conceptos de indicador valorados en el consenso electrónico según umbral de consenso (Health Consensus, 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 diferentes profesionales sanitarios que atienden usuarios</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 según su estado de salud 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 hábitos no saludables+ 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 solo presentan un criterio en el umbral definido de consenso o ningún criterio alcanza este umbral. CVRS: calidad de vida relacionada con la salud. + 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 electrónico según perfil de los participantes (Health Consensus, n=175)**

Perfil clínico/asistencial (n=102)	Perfil gestión (n=46)
<p>I1 Reingresos de usuarios hospitalizados I4 Usuarios polimedificados 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 gestión de la información compartida por parte de diferentes profesionales sanitarios que atienden usuarios</p>	<p>I1 Reingresos de usuarios hospitalizados I4 Usuarios atendidos polimedificados 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>
Perfil planificación/evaluación (n=27)	Indicadores en el umbral de consenso y que se proponen en estudio previo AQuAS
<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 polimedificados 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 gestión de información compartida por parte de diferentes profesionales sanitarios que atienden usuarios</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 electrónico y criterios valorados (n=175)**

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

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

Concepto de indicador	N	Porcentaje puntuación de 7-9 ^b				Tipo	Dimensión/atributo
		Global ^a		Factible	Relevante para pacientes		
		7-9 (%)	P50				
8 Usuarios con fármacos de eficacia probada	167	73,9	7	82,6	70,3	68,9	Resultado intermedio ADECUACIÓN
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 teleasistencia socioasistencial 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 sanitaria de usuarios	169	66,7	7	88,8	32,9	78,1	Resultado intermedio ATENCIÓN INTEGRAL

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

	Concepto de indicador	N	Porcentaje puntuación de 7-9 ^b					Tipo	Dimensión/atributo
			Global ^a		Factible	Relevante para pacientes			
			7-9 (%)	P50					
14	Usuarios atendidos en urgencias según iniciativa	167	56,4	7	68,3	50,9	50,0	Resultado intermedio	ADECUACIÓN
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 socio-sanitario 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 según su estado de salud	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

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

Concepto de indicador	N	Porcentaje puntuación de 7-9 ^b					Tipo	Dimensión/atributo
		Global ^a		Importante	Factible	Relevante para pacientes		
		7-9 (%)	P50					
20	170	76,3	8	97,0	39,6	92,4	Resultado final	ATENCIÓN CENTRADA PACIENTES
21	167	69,0	7	80,8	84,3	41,9	Resultado final	EFICIENCIA
22	170	78,5	8	95,3	51,2	88,8	Resultado final	EFFECTIVIDAD
23	167	76,8	7	89,8	64,5	76,0	Resultado final	EMPODERAMIENTO/ EFECTIVIDAD
24	171	75,9	8	94,7	43,2	89,4	Resultado final	ATENCIÓN INTEGRAL
25	170	78,9	7	77,5	85,8	73,5	Resultado final	SEGURIDAD
26	170	60,6	7	77,1	35,3	69,0	Proceso	EMPODERAMIENTO

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

	Concepto de indicador	N	Porcentaje puntuación de 7-9 ^b					Tipo	Dimensión/atributo
			Global ^a		Factible	Importante	Relevante para pacientes		
			7-9 (%)	P50					
27	Usuarios y cuidadores con valoración integral	170	75,4	7	46,2	91,1	88,8	Proceso	ATENCIÓN INTEGRAL
28	Usuarios incluidos en vías clínicas	168	62,5	7	41,8	85,7	59,6	Proceso	ATENCIÓN INTEGRAL
29	Continuidad del tratamiento farmacológico de usuarios después del alta hospitalaria	170	75,1	7	57,1	86,5	81,7	Proceso	CONTINUIDAD ASISTENCIAL
30	Volumen de especialistas visitados por usuario	170	59,2	7	51,5	68,8	57,1	Proceso	ATENCIÓN INTEGRAL/CONTINUIDAD ASISTENCIAL
31	Acceso y uso de sistemas de información compartida por parte de diferentes profesionales sanitarios que atienden usuarios	171	87,3	8	76,5	95,9	89,4	Estructura	ATENCIÓN INTEGRAL/CONTINUIDAD ASISTENCIAL

(**) Todos los indicadores se centran en la población diana de usuarios con problemas crónicos de salud. Un concepto de indicador alcanza el umbral de consenso definido cuando 75% o más expertos lo valoran con puntuación 7-9, al menos en su importancia y factibilidad percibida por los expertos participantes en el Health Consensus.^a Tiene en cuenta el porcentaje de expertos que puntúan 7-9 en los 3 criterios (importancia, factibilidad y relevancia para pacientes).^b Criterios percibidos por los expertos profesionales participantes.

Tabla 5. Resultados del Health Consensus: conceptos de indicador según criterio valorado en el consenso electrónico y perfil de experiencia profesional (n=175*)

	Conceptos de indicador	N	Porcentaje de pacientes con puntuación 7-9 ^a														
			Importante						Factible						Relevante para 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)	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 polimedcados	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 descampensaciones 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 de salud 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						
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 socio sanitaria por usuarios	171	71,0	76,9	66,7	46,0	42,3	34,9	61,0	73,1	48,9						

Tabla 5. Resultados del Health Consensus: conceptos de indicador según criterio valorado en el consenso electrónico y perfil de experiencia profesional (n=175*) (cont.)

	Conceptos de indicador	N	Porcentaje de pacientes con puntuación 7-9 ^a											
			Importante			Factible			Relevante para 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)			
13	Cobertura de iniciativas integradas de atención social y sanitaria 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 socio-sanitario 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 según estado de salud	166	80,2	80,0	84,4	43,8	44,0	44,2	57,9	64,0	66,7			
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 hábitos no saludables	167	90,9	88,0	88,4	66,7	44,0	71,4	75,8	76,0	76,7			

Tabla 5. Resultados del Health Consensus: conceptos de indicador según criterio valorado en el consenso electrónico y perfil de experiencia profesional (n=175^a) (cont.)

	Conceptos de indicador	N	Porcentaje de pacientes con puntuación 7-9 ^a																	
			Importante						Factible						Relevante para 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)	C/A (n=102)	G (n=27)	P/E (n=46)						
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									
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 sistemas de información compartida por parte de diferentes profesionales sanitarios que atienden a usuarios	171	96,0	96,2	95,6	79,0	73,1	72,7	89,9	96,2	84,4									

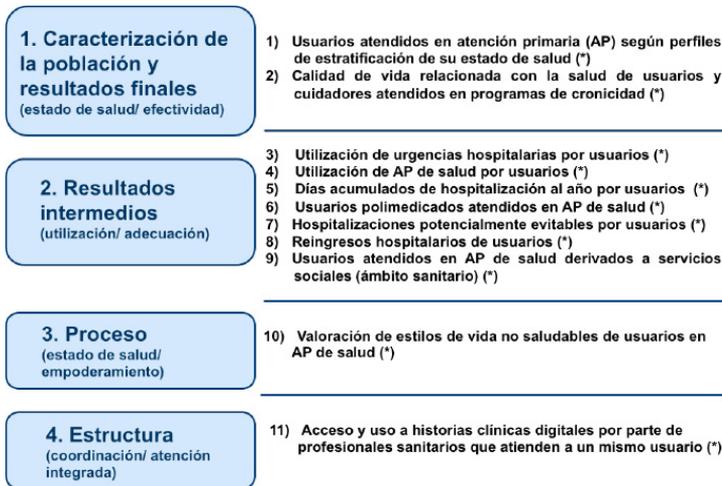
(*) Todos los indicadores se centran en la población diana de usuarios con problemas crónicos de salud. Un concepto de indicador alcanza el umbral de consenso definido cuando el 75% o más expertos lo valoran con puntuación 7-9 al menos en su importancia y factibilidad percibida por los expertos participantes en el Health Consensus. *Perfiles profesionales: C/A: clínico/asistencial; G: gestión; P/E: planificación/evaluación.* ^a Criterios percibidos por los expertos profesionales participantes.

Resultados fase 2

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

Se proponen 11 indicadores que han mostrado un nivel de acuerdo moderado/elevado en las diferentes fase de consenso, 2 de ellos con acuerdo elevado en la reunión final de consenso presencial. La mayoría de los indicadores priorizados serían factibles de medir a partir de las fuentes de información rutinarias sanitarias clínico-administrativas disponibles (ver sección con las fichas completas de los 11 indicadores, **figura 12** y **tabla 6**). Los indicadores priorizados miden de forma principal aspectos relacionados con la caracterización de la población atendida y resultados finales (estado de salud y efectividad de programas/estrategias), resultados intermedios (utilización y adecuación de servicios), proceso (valoración de estilos de vida no saludables) y elementos de estructura (coordinación asistencial).

Figura 12. Propuesta de indicadores priorizados para su promoción de medición de forma homogénea para evaluar estrategias de atención a la cronicidad (*)



(*) Población diana: todos los indicadores se centran en la población de usuarios atendida en diferentes recursos sanitarios con uno o más problemas crónicos implicando un diagnóstico desde atención primaria de salud con curso evolutivo largo (adaptado de Terminología de la cronicidad, Generalitat de Catalunya, 2013).

