

IEMAC 36

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

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

www.iemac.org



ÍNDICE

1.	Introducción	03
2.	Autoría	05
3.	IEMAC 36 versus IEMAC 75: ¿qué versión usar?	06
4.	Instrucciones para la autoevaluación	9
5.	Instrumento IEMAC 36	14
6.	Correspondencia de Intervenciones entre IEMAC 36 y 75	30

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



INTRODUCCIÓN

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

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

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

El CCM identifica los elementos esenciales de los sistemas sanitarios para lograr una atención de calidad a los enfermos crónicos.

Se basa en las interacciones productivas entre un paciente crónico informado y activo y un equipo asistencial preparado y proactivo, que pueden hacerse efectivas gracias a 6 elementos básicos: la organización del sistema sanitario, la comunidad, el modelo de prestación de servicios asistenciales, el autocuidado de los pacientes, herramientas de apoyo a la decisión clínica y sistemas de información. Existe una creciente evidencia de que la implementación de las intervenciones basadas en el CCM mejora los procesos y los resultados.

IEMAC-ARCHO se inspira en el CCM, pero además incorpora perspectivas adicionales, como el concepto de sistema de salud, la base poblacional, la gestión de riesgos a través de la estratificación o la utilización intensiva de TICs, con las que avanzar en la reorientación de las políticas y servicios sanitarios y sociales para prevenir el desarrollo de enfermedades crónicas y prestar una atención integral y de calidad a las personas con dichas enfermedades. El desarrollo de IEMAC-ARCHO está publicado en Gaceta Sanitaria¹ y en Todo Hospital².



Los principios inspiradores de IEMAC-ARCHO son:

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

Utilidad de IEMAC - ARCHO

El instrumento IEMAC - ARCHO puede ser de utilidad para las organizaciones sanitarias y sociales porque:

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

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

Experiencia de uso:

IEMAC 75, la versión de IEMAC-ARCHO para todo tipo de organizaciones, está siendo utilizado por organizaciones de distintos ámbitos asistenciales y geográficos. Su validación como instrumento está publicada en el International Journal of Integrated Care³. Se han autoevaluado con IEMAC 75, al menos 13 Servicios Regionales de Salud, un gran número de áreas sanitarias, hospitales, programas de pacientes pluripatológicos o centros de salud. La autoevaluación con IEMAC está incluida en el contrato de gestión de Osakidetza con sus centros asistenciales.

IEMAC 75 se ha utilizado para evaluar el progreso en la implementación de cambios y transformaciones: La OSI (Organización Sanitaria Integrada) Bidasoa ha publicado su proceso de integración asistencial mediante sucesivas autoevaluaciones con IEMAC desde 2011⁴. La implantación del programa de atención a la cronicidad CroniGicat en 26 centros de atención primaria del ICS de Girona se ha evaluado con IEMAC⁵, permitiendo la comparación entre ellos.

Aunque IEMAC-ARCHO es un instrumento genérico para cualquier condición crónica y, de forma especial, para pluripatología, en un intento de aproximarlos a los usuarios gestores y clínicos, se ha adaptado a diabetes (IEMAC Diabetes) y a enfermedades músculo-esqueléticas (IEMAC-Reuma). Existe una amplia experiencia en el uso de IEMAC Diabetes entre centros de atención primaria y sus departamentos de



AUTORÍA DE IEMAC 36

endocrinología de referencia, en los que se ha puesto de manifiesto su utilidad en identificar áreas de mejora y en promover una reflexión conjunta y estructurada entre profesionales de los distintos ámbitos asistenciales sobre cómo mejorar la atención a las personas con diabetes⁶.