Tabla 6. Resultados de la priorización de indicadores para evaluar estrategias de atención a la cronicidad en el SNS valorados en el Health Consensus y su nivel de acuerdo en otras etapas del consenso (*)

Título del indicador	1.ª reunión de consenso (metaplan, n=31)		Consenso electrónico (Health Consensus, n=175)		2.ª reunión de consenso (n=31)			Recomendación de AQUAS
	Número de votos a favor	Acuerdo vía electrónica	Grado de acuerdo (% de expertos que lo puntuán entre 7-9) ^a	Propuesto	CCAA que lo proponen y n.º de votos	Grado de acuerdo	Fuente de Información para su cálculo	
Reingresos hospitalarios de usuarios (I1)	(>30 votos)	✓	Importante: 86,2% Factible: 88,3% Relevante para pacientes: 72,8%	✓	✓	-Andalucía	No acuerdo o acuerdo bajo	+Promocionar su medición e implementación + Fuente: CMED Hospitalario
Hospitalizaciones potencialmente evitables de usuarios (I2)	(>30 votos)	No	Importante: 91,8% Factible: 53,3% Relevante para pacientes: 77,1%	No	✓	14 votos a favor (de las 15 CCAA que participan)	Acuerdo elevado	+Promocionar su medición e implementación + Fuente: CMED Hospitalario
Usuarios contactados a las 48 horas post-alta hospitalaria (I3)	(18 votos)	No	Importante: 72,4% Factible: 52,1% Relevante para pacientes: 76,9%	No	✓	-Castilla-La Mancha -Navarra -Andalucía	No acuerdo o acuerdo bajo	--
Usuarios polimedificados atendidos en atención primaria de salud (I4)	(20 votos)	✓	Importante: 80,5% Factible: 84,0% Relevante para pacientes: 82,2%	✓	No	--	No valorado	+Promocionar su medición e implementación + Fuente: Base de Datos Clínicos de Atención Primaria de Salud

Tabla 6. Resultados de la priorización de indicadores para evaluar estrategias de atención a la cronicidad en el SNS valorados en el Health Consensus y su nivel de acuerdo en otras etapas del consenso (*) (cont.)

Título del indicador	1.ª reunión de consenso (metaplán, n=31)		Consenso electrónico (Health Consensus, n=175)		2.ª reunión de consenso (n=31)			Recomendación de AQUAS
	Número de votos a favor	Acuerdo vía electrónica	Grado de acuerdo (% de expertos que lo puntúan entre 7-9) ^a	Propuesto	CCAA que lo proponen y n.º de votos	Grado de acuerdo	Fuente de Información para su cálculo	
							+Promocionar su medición e implementación + Fuente: CMBD Hospitalario	
Días acumulados de hospitalización por usuarios (15)	(8 votos)	✓	Importante: 78,0% Facilite: 88,1% Relevante para pacientes: 78,0%	✓	-Andalucía -Aragón -Castilla-La Mancha	No acuerdo o acuerdo bajo	+Promocionar su medición e implementación + Fuente: CMBD Hospitalario	
Tiempo entre descompensaciones de un usuario que requiere ingreso hospitalario (16)	(15 votos)	No	Importante: 84,6% Facilite: 64,7% Relevante para pacientes: 82,8%	✓	7 votos a favor; 4 en contra (de las 15 CCAA que participan)	No acuerdo o acuerdo bajo	--	
Utilización de urgencias hospitalarias por usuarios (17)	(4 votos)	✓	Importante: 90,5% Facilite: 82,2% Relevante para pacientes: 79,3%	✓	-Andalucía -Castilla-La Mancha (0 votos)	No acuerdo o acuerdo bajo	+Promocionar su medición e implementación +Fuente: CMBD Hospitalario	
Usuarios atendidos con fármacos eficacia probada (18)	(24 votos)	No	Importante: 82,6% Facilite: 70,3% Relevante para pacientes: 68,9%	✓	-Cantabria (0 votos)	No acuerdo o acuerdo bajo	--	

Tabla 6. Resultados de la priorización de indicadores para evaluar estrategias de atención a la cronicidad en el SNS valorados en el Health Consensus y su nivel de acuerdo en otras etapas del consenso (*) (cont.)

Título del indicador	1.ª reunión de consenso (metaplan, n=31)		Consensus electrónico (Health Consensus, n=175)		2.ª reunión de consenso (n=31)			Recomendación de AQUAS
	Número de votos a favor	Acuerdo vía electrónica	Grado de acuerdo (% de expertos que lo puntúan entre 7-9) ^a	Propuesto	CCAA que lo proponen y n.º de votos	Grado de acuerdo	Fuente de Información para su cálculo	
Utilización de atención primaria de salud por usuarios (19)	(21 votos)	✓	Importante: 80,5% Facilite: 82,5% Relevante para pacientes: 68,6%	No	--	No valorado	+Promocionar su medicación e implementación + Fuente: Base de Datos Clínicos de Atención Primaria de Salud	
Satisfacción de usuarios en programas de atención a la cronicidad (110)	(4 votos)	No	Importante: 78,4% Facilite: 50,3% Relevante para pacientes: 76,6%	✓	3 votos a favor; 5 en contra (de las 15 CCAA que participan)	No acuerdo o acuerdo bajo	--	
Uso de dispositivos alternativos a la hospitalización convencional de usuarios (111)	(10 votos)	No	Importante: 88,1% Facilite: 44,0% Relevante para pacientes: 79,3%	No	--	No valorado	--	
Uso de servicios de teleasistencia socioasistencial de usuario (112)	(3 votos)	No	Importante: 70,8% Facilite: 42,6% Relevante para pacientes: 59,6%	✓	-País Vasco 0 votos	No acuerdo o acuerdo bajo	--	

Tabla 6. Resultados de la priorización de indicadores para evaluar estrategias de atención a la cronicidad en el SNS valorados en el Health Consensus y su nivel de acuerdo en otras etapas del consenso (*) (cont.)

Título del indicador	1.ª reunión de consenso (metaplan, n=31)		Consenso electrónico (Health Consensus, n=175)		2.ª reunión de consenso (n=31)			Recomendación de AQUAS
	Número de votos a favor	Acuerdo vía electrónica	Grado de acuerdo (% de expertos que lo puntúan entre 7-9) ^a	Propuesto	CCAA que lo proponen y n.º de votos	Grado de acuerdo	Fuente de Información para su cálculo	
Cobertura iniciativas integradas atención social y sanitaria por usuarios (113)	(6 votos)	No	Importante: 88,8% Facilite: 32,9% Relevante para pacientes: 78,1%	✓	3 votos a favor; 4 en contra (de las 15 CCAA que participan)	No acuerdo o acuerdo bajo	--	
Usuarios atendidos en urgencias según iniciativa (14)	No valorado	No	Importante: 68,3% Facilite: 50,9% Relevante para pacientes: 50,0%	No	--	No valorado	--	
Circunstancia al alta de usuarios en hospitales de agudos (115)	No valorado	No	Importante: 61,2% Facilite: 66,3% Relevante para pacientes: 48,3%	No	--	No valorado	--	
Estancia media de usuarios en atención hospitalaria de (116)	No valorado	No	Importante: 73,5% Facilite: 88,8% Relevante para pacientes: 66,1%	No	--	No valorado	--	
Usuarios institucionalizados (ámbito socio sanitario y social) (117)	No valorado	No	Importante: 84,0% Facilite: 57,5% Relevante para pacientes: 70,2%	✓	4 votos a favor; 5 en contra (de las 15 CCAA que participan)	No acuerdo o acuerdo bajo	--	

Tabla 6. Resultados de la priorización de indicadores para evaluar estrategias de atención a la cronicidad en el SNS valorados en el Health Consensus y su nivel de acuerdo en otras etapas del consenso (*) (cont.)

Título del indicador	1.ª reunión de consenso (metaplán, n=31)		Consenso electrónico (Health Consensus, n=175)		2.ª reunión de consenso (n=31)			Recomendación de AQUAS
	Número de votos a favor	Acuerdo vía electrónica	Grado de acuerdo (% de expertos que lo puntúan entre 7-9) ^a	Propuesto	CCAA que lo proponen y n.º de votos	Grado de acuerdo	Fuente de Información para su cálculo	
Usuarios atendidos en atención primaria según perfiles de estratificación de su estado de salud (I18)	(12 votos)	No	Importante: 81,3% Facilite: 43,9% Relevante para pacientes: 61,2%	✓	11 votos a favor (de las 15 CCAA que participan)	Acuerdo elevado	+Promocionar su medición e implementación +Fuente: Base de Datos Clínicos de Atención Primaria de Salud	
Prevalencia/incidencia de pacientes crónicos (I19)	(6 votos)	No	Importante: 86,9% Facilite: 73,5% Relevante para pacientes: 60,1%	✓	4 votos a favor; 3 en contra (de las 15 CCAA que participan)	No acuerdo o acuerdo bajo	--	
Calidad de vida relacionada con la salud de usuarios y de sus cuidadores (I20)	(24 votos)	No	Importante: 97,0% Facilite: 39,6% Relevante para pacientes: 92,4%	✓	5 votos a favor; 1 en contra (de las 15 CCAA que participan)	No acuerdo o acuerdo bajo	+Promocionar su medición e implementación + Fuente: cohortes prospectivas ad hoc	
Gasto público en medicamentos por usuarios (I21)	(1 voto)	✓	Importante: 80,8% Facilite: 84,3% Relevante para pacientes: 41,9%	✓	2 votos a favor; 7 en contra (de las 15 CCAA que participan)	Consideran no relevante para medir EAC	--	

Tabla 6. Resultados de la priorización de indicadores para evaluar estrategias de atención a la cronicidad en el SNS valorados en el Health Consensus y su nivel de acuerdo en otras etapas del consenso (*) (cont.)

Título del indicador	1.ª reunión de consenso (metaplán, n=31)		Consenso electrónico (Health Consensus, n=175)		2.ª reunión de consenso (n=31)			Recomendación de AQUAS
	Número de votos a favor	Acuerdo vía electrónica	Grado de acuerdo (% de expertos que lo puntúan entre 7-9) ^a	Propuesto	CCAA que lo proponen y n.º de votos	Grado de acuerdo	Fuente de Información para su cálculo	
Mortalidad evitable de usuarios (I22)	No valorado	No	Importante: 95,3% Facilite: 51,2% Relevante para pacientes: 88,8%	✓	Castilla y León (0 votos)	No acuerdo o acuerdo bajo	--	
Estilos de vida no saludables de usuarios atendidos en atención primaria de salud (I23)	(1 voto)	No	Importante: 89,8% Facilite: 64,5% Relevante para pacientes: 76,0%	✓	8 votos a favor; 2 en contra (de las 15 CCAA que participan)	Acuerdo moderado	+Promocionar su medición e implementación + Fuente: Base de Datos Clínicos de Atención Primaria de Salud	
Usuarios atendidos en atención primaria de salud derivados a servicios sociales (ámbito sanitario) (I24)	(6 votos)	No	Importante: 94,7% Facilite: 43,2% Relevante para pacientes: 89,4%	✓	9 votos a favor; 2 en contra (de las 15 CCAA que participan)	Acuerdo moderado	+Promocionar su medición e implementación + Fuente: Base de Datos Clínicos de Atención Primaria de Salud	
Mortalidad hospitalaria de usuarios (I25)	"mortalidad prematura" (6 votos)	✓	Importante: 77,5% Facilite: 85,8% Relevante para pacientes: 73,5%	No	10 votos en contra (de las 15 CCAA que participan)	Consideran no relevante para medir EAC	--	

Tabla 6. Resultados de la priorización de indicadores para evaluar estrategias de atención a la cronicidad en el SNS valorados en el Health Consensus y su nivel de acuerdo en otras etapas del consenso (*) (cont.)

Título del indicador	1.ª reunión de consenso (metaplan, n=31)		Consenso electrónico (Health Consensus, n=175)		2.ª reunión de consenso (n=31)			Recomendación de AQUAS
	Número de votos a favor	Acuerdo vía electrónica	Acuerdo vía electrónica	Grado de acuerdo (% de expertos que lo puntúan entre 7-9) ^a	Propuesto	CCAA que lo proponen y n.º de votos	Grado de acuerdo	
Volumen de usuarios expertos formados (126)	(9 votos)	No	No	Importante: 77,1% Facilite: 35,3% Relevante para pacientes: 69,0%	No	--	No valorado	--
Usuarios y cuidadores con valoración integral (127)	(12 votos)	No	No	Importante: 91,1% Facilite: 46,2% Relevante para pacientes: 88,8%	✓	-Castilla y León (0 votos)	No acuerdo o acuerdo bajo	--
Usuarios incluidos en vías clínicas (128)	(2 votos)	No	No	Importante: 85,7% Facilite: 41,8% Relevante pacientes: 59,6%	✓	-País Vasco (0 votos)	No acuerdo o acuerdo bajo	--
Continuidad del tratamiento farmacológico de usuarios después del alta hospitalaria (129)	(8 votos)	No	No	Importante: 86,5% Facilite: 57,1% Relevante pacientes: 81,7%	No	--	No valorado	--
Volumen de especialistas visitados por usuarios (130)	(6 votos)	No	No	Importante: 68,8% Facilite: 57,1% Relevante pacientes: 57,1%	No	--	No valorado	--

Tabla 6. Resultados de la priorización de indicadores para evaluar estrategias de atención a la cronicidad en el SNS valorados en el Health Consensus y su nivel de acuerdo en otras etapas del consenso (*) (cont.)

Título del indicador	1.ª reunión de consenso (metaplán, n=31)		Consenso electrónico (Health Consensus, n=175)		2.ª reunión de consenso (n=31)			Recomendación de AQUAS
	Número de votos a favor	Acuerdo vía electrónica	Grado de acuerdo (% de expertos que lo puntúan entre 7-9) ^a	Propuesto	CCAA que lo proponen y n.º de votos	Grado de acuerdo	Fuente de Información para su cálculo	
Acceso y uso de historias clínicas digitales por parte de diferentes profesionales sanitarios que atienden a usuarios (131)	(19 votos)	✓	Importante: 95,9% Factible: 76,5% Relevante pacientes: 89,4%	✓	9 votos a favor; 3 en contra (de las 15 CCAA que participan)	Acuerdo moderado	+Promocionar su medición e implementación + Fuente: Sistemas de información compartida para profesionales en cada CCAA	

(*) Todos los indicadores se centran en la población diana de usuarios con problemas crónicos de salud. CCAA: comunidades autónomas; SNS: Sistema Nacional de Salud; AQUAS: Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya; CMBD: Conjunto Mínimo Básico de Datos.^a Criterios percibidos por los expertos profesionales participantes.

Conclusiones

- Los resultados de este proyecto han permitido obtener una propuesta común de indicadores 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. También se ha integrado en dicha propuesta una visión multidisciplinar y extensa de profesionales vinculados tanto a la Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad, otras estrategias y programas de atención a la cronicidad en el Sistema Nacional de Salud, así como a la investigación en servicios sanitarios y cronicidad que confiere robustez y validez de contenido a dicha propuesta de indicadores.
- La relevancia, factibilidad y validez de contenido de los 11 indicadores priorizados, además de por la amplia participación de expertos y puntos de vista incluidos, su grado de consenso a lo largo del proceso, se reafirma porque existe evidencia científica que los respalda. Además, la mayoría están siendo utilizados en diversas iniciativas en las CCAA para evaluar la atención a la cronicidad.
- A pesar de haber sido priorizados, se constata la necesidad de definir estrategias para continuar su homogeneización y promoción de su medida, que posibilite su implementación para el seguimiento y cumplimiento de la Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad. En una siguiente fase de implementación de dichos indicadores será necesario validar si permiten detectar mejores prácticas y áreas de mejora de los diferentes programas de atención a la cronicidad en el Sistema Nacional de Salud.
- Los indicadores más valorados en todo el proceso de consenso y su discusión con expertos fueron los de resultado de la atención; los indicadores priorizados miden de forma principal el estado de salud y las necesidades de usuarios atendidos con problemas crónicos; así como la utilización de servicios que realizan dichos usuarios; estos últimos permitirán valorar la efectividad y adecuación de la atención recibida en cada CCAA específicamente en el ámbito de la cronicidad.
- En este sentido, la utilidad principal de los indicadores propuestos para la promoción de su medición e implementación en las CCAA se centran en 5 aspectos: a) caracterizar la población atendida y sus necesidades, b) caracterizar el consumo de recursos que realizan y la adecuación de dicha atención/provisión, c) homogeneizar conceptos y mediciones en el ámbito de atención a la cronicidad, d) identificar mejores prácticas y áreas de mejora en las estrategias de atención a la cronicidad, y e) servir de base para futuras evaluaciones de la implementación de la Estrategia

- de Abordaje de la Cronicidad. Cabe enfatizar, de nuevo, que todos los indicadores se centran en la población diana de usuarios atendidos en diferentes recursos sanitarios con problemas crónicos de salud.
- Los 11 indicadores que se han priorizado enfatizan la medición de los resultados y el impacto de la atención en cronicidad, y, en menor medida (o casi nula), aspectos del proceso /estructura de la atención (clásicos en la evaluación de la calidad asistencial). Asimismo, son de utilidad principalmente para la planificación sanitaria (meso y macro) en cronicidad; así como de programas/estrategias de atención específicas a nivel micro (gestión clínica/modelos organizativos de la atención).
 - Uno de los puntos clave en el proceso de priorización de dichos indicadores es la necesidad de avanzar en la homogeneización de lo que implican las necesidades y complejidad de usuarios atendidos con problemas crónicos en el Sistema Nacional de Salud. Se constata a lo largo de este proceso de consenso que es necesario profundizar en la comprensión de dicha complejidad y la medición de sus necesidades de forma homogénea, para mejorar la gestión clínica de estos usuarios, así como un avance en la asignación adecuada de recursos. Los 11 indicadores priorizados permitirían en parte avanzar en esta homogeneización.
 - Se han identificado otros retos actuales en la evaluación de la atención a la cronicidad en el Sistema Nacional de Salud, entre ellas: la propia definición y acuerdo de un grupo mínimo común de indicadores teniendo en cuenta que cada CCAA, tiene objetivos estratégicos de atención a la cronicidad diferentes; la necesidad de mejorar las estrategias de vinculación de sistemas de información clínico-administrativas rutinarias para el cálculo de dichos indicadores; y finalmente, que idealmente sería necesario un seguimiento de usuarios desde diferentes servicios y ámbitos de la atención para una mejor comprensión de sus necesidades y poder valorar la adecuación de dicha atención.
 - En definitiva, este proyecto ha permitido conocer la opinión de expertos clave en el Sistema Nacional de Salud sobre los aspectos prioritarios que deberían tenerse en cuenta para avanzar en la implementación de la Estrategia de Abordaje de la Cronicidad; también ha permitido conocer las iniciativas pioneras en este ámbito, por ejemplo, en torno a la estratificación de la población según perfiles de morbilidad y complejidad, la definición de terminología común, la evaluación de servicios sanitarios y modelos de atención en cronicidad así como los indicadores disponibles en este ámbito. Finalmente, en los discursos y en el proceso de priorización de expertos se enfatiza el peso de la atención primaria de salud en el manejo y detección de necesidades de usuarios con problemas crónicos así como la necesidad de evaluar la adecuación de los servicios recibidos.

Recomendaciones

- Se ha realizado una propuesta de fichas de indicador revisadas para su factibilidad operativa por los expertos participantes en su proceso de priorización. En su fase de implementación (que se escapa al objetivo del presente proyecto) será necesario acabar de valorar la homogeneidad de la información utilizada para su cálculo (ej. población de estudio incluida) y su capacidad para detectar a nivel territorial y poblacional estrategias con mejor o peor rendimiento.
- Se recomienda calcular el indicador para cada CCAA (en aquellas donde sea posible disponer de información para su cálculo). Otros niveles de desagregación recomendables serían por municipio de residencia, programa de atención a la cronicidad o centro(s). Los indicadores pueden calcularse en iniciativas donde las CCAA se pongan de acuerdo en promover su medición de forma homogeneizada para la comparación de estrategias o a partir de información disponible en los sistemas de información homogeneizados del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (MSSSI).
- En el marco de la implementación de dichos indicadores priorizados será necesario definir las condiciones y patologías a incluirse de forma homogénea en las CCAA que se comparen para el cálculo de numeradores/denominadores. En definitiva, hará falta definir conceptual y operativamente los procesos crónicos (códigos diagnósticos y de proceso) finalmente incluidos.
- Se recomienda presentar cada uno de los indicadores priorizados según edad y sexo de la población diana analizada. Para profundizar en la interpretación de los resultados de cada indicador y las características de la población de estudio, es recomendable desagregarlos según otras variables de interés como, por ejemplo, el estado de salud, el nivel educativo o el nivel socioeconómico de usuarios atendidos. En este último caso, se está promoviendo su incorporación en fuentes de información clínico-administrativas como la Base de Datos Clínicos de Atención Primaria de Salud.
- Se recomienda la promoción de la medición de los 11 indicadores priorizados que en su mayoría pueden calcularse a partir de fuentes de información clínico-administrativas rutinarias. Dichos indicadores permitirán profundizar en aspectos clave de interés principalmente para la gestión y planificación sanitaria, como se ha mencionado con anterioridad.
- La implementación de los 11 indicadores priorizados permitirán servir como base para avanzar en futuras evaluaciones del cumplimiento de los

objetivos de la Estrategia de Abordaje de la Cronicidad¹⁰ entre los cuales hay el de fomentar:¹¹ la promoción de la salud, la prevención de condiciones y limitaciones de salud, la continuidad asistencial, la reorientación de la atención sanitaria (por ejemplo, identificar en cada usuario atendido su nivel de necesidad y facilitar la provisión de intervenciones adecuadas), así como la equidad e igualdad de trato y la investigación e innovación.

- Futuros estudios de aplicación de esta propuesta de indicadores permitirá evidenciar su validez de constructo y sensibilidad a los cambios para detectar mejores prácticas y aspectos de mejora asistencial y en gestión en el marco de la Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad.

10. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales y Equidad. **Estrategia para el abordaje de la cronicidad en el Sistema Nacional de Salud (SNS)**. Sanidad 2012 [consultado 17/11/2015] Disponible en: http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/ESTRATEGIA_ABORDAJE_CRONICIDAD.pdf

11. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales y Equidad. **Estrategia para el abordaje de la cronicidad en el Sistema Nacional de Salud (SNS)**. Sanidad 2012 [consultado 17/11/2015] Disponible en: http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/ESTRATEGIA_ABORDAJE_CRONICIDAD.pdf

Referencias

Evidencia indicadores propuestos

1. Abadía-Taira MB, Martínez-Lizaga N, García-Armesto S, Ridao-López M, Yañez F, Seral-Rodríguez M, et al. Variabilidad en las hospitalizaciones potencialmente evitables relacionadas con la reagudización de enfermedades crónicas. *VPM Atlas de Variaciones en la Práctica Clínica*. 2011, número 8;5(2). [consulta 22 febrero 2016]. Disponible en: www.atlasvpm.org/atlasdigital/atlasdigital8/
2. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias (AETS). Revisión de intervenciones en Atención Primaria para mejorar el control de las enfermedades crónicas. Madrid: AETS. Instituto de Salud Carlos III; 2003. Informe de Evaluación de Tecnologías Sanitarias N° 39.
3. 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. Christchurch (New Zealand): New Zealand Health Technology Assessment (NZHTA); 2004. [consulta 22 febrero 2016]. Disponible en: http://nzhta.chmeds.ac.nz/publications/hospital_community.pdf
4. Alderwick H, Ham C, Buck D. Population health systems. Going beyond integrated care. King's Fund. Ideas that change the health care. London (United Kingdom); 2015. [consulta 22 febrero 2016]. Disponible en: www.kingsfund.org.uk/sites/files/kf/field/field_publication_file/population-health-systems-kingsfund-feb15.pdf
5. Bengoa R. Innovaciones en la gestión de las enfermedades crónicas. *JANO Medicina y Humanidades*. 2008(1178);49-52. [consulta 22 febrero 2016]. Disponible en: www.jano.es/ficheros/sumarios/1/0/1718/49/00490052_LR.pdf
6. Bjerrum L, Rosholm JU, Hallas J, Kragstrup. Methods for estimating the occurrence of polypharmacy by means of a prescription database. *Eur J Clin Pharmacol*. 1997;53:7-11.
7. Bower P, Knowles S, Coventry PA, Rowland N. Counselling for mental health and psychosocial problems in primary care. *Cochrane Database Syst Rev*. 2011 Sep 7;(9):CD001025.
8. Bruin SR, Versnel N, Lemmens LC, Molema CCM, Schellevis FG, Nijpels G, et. Comprehensive care programs for patients with multiple chronic conditions: a systematic literature review. *Health Policy*. 2012;102:108-45.
9. Causapié Lopesino P, Balboutin López-Cerón A, Porras Muñoz M, Ma-

- teo Echanagorría A. Envejecimiento activo. Libro blanco. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Secretaría General de Política Social y Consumo. Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO); 2011.
10. 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):60-8.
 11. 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. Madrid: Dirección General de Salud Pública, Calidad e Innovación. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2015.
 12. 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.
 13. 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. Madrid: Dirección General de Salud Pública, Calidad e Innovación. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2013.
 14. Estrategia para el abordaje de cronicidad en el Sistema Nacional de Salud. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2012.
 15. Gervas 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.
 16. Gohler A, Januzzi JI, Worrell SS, Osterziel KJ, Gazelle GS, Dietz R, et al. A systematic meta-analysis of the efficacy and heterogeneity of disease management programs in congestive heart failure. *J Card Fail.* 2006;12(7):554-67.
 17. Grupo de Trabajo SEMES. Insalud de calidad en urgencias y emergencias calidad en los servicios de urgencias. Indicadores de calidad emergencias. 2001;13:60-5. [consulta 22 febrero 2016]. Disponible en: www.semes.org/revista/vol13_1/60-65.pdf
 18. Hughes JS, Averill RF, Eisenhandler J, Goldfield NI, Muldoon J, Neff JM, 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.
 19. Indicadores empleados por el Sistema Estatal de Información de Servicios Sociales (SEISS). Servicios sociales de atención primaria. Madrid: Instituto de Mayores y Servicios Sociales. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Disponible en: www.imserso.es/imserso_01/documentacion/estadisticas/seiss/indicadores_seiss/index.htm

20. Indicadores y ejes de análisis del CMBD. Estadísticas/Estudios-Sistemas de Información. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. [consulta febrero 2015]. Disponible en: <http://icmbd.es>
21. Laboratorio de prácticas innovadoras en polimedición y salud. Estrategias para el abordaje integral de pacientes polimedificados. Curso Polimedición y Saud 2012-2013 (tema 1). Merida: Consejería de sanidad y dependencia. Gobierno de Extremadura.
22. 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;17(9):e348-57.
23. Marimon-Suñol S, Rovira-Barberà M, Acedo-Anta M, Nozal-Baldajos MA, Guanyabens-Calvet J. Historia Clínica Compartida de Cataluña. *Med Clin (Barc)*. 2010;134(Supl 1):45-8.
24. 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. *Med Care Res Rev*. 2006;63(5):531-69.
25. Módulo de Seguimiento de Indicadores de calidad (MSIQ). Indicadores AHRQ de calidad de la prevención. Barcelona: Servei Català de la Salut; 2014.
26. Moen J, Antonov K, Larsson CA, Lindblad U, Nilsson JL, Råstam L, et al. Factors associated with multiple medication use in different age groups. *Ann Pharmacother*. 2009;43:1978-85.
27. Monteverde D, Vela E, Clèries M. Desarrollo y validación de los Grupos de Morbilidad Ajustados (GMA). Nuevo agrupador de (multi) morbilidad. Calsalut. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2014.
28. Monteverde D, Vela E, Clèries M. Grups de morbiditat ajustats. Resultats de la validació clínica. Barcelona: Servei Català de la Salut. Departament de Salut; 2014.
29. Observatorio de salud de Asturias. Documento técnico del Observatorio de Salud de Asturias. Documento de indicadores ampliado, 2012. Oviedo. Disponible en: www.obsaludasturias.com/obsa/wp-content/uploads/Doc-Indicadores-ampliado-2012-VD.pdf
30. Observatorio del Sistema de Salud de Cataluña. Central de Resultados. Ámbito Hospitalario. Datos 2013. Barcelona: Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya; 2014.
31. Observatorio del Sistema de Salud de Cataluña. Central de Resultados. Ámbito de Atención primaria de salud. Datos 2013. Barcelona: Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya; 2014.
32. Organización Mundial de la Salud. Informe de la reunión oficial de estados miembros para ultimar los trabajos relativos al marco mundial de vi-

- gilancia 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. Disponible en: <http://apps.who.int>
33. 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):433-43.
 34. Plan de Sistemas de Información. Base de datos de usuarios-BDU Aragón. Zaragoza: Departamento de Salud y Consumo. Gobierno de Aragón.
 35. Porter ME. What is value in health care? *N Engl J Med.* 2010;363:2477-81.
 36. Recomendaciones para la población sobre actividad física y reducción del sedentarismo. Estrategia de promoción de la salud y prevención en el Sistema Nacional de Salud. Madrid: Dirección General de Salud Pública, Calidad e Innovación. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2015.
 37. 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. Barcelona: Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya; 2013. [documento interno]
 38. Starfield B. Primary care: an increasingly important contributor to effectiveness, equity and efficiency of health services. *SESPAS report. Gac Sanit.* 2012;26(S):20-6.
 39. 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.
 40. Swan J, Sorrell E, MacVicar B, Durham R, Matthews K. "Coping with depression": an open study of the efficacy of a group psychoeducational intervention in chronic, treatment-refractory depression. *J Affect Disord.* 2004;82(1):125-9.
 41. 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). Helsinki (Finland): National Institute for Health and Welfare (THL); 2012, Report 49/2012.
 42. Villafaina Barroso A, García García S. Grado de conocimiento y cumplimiento terapéutico, y prevalencia de los problemas relacionados con los medicamentos en mayores de 70 años en una zona básica de salud. *Pharm Care Esp.* 2009;11:157-70.
 43. 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.

Bibliografía general

1. Brook RH, Chassin MR, Fink A, Solomon DH, Kosecoff J, Park RE. A method for the detailed assessment of the appropriateness of medical technologies. RAND: Santa Monica (USA); 1991.
2. 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;13:428–34.
3. Donabedian A. The quality of medical care: how can it be assessed?. *JAMA*. 1988;260:1743-8.
4. Espallargues M, Serra-Sutton V, Torrente E, Solans M, Moharra M, López S, et al. Avaluació de l'atenció a la cronicitat a Catalunya: marc conceptual i indicadors. Monogràfic de la Central de Resultats. Barcelona: Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya. Departament de salut; 2013. [consulta 14 agosto 2015]. Disponible en: <http://observatorisalut.gencat.cat>
5. Estrategia para el abordaje de la cronicidad en el Sistema Nacional de Salud (SNS). Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad; 2012 [consultado 14 agosto 2015]. Disponible en: www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/ESTRATEGIA_ABORDAJE_CRONICIDAD.pdf
6. Grupo de Trabajo de Evaluación de la Cronicidad. Desarrollo de un marco conceptual e indicadores para evaluar la atención a la cronicidad. Primer informe. Barcelona: Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya. Departament de salut; 2013. [consulta 14 agosto 2015]. Disponible en: <http://aquas.gencat.cat>
7. 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. [consulta 14 agosto 2015]. Disponible en: <http://aquas.gencat.cat>
8. Hajjar ER, Cafiero AC, Hanlon JT. Polypharmacy in elderly patients. *Am J Geriatr Pharmacother*. 2007;5(4):345-51.
9. Ham C. The ten characteristics of the high-performing chronic care system. *Health Economics, Policy and Law*. 2010;5:71-90.
10. 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.
11. Monguet JM, Trejo A, Martí T, Espallargues M, Serra-Sutton V, Escarrabill J. Assessment of chronic health care through an Internet Con-

- sensus Tool. Chapter 20. En: Fotiadis DI. Handbook of Research on Trends in the Diagnosis and Treatment of Chronic Conditions. Hershey PA (USA); Medical Information Science Reference; 2016. p. 424-43. <http://bit.ly/BookAQuASMespa>
12. 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.
 13. 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. Disponible en: <http://apps.who.int>
 14. Porter ME. What is value in health care? N Eng J Med. 2010;363:2477-81.
 15. Serra-Sutton V, Espallargues M, Escarrabill J. Propuesta de indicadores para evaluar la atención a la cronicidad en el marco de la Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad en el Sistema Nacional de Salud. Barcelona: Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya; 2016. (Informes de Evaluación de Tecnologías Sanitarias)

Anexos

Anexo 1. Objetivos de la Estrategia 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

ESTRATEGIA	OBJETIVOS	
Reorientación 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 mayor evidencia científica disponible
	13	Optimizar la terapia farmacológica en los pacientes con tratamientos crónicos, con especial atención a los pacientes polimedificados
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 génesis 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 1.ª reunión de consenso (metaplan)

Reunión presencial de consenso, 20 de septiembre 2013, MSSSI

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

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: Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya; REDISSEC: Red de Investigación en Servicios Sanitarios en Enfermedades Crónicas; PPAC: Programa de Prevención y Atención a la Cronicidad. María Santos Ichaso Hernández-Rubio y Pedro Arias Bohígas, de la SG de Información Sanitaria e Innovación del MSSSI, participaron en calidad de observadores. (**) Ana Miquel Gómez, del comité institucional de la EAC en representación de la Comunidad de Madrid, participó como revisora de los resultados y documentación generada.

Anexo 3. Participantes en el consenso extenso vía electrónica a partir del Health Consensus

Los siguientes expertos 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 y 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 y de la Subdirección General de Promoción de la Salud y Epidemiología del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad participaron en la 1.ª y 2.ª ola de consenso:

Alvar Agustí, Carmen Aleix, Alberto Alonso, José Álvarez, Manuel Anguita, Andoni Arcelay, Pedro Armario, Nieves Ascunce, Oscar Ayo, Ana Balaña, M.^a 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 Enríquez, 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 Gálvez, Aitor Garay, Eva García, Rocío García, Sonia García, Valeriano García, M.^a 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, M.^a Jesús Gilló, Rodrigo Gutiérrez, Magdalena Heras, Carmen Hernández, María Jiménez, Vicente Juan, Raqual Lahoz, M.^a José Lasanta, Albert Ledesma, Ángel Lizcano, Marian López, Asensio López, Alberto López, Rosa López, Fidel López, Jesús M. López, Rosario Luis-Yagüe, José Luis Marín, Mercedes Marín, María Isabel Mármol, Nieves Martell, José Manuel Martín, Juan

Carlos Martín, José Ramón Martínez, María Elena Martínez, Mercè Marzo, Jorge Matías-Guiu, Dídac Mauricio, Estrella Mayoral, José Javier Mediavilla, Begoña Merino, Marc Miravittles, Jesús Molina, Ana Molinero, Encarnación Mollejo, M.^a Jesús Morala, Guadalupe Morales, Juan José Morell, Sara Muría, Manuel Murie, M.^a Dolores Murillo, Pedro Navarrete, Cristina Navarro, Roberto Nuño, Manuel Ollero, Leopoldo Palacios, Inés Palanca, Mario Paramo, Elia Parejo, Salvador Peiró, M.^a 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, M.^a Teresa Ruiz, Carmen Sánchez, M.^a 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 2.^a reunión de consenso presencial para la propuesta final de indicadores

Reunión presencial de consenso, 17 de junio 2014, MSSSI

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

Salvador Peiró Moreno	REDISSEC. Comunidad Valenciana
-----------------------	--------------------------------

* Expertos del comité institucional EAC (Estrategia Atención a la Cronicidad) o en nombre de un representante de dicho comité. AQuAS: Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya; REDISSEC: Red de Investigación en Servicios Sanitarios en Enfermedades Crónicas; CIBERESP: Ciber Epidemiología y Salud Pública. María Santos Ichaso Hernández-Rubio y Pedro Arias Bohígas, de la SG de Información Sanitaria e Innovación del MSSSI, participaron en calidad de observadores. (**) Ana Miquel Gómez, del comité institucional de la EAC en representación de la Comunidad de Madrid, participó como revisora de los resultados y documentación generada.

Anexo 5. Resultados del consenso presencial (metaplan)

Tabla. Ideas de concepto de indicador propuestas 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	N.º de votos según perfil	Tipo	Dimensión	Propuesto estudio previo AQUAS
1. Reingresos hospitalarios (9)	— Reingresos hospitalarios (2)	● 12	Resultado intermedio	Efectividad clínica/ adecuación	Sí
	— Tasa de reingresos de pacientes hospitalizados (1)	● 5			
	— Reingresos de pacientes hospitalizados (2)	▼ 17			
	— Reingresos (por patología y por descensaciones) (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)				
	Total: 34				
2. Hospitalizaciones potencialmente evitables (8)	— Hospitalizaciones potencialmente evitables (5)	● 9	Resultado intermedio	Adecuación/ efectividad clínica	Sí
	— Hospitalizaciones potencialmente evitables para el conjunto de enfermos crónicos (1)	● 10			
	— Hospitalizaciones evitables (1)	▼ 17			
	— Tasa de ingresos por condiciones crónicas sensibles a los cuidados ambulatorios-PQI 92 (1)				
	Total: 36				
3. Pacientes contactados 48 horas post-alta hospitalaria (7)	— Pacientes contactados 48 h post-alta hospitalaria (6)	● 7	Resultado intermedio	Continuidad asistencial	Sí
	— Circunstancia al alta pacientes en hospitales de agudos (1)**	● 3			
		▼ 8			
		Total: 18			

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

Concepto de indicador (volumen de propuestas)	Propuestas de conceptos de indicador	N.º de votos según perfil	Tipo	Dimensión	Propuesto estudio previo AQUAS
4. Pacientes polimedificados (7)	<ul style="list-style-type: none"> — Pacientes polimedificados (1)/ — Polimedificados (2) — Porcentaje de polimedificados incluidos en un programa de seguimiento específico (1) — Número de pacientes incluidos/estimación número de polimedificados existentes en el mismo período (1) — N.º promedio de medicamentos por paciente al inicio y al año del programa (1) — Pacientes polimedificados con 10, 15 o más fármacos (1) 	● 15	Resultado intermedio	Continuidad asistencial/atención integral	Sí
		● 3			
		▼ 2			
		Total: 20			
5. Días de hospitalización acumulados al año (5)	<ul style="list-style-type: none"> — 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 prioritizadas) (1) 	● 5	Resultado intermedio	Adecuación/ efectividad clínica	Sí
		● 3			
		▼ 0			
		Total: 8			
6. Tiempo entre descompensaciones que requieren ingreso (5)	<ul style="list-style-type: none"> — Tiempo entre descompensaciones (1) — Tiempo entre descompensaciones que requieren ingreso (4) 	● 9	Resultado intermedio	Empoderamiento/ efectividad clínica	Sí
		● 4			
		▼ 2			
		Total: 15			

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

Concepto de indicador (volumen de propuestas)	Propuestas de conceptos de indicador	N.º de votos según perfil	Tipo	Dimensión	Propuesto estudio previo AQUAS
7. Pacientes atendidos en diferentes niveles de estratificación del riesgo (5)	<ul style="list-style-type: none"> — Población atendida (criterios que definen la atención como crónica) 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	Resultado final	Continuidad asistencial/ efectividad	Sí
		● 1			
		▲ 9			
		Total: 12			
8. Pacientes expertos formados (5)	<ul style="list-style-type: none"> — Número de pacientes expertos formados/ total pacientes en diferentes estadios de estratificación (1) — Porcentaje de pacientes con registro de autocuidado (1) — Porcentaje actividades formativas online y presenciales 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	Proceso	Empoderamiento	No
		● 3			
		▲ 1			
		Total: 9			
9. Calidad de vida relacionada con la salud (4)	<ul style="list-style-type: none"> — 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	Resultado final	Atención centrada paciente	No (consenso elevado en el criterio de importancia pero no el de factibilidad)
		● 5			
		▲ 9			
		Total: 24			

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

Concepto de indicador (volumen de propuestas)	Propuestas de conceptos de indicador	N.º de votos según perfil	Tipo	Dimensión	Propuesto estudio previo AQUAS
10. Pacientes con fármacos de eficacia probada (5)	<ul style="list-style-type: none"> — 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	Resultado intermedio	Adecuación/ efectividad clínica	Sí
		● 5			
		▼ 7			
		Total: 24			
11. Acceso/uso de historia clínica compartida por los profesionales sanitarios (4)	<ul style="list-style-type: none"> — 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	Estructura	Continuidad asistencial/ empoderamiento	Sí
		● 5			
		▼ 7			
		Total: 19			
12. Frecuentación de atención primaria por pacientes crónicos (4)	<ul style="list-style-type: none"> — 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 pacientes crónicos pluripatológicos (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	Resultado intermedio	Accesibilidad/uso de servicios	Sí (en un indicador de programas específicos de programas de cronicidad, ej. atención domiciliar)
		● 6			
		▼ 4			
		Total: 21			

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

Concepto de indicador (volumen de propuestas)	Propuestas de conceptos de indicador	N.º 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	Resultado final	Continuidad asistencial/efectividad clínica	Sí
		● 4			
		▼ 2			
		Total: 6			
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	Resultado intermedio	Accesibilidad/efectividad clínica	Sí
		● 2			
		▼ 1			
		Total: 4			
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	Proceso	Continuidad asistencial/atención centrada pacientes	No (consenso elevado en el criterio de importancia pero no el de factibilidad)
		● 8			
		▼ 2			
		Total: 12			
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	Resultado intermedio	Atención integral/continuidad asistencial	No
		● 2			
		▼ 2			
		Total: 6			

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

Concepto de indicador (volumen de propuestas)	Propuestas de conceptos de indicador	N.º de votos según perfil	Tipo	Dimensión	Propuesto estudio previo AQUAS
17. Satisfacción programas de atención cronicidad (1)	<ul style="list-style-type: none"> — 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	Resultado intermedio	Atención centrada pacientes	No
		● 0			
		▼ 3			
		Total: 4			
18. Gasto farmacéutico (2)	<ul style="list-style-type: none"> — Gasto farmacéutico (2) 	● 0	Resultado final	Eficiencia	Sí
		● 1			
		▼ 0			
		Total: 1			
19. Pacientes atendidos en dispositivos alternativos a la hospitalización convencional (2)	<ul style="list-style-type: none"> — 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	Resultado intermedio	Atención centrada pacientes/uso de servicios	No (consenso elevado en el criterio de importancia pero no el de factibilidad)
		● 1			
		▼ 6			
		Total: 10			
20. Pacientes incluidos en rutas asistenciales (1)	<ul style="list-style-type: none"> — Pacientes incluidos en rutas asistenciales basadas en la evidencia (en patologías prevalentes o priorizadas) 	● 2	Proceso	Continuidad asistencial/ adecuación	No
		● 0			
		▼ 0			
		Total: 2			

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

Concepto de indicador (volumen de propuestas)	Propuestas de conceptos de indicador	N.º de votos según perfil	Tipo	Dimensión	Propuesto estudio previo AQUAS
21. Mortalidad prematura (1)	— Mortalidad prematura	● 4	Resultado final	Efectividad clínica	No (mortalidad hospitalaria)
		● 0			
		▲ 6			
		Total: 10			
22. Telemedicina (1)	— Cobertura de programas de teleasistencia socioasistencial (1)	● 0	Resultado intermedio	Accesibilidad/uso de servicios	No (consenso bajo)
		● 2			
		▲ 1			
		Total: 3			
23. Pacientes atendidos con hábitos de vida saludable/factores de riesgo (1)	— Población atendida con hábitos de vida saludable/factores de riesgo (1)	● 0	Resultado final	Empoderamiento/ efectividad clínica	No (consenso bajo)
		● 1			
		▲ 0			
		Total: 1			
24. Continuidad tratamiento farmacológico después de hospitalización (1)	— Continuidad tratamiento farmacológico después de hospitalización (1)	● 4	Proceso	Continuidad asistencial/ adecuación	No
		● 1			
		▲ 3			
		Total: 8			

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

Concepto de indicador (volumen de propuestas)	Propuestas de conceptos de indicador	N.º de votos según perfil	Tipo	Dimensión	Propuesto estudio previo AQUAS
25. Volumen de especialistas visitados por pacientes crónicos (1)	<ul style="list-style-type: none"> — 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	Estructura	Continuidad asistencial/atención integrada	No
		● 2			
		▲ 1			
		Total: 6			
26. Pacientes sin soporte social (viven solos) con problemas crónicos (1)	<ul style="list-style-type: none"> — Porcentaje de personas sin soporte social (viven solos) que tienen problemas crónicos (1) 	● 0	Resultado final	Atención integral	No
		● 0			
		▲ 3			
		Total: 6			

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).

Anexo 6. Comentarios y discusión de los retos en la medición de indicadores (2.^a reunión de consenso)

<p>Andalucía Comité institucional EAC</p>	<p>Priorización/retos de medición +Usuarios institucionalizados (sociosanitario 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 sociosanitarios 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 cómo 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 habría 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 (sociosanitario y social) +Cobertura de iniciativas integradas de atención social y sanitaria por usuarios</p> <p>Comentarios, retos de medición y comparabilidad entre CCAA -Aceso 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 están 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 están 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 (sociosanitario 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 profesionales</p>
<p>Navarra Comité institucional EAC</p>	<p>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</p>

<p>Madrid Comité institucional EAC</p>	<p>Priorización/retos de medición +Tiempo entre descompensaciones que requieren ingreso + Prevalencia/incidencia de usuarios atendidos en diferentes niveles de estratificación +Hospitalizaciones potencialmente evitables</p> <p>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</p>
<p>MSSSI SG Promoción y prevención de la salud</p>	<p>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</p>
<p>País Vasco Comité institucional EAC</p>	<p>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</p>

Anexo 7. Punto de partida para la propuesta de indicadores

18 indicadores estudio previo AQuAS*

1 Pacientes contactados 48 horas post-alta hospitalaria	Resultado I	Continuidad/seguridad
2 Días hospitalización acumulados al año por la misma causa	Resultado I	Adecuación/efectividad
3 Pacientes atendidos en urgencias según procedencia	Resultado I	Adecuación/uso servicios
4 Reingresos de pacientes hospitalizados	Resultado I	Efectividad/adequación
5 Pacientes polimedcados (10-15 fármacos o más)	Resultado I	Atención integral/continuidad asistencial
6 Pacientes con fármacos de eficacia probada	Resultado I	Adecuación/eficiencia
7 Población institucionalizada (socio sanitario y social)	Resultado I	Acceso/uso servicios
8 Población atendida con trastornos crónicos de salud	Resultado F	Atención integral/efectividad
9 Tiempo entre descompensaciones que requieren ingreso	Resultado I	Empoderamiento/efectividad
10 Gasto farmacéutico	Resultado F	Costes/eficiencia
11 Circunstancia alta de pacientes en hospitales de agudos	Resultado I	Acceso/efectividad
12 Pacientes atendidos en urgencias	Resultado I	Acceso/adequación
13 Acceso historia clínica compartida profesionales sanitarios	Estructura	Atención integral/empoderamiento
14 Estancia media de atención hospitalaria	Resultado I	Eficiencia/uso servicios
15 Mortalidad hospitalaria	Resultado F	Seguridad
16 Población atendida en programas atención cronicidad	Resultado I	Acceso/uso servicios
17 Población atendida diferentes niveles estratificación riesgo	Resultado F	Atención integral/efectividad
18 Hospitalizaciones potencialmente evitables	Resultado I	Adecuación/efectividad

I: intermedio; F: final

*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

1 Reingresos de pacientes hospitalizados	Resultado I	Efectividad/adecuación
2 Pacientes atendidos en urgencias	Resultado I	Accesibilidad/adecuación
3 Tasa de altas por fractura de cadera >75 años	Resultado I	Accesibilidad/uso servicios
4 Tasa ingreso hospitalario por amputación diabetes >64 años	Resultado I	Uso servicios/efectividad
5 Tasas altas por accidentes laborales, tráfico y deportivos	Resultado I	Eficiencia/resultado salud
6 Prevalencia consumo tabaco población adulta	Resultado F	Resultado salud
7 Prevalencia bebedores de riesgo de alcohol	Resultado F	Resultado salud
8 Prevalencia de obesidad	Resultado F	Resultado salud
9 Prevalencia sedentarismo en población adulta	Resultado F	Resultado salud
10 Prevalencia de personas consumen verduras y frutas	Resultado F	Resultado salud
11 Tasa de mortalidad prematura ajustada edad/enfermedad	Resultado F	Efectividad
12 Tasa discapacidad total y según patologías crónicas	Resultado F	Resultado salud
13 Población atendida con trastornos crónicos de salud	Resultado I	Atención integral
14 Número visitas domiciliarias por enfermería AP	Proceso	Accesibilidad/uso servicios
15 % actividad enfermería de AP en domicilio	Proceso	Accesibilidad/uso servicios
16 Valoración intervenciones basadas en evidencia en pacientes con insuficiencia cardíaca	Proceso	Adecuación

Anexo 8. Revisión de conceptos de indicador propuestos por las CCAA previo al consenso presencial

Sección A. Conceptos de indicador propuestos para la evaluación de iniciativas de atención a la cronicidad (estudio AQUAS previo)

Conceptos de indicador	Tipo	Volumen de CCAA que los propone*	Dimensión/ atributo	Concepto que mide
I1 Población institucionalizada (socio-sanitario 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
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

Conceptos de indicador	Tipo	Volumen de CCAA que los propone*	Dimensión/ atributo	Concepto que mide
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 dos 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 (**)	– 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 (**)	– frecuentación de pacientes a urgencias – variación en el n.º 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
I4. 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
I5. Tasa de altas por accidentes laborales, de tráfico y deportivos	Resultado intermedio	Eficiencia/ resultados en salud	2	Aragón: tasas de accidentes de trabajo

Conceptos de indicador	Tipo	Dimensión/ atributo	Volumen de CCAA que los proponen/ fuente	Observaciones
16. Prevalencia de consumo de tabaco en población adulta	Resultado final	Resultados en salud	3	<ul style="list-style-type: none"> – 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	<ul style="list-style-type: none"> – 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	<ul style="list-style-type: none"> – 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	<ul style="list-style-type: none"> – 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
110. Prevalencia de personas que consumen a diario verduras y frutas	Resultado final	Resultados en salud/ apoderamiento	2	
111. Tasa de mortalidad prematura ajustada por edad y enfermedad	Resultado final	Efectividad	3	<ul style="list-style-type: none"> – propone, además de este indicador, la mortalidad prematura por ictus, la mortalidad prematura por diabetes mellitus, la mortalidad prematura por cardiopatía isquémica
112. Tasa de discapacidad total y según determinadas patologías crónicas	Resultado final	Resultados en salud	3	

Conceptos de indicador	Tipo	Dimensión/ atributo	Volumen de CCAA que los proponen/ fuente	Observaciones
I13. 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
I14. Número de visitas domiciliarias realizadas por enfermería de atención primaria	Proceso	Accesibilidad/ uso de servicios	4	— n.º de visitas de enfermería a pacientes en hospitalización a domicilio
I15. Porcentaje de la actividad de enfermería de atención primaria que es realizada en domicilio	Proceso	Accesibilidad/ uso de servicios	3	
I16. 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 o ARAII

(**) Conceptos de indicador 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 pulmonar y obstructiva crónica; GRD: grupo relacionado diagnóstico; ACV: accidente cardiovascular.

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

Conceptos de indicador	Tipo	Dimensión/ atributo	Propuesto estudio previo AQUAS**	Observaciones
I17. Población atendida en programas de atención en cronicidad	Resultado intermedio	Accesibilidad/ uso de servicios	Sí	— programa de paciente crónico complejo, atención paliativa, programa de paciente experto, atención domiciliaria en >65 y >75 años, otros programas de cronicidad
I18. Porcentaje de derivación del PAC al servicio de urgencias del hospital	Resultado intermedio	Accesibilidad/ utilización servicios	No	
I19. Días de hospitalización acumulados al año por la misma causa	Resultado intermedio	Adecuación/ efectividad clínica	Sí	— días acumulados por ingreso urgente EPOC (enfermedad pulmonar obstructiva crónica) y IC (insuficiencia cardíaca)
I20. Hospitalizaciones potencialmente evitables	Resultado intermedio	Adecuación servicios/ recursos	Sí	Descripción del indicador según condiciones crónicas (EPOC, insuficiencia cardíaca, asma, diabetes) y tipo de población (ex.población infantil)
I21. Pacientes polimedicados (10 -15 fármacos o más)	Resultado intermedio	Atención integral/ continuidad asistencial	Sí	
I22. Valoración de la información que el usuario recibe sobre su problema de salud	Resultado intermedio	Atención centrada pacientes/ satisfacción	No	
I23. Variación en el número de ingresos en unidad de agudos	Resultado intermedio	Eficiencia	No	

Conceptos de indicador	Tipo	Dimensión/ atributo	Propuesto estudio previo AQuAS**	Observaciones
I24. Variación de número de visitas domiciliarias	Resultado intermedio	Eficiencia	No	
I25. Variación de número de ingresos en unidad de subagudos	Resultado intermedio	Eficiencia	No	
I26. Variación de número hospitalizaciones en domicilio	Resultado intermedio	Eficiencia	No	
I27. Tasa de altas por complicaciones agudas de diabetes	Resultado intermedio	Seguridad	No	
I28. 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 n.º ingresos en unidad de agudos
I29. 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 n.º ingresos en unidad de agudos
I30. Frecuentación de pacientes a consultas de medicina de familia	Resultado intermedio	Utilización de servicios	No	
I31. Frecuentación de pacientes a consultas de pediatría	Resultado intermedio	Utilización de servicios	No	

Conceptos de indicador	Tipo	Dimensión/ atributo	Propuesto estudio previo AQuAS**	Observaciones
I32. Número de ingresos en hospitalización a domicilio	Resultado intermedio	Utilización de servicios	No	
I33. Variación de número medio de consultas presenciales de especialista por paciente permanente	Resultado intermedio	Utilización de servicios	No	
I34. 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
I35. Variación número de urgencias hospitalarias atendidas	Resultado intermedio	Utilización de servicios/ eficiencia	No	
I36. Tasa de discapacidad parcial según determinadas patologías crónicas	Resultado final	Eficiencia	No	Consenso AQuAS: retorno al trabajo tras baja laboral; consenso bajo
I37. Porcentaje de pacientes estables	Resultado final	Estado de salud	No	– tiempo entre descompensaciones que requieren ingreso hospitalario
I38. Número de pacientes paliativos >14años	Resultado final	Estado de salud	No	
I39. Número de pacientes inmovilizados > 14 años	Resultado final	Estado de salud	No	
I40. 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

Conceptos de indicador	Tipo	Dimensión/ atributo	Propuesto estudio previo AQuAS**	Observaciones
I41. 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
I42. Esperanza de vida libre de discapacidad	Resultado final	Estado de salud	No	
I43. Prevalencia de obesidad infantil	Resultado final	Estado de salud	No	
I44. Prevalencia de accidentes en el hogar	Resultado final	Estado de salud	No	
I45. Infecciones nosocomiales de pacientes	Resultado final	Seguridad	No	
I46. Variación del índice de resultado Barthel	Resultado final	Estado de salud	No	
I47. Ratio del índice de mortalidad en grupo intervención respecto a grupo con patología	Resultado final	Estado de salud	No	
I48. Porcentaje de pacientes con bajo grado de autonomía	Resultado final	Estado de salud	No	
I49. Porcentaje de pacientes con edemas pulmonares	Resultado final	Estado de salud	No	

Conceptos de indicador	Tipo	Dimensión/ atributo	Propuesto estudio previo AQuAS**	Observaciones
I50. Tasa de tromboembolismo pulmonar secundario o trombosis venosa profunda secundaria en >17 años	Resultado final	Seguridad pacientes	No	
I51. Porcentaje de citas de medicina de familia y pediatría enviadas para consultas de atención especializada	Proceso	Accesibilidad/ utilización de servicios	No	
I52. Número de teleconsultas informadas por tipo	Proceso	Accesibilidad/ utilización servicios	No	
I53. Tiempo máximo de respuesta de las teleconsultas solicitadas desde los centros de salud y hospitales	Proceso	Accesibilidad/ atención centrada pacientes	No	
I54. Tiempo medio en espera estructural de vía rápida de cáncer de mama	Proceso	Accesibilidad/ atención centrada pacientes	No	
I55. Tiempo medio en espera estructural de vía rápida de cáncer de pulmón	Proceso	Accesibilidad/ atención centrada pacientes	No	
I56. Tiempo medio en espera estructural de vía rápida de cáncer colorrectal	Proceso	Accesibilidad/ atención centrada pacientes	No	
I57. Tiempo medio en espera estructural de vía rápida de cáncer de próstata	Proceso	Accesibilidad/ atención centrada pacientes	No	
I58. Tiempo medio en espera estructural de vía rápida de cáncer de otorrino-laringología	Proceso	Accesibilidad/ atención centrada pacientes	No	

Conceptos de indicador	Tipo	Dimensión/ atributo	Propuesto estudio previo AQuAS**	Observaciones
I59. Tiempo medio en espera estructural de vía rápida de cáncer de vejiga	Proceso	Accesibilidad/ atención centrada pacientes	No	
I60. Porcentaje de población con tarjeta sanitaria con prescripción electrónica	Proceso	Accesibilidad	No	
I61. Buen control metabólico en pacientes con diabetes	Proceso	Adecuación servicios/ recursos	No	Consenso bajo de expertos AQuAS
I62. Buen control tensión arterial en pacientes con hipertensión arterial	Proceso	Adecuación servicios/ recursos	No	Consenso bajo de expertos AQuAS
I63. 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
I64. 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
I65. Proporción de pacientes en programa atención domiciliaria con planes de cuidados realizados y actualizados en año de evaluación	Proceso	Adecuación servicios/ recursos	No	

Conceptos de indicador	Tipo	Dimensión/ atributo	Propuesto estudio previo AQuAS**	Observaciones
I66. Número de retinografías realizadas a diabéticos tipo 2	Proceso	Adecuación/ utilización servicios	No	
I67. Proporción de cesaciones de hábito tabáquico	Proceso	Apodera- miento	No	Consenso bajo de expertos AQuAS - prevalencia de consumo de tabaco en población adulta
I68. Número personas a las que se les ha realizado "prescripción ejercicio físico"	Proceso	Apodera- miento	No	Consenso bajo de expertos AQuAS
I69. Proporción de pacientes en atención domiciliaria con encuesta de calidad de vida realizada durante el año de evaluación	Proceso	Atención centrada pacientes/ efectividad	No	
I70. Proporción de pacientes en programas de atención paciente crónicos complejo con encuesta de calidad de vida realizada	Proceso	Atención centrada pacientes/ efectividad	No	
I71. Porcentaje de informes de alta hospitalaria que presentan una valoración mediante índice de Barthel	Proceso	Atención centrada pacientes/ continuidad asistencial	No	
I72. Valoración integral y del cuidador en pacientes con demencias	Proceso	Atención integral/ coordinación	No	Consenso bajo de expertos AQuAS
I73. 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	

Conceptos de indicador	Tipo	Dimensión/ atributo	Propuesto estudio previo AQuAS**	Observaciones
I74. 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
I75. Pacientes pluripatológicos con valoración integral en el último año de intervención	Proceso	Atención integral	No	Similar indicador I84
I76. Teleconsultas de oftalmología informadas desde atención hospitalaria con respecto al n.º de retinografías realizadas en atención primaria	Proceso	Continuidad asistencial	No	
I77. Porcentaje de informes de alta de consultas de hospital en HCE	Proceso	Continuidad asistencial	No	
I78. Porcentaje de pacientes con registro de asma en pediatría en HCE	Proceso	Continuidad asistencial	No	
I79. Porcentaje de pacientes con registro de de obesidad/sobrepeso en pediatría en HCE	Proceso	Continuidad asistencial	No	
I80. Porcentaje de pacientes con registro de diabetes mellitus (DM) en adultos en HCE	Proceso	Continuidad asistencial	No	
I81. Porcentaje de pacientes con registro de obesidad en adultos en HCE	Proceso	Continuidad asistencial	No	
I82. Porcentaje de pacientes con registro de EPOC en >39 años en HCE	Proceso	Continuidad asistencial	No	

Conceptos de indicador	Tipo	Dimensión/ atributo	Propuesto estudio previo AQuAS**	Observaciones
I83. Porcentaje de pacientes con registro de dislipemia en adultos en HCE	Proceso	Continuidad asistencial	No	
I84. Porcentaje de pacientes con registro de insuficiencia cardíaca en adultos en HCE	Proceso	Continuidad asistencial	No	
I85. Porcentaje de pacientes con registro de cardiopatía isquémica en adultos en HCE	Proceso	Continuidad asistencial	No	
I86. Porcentaje de pacientes con registro de hipertensión arterial en adultos en HCE	Proceso	Continuidad asistencial	No	
I87. Porcentaje de pacientes con registro de adicciones en adultos en HCE	Proceso	Continuidad asistencial	No	
I88. Porcentaje de pacientes con registro de cuidados paliativos en >14 años	Proceso	Continuidad asistencial	No	
I89. Porcentaje de población rural con servicios diagnósticos y de interconsulta por telemedicina	Proceso	Continuidad asistencial/ accesibilidad	No	
I90. Porcentaje de altas hospitalarias con informe de alta de cuidados enfermeros	Proceso	Continuidad asistencial	No	
I91. Porcentaje de población con tarjeta sanitaria individual con historia clínica electrónica	Proceso	Continuidad asistencial	No	

Conceptos de indicador	Tipo	Dimensión/ atributo	Propuesto estudio previo AQuAS**	Observaciones
I92. Validación/ identificación de los pacientes seleccionados en Osabide	Proceso	Efectividad	No	
I93. Actualización de pacientes en Osabide	Proceso	Efectividad	No	
I94. Cobertura del modelo de coordinación	Proceso	Efectividad	No	
I95. Porcentaje de pacientes con registro por enfermería de educación para el autocuidado	Proceso	Efectividad	No	
I96. Pacientes con registro de información sobre autonomía	Proceso	Efectividad/ apodera- miento	No	
I97. Porcentaje de citas entre niveles por medios telemáticos respecto al total de citas	Proceso	Continuidad asistencial	No	
I98. Porcentaje de cirugía por fractura de cadera en las primeras 48 horas desde el ingreso en >65 años	Proceso	Seguridad/ utilización de servicios	No	
I99. Tasa de notificación de reacciones adversas a medicamentos	Proceso	Seguridad	No	
I100. Número de visitas de facultativos a pacientes en hospitalización a domicilio	Proceso	Utilización de servicios	No	

Conceptos de indicador	Tipo	Dimensión/ atributo	Propuesto estudio previo AQuAS**	Observaciones
I101. Porcentaje de zonas de salud con consejo de salud constituido y que ha celebrado al menos una reunión en el año	Estructura	Atención centrada en pacientes	No	
I102. Porcentaje de centros de atención primaria conectados a red corporativa	Estructura	Continuidad asistencial		
I103. Porcentaje de utilización actual de la HCE en consultas del hospital	Estructura	Atención integral/ empoderamiento	No	
I104. Porcentaje de utilización actual de la HCE en consultas de los centros de salud	Estructura	Atención integral/ empoderamiento	No	
I105. Porcentaje de utilización actual de la HCE en urgencias del hospital	Estructura	Atención integral/ empoderamiento	No	

(**) Conceptos de indicador 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.