1. Nuño-Solinís R, Fernández-Cano P, Mira-Solves JJ, Toro-Polanco N, Carlos Contel J, Guilabert Mora M, Solas O. Desarrollo de IEMAC, un Instrumento de Evaluación de Modelos de Atención ante la Cronicidad. Gac Sanit. 2013 Mar-Apr; 27(2):128-34. doi: 10.1016/j.gaceta.2012.05.012.
2. Equipo IEMAC. O. Solas, JJ, Mira, R. Nuño, M. Guilabert, N. Toro, P. Fernández, JC. Contel. IEMAC: Un instrumento de Evaluación de Modelos de Atención ante la Cronicidad. Todo Hospital. 2012; 278: 17-20
3. Mira JJ, Nuño-Solinís R, Fernández-Cano P, Contel JC, Guilabert-Mora M, Solas-Gaspar O. Readiness to tackle chronicity in Spanish health care organisations: a two-year experience with the Instrumento de Evaluación de Modelos de Atención ante la Cronicidad/ Assessment of Readiness for Chronicity in Health Care Organisations instrument. Int J Integr Care. 2015 Nov 23; 15:e041.
4. Toro-Polanco N, Berraondo I, Pérez-Irazusta I, Nuño-Solinís R, Del Río-Cámara M. Building integrated care systems: a case study of Bidasoa Integrated Health Organisation. Int J Integr Care 2015; Apr-Jun; URN:NBN:NL:U:10-1-114831.
5. Quesada Sabaté M, Canet Ponsa M, Avellana Revuelta E, Rodríguez Requejo S, German Rebull F, Balló Peña E. Evaluación de un programa de atención a la cronicidad en Girona (CRONIGICAT). Atención Primaria. 2014 Jun; 46 Suppl 3:24-32. doi: 10.1016/S0212-6567(14)70062-9.
6. Fernández-Cano, P; Solas-Gaspar, O; Guilabert-Mora, M; Mira-Solves, J; Nuño-Solinís, R. Assessing integration in diabetes care: utility of the instrument IEMAC-ARCHO. Poster en 16th International Conference for Integrated Care. Barcelona 2016.

- **Juan Carlos Contel Segura**
Programa de Prevención y Atención a la Cronicidad. Departamento de Salud.
Plan Interdepartamental de Atención e Interacción Social y Sanitaria (PIAISS). Generalitat de Catalunya
- **Mario del Río Cámara**
BIOEF. Fundación Vasca de Innovación e Investigación Sanitarias
- **Paloma Fernández Cano**
Merck Sharp & Dohme de España (MSD)
- **Mercedes Guilabert Mora**
Departamento de Psicología de la Salud. Universidad Miguel Hernández de Elche
- **José Joaquín Mira Solves**
Departamento de Psicología de la Salud. Universidad Miguel Hernández de Elche
Departamento de Salud de Alicante-San Juan. Alicante. Consejería de Sanidad Universal y Salud Pública. Comunidad Valenciana
- **Roberto Nuño Solinís**
Deusto Business School Health
- **Olga Solas Gaspar**
Consultora Senior de Políticas y Gestión de Organizaciones



IEMAC 36 VERSUS IEMAC 75: ¿QUÉ VERSIÓN USAR?

La experiencia acumulada con el uso de IEMAC 75 ha puesto de manifiesto la conveniencia de desarrollar una versión reducida de IEMAC-ARCHO que, con el mismo enfoque y los mismos objetivos, esté más orientada a la planificación operativa y no sea tan exigente en términos de tiempo de los profesionales en las sesiones de autoevaluación. Esta necesidad se ha hecho más patente para monitorizar los procesos de cambio e implantación de intervenciones de mejora puestas en marcha por organizaciones de ámbito meso-micro y de programas asistenciales. También, para el seguimiento anual o bianual de la misma organización, tras una evaluación inicial con IEMAC 75, especialmente cuando el entorno macro no ha variado sustancialmente y, por tanto, su impacto en los niveles meso y micro no ha sido muy relevante. Así ha nacido la versión IEMAC 36.

En la tabla 1 adjunta se pueden observar las principales características de IEMAC 75 y de IEMAC 36, así como una orientación sobre el uso de una u otra versión en función de la utilidad deseada.

El equipo IEMAC ha desarrollado IEMAC 36 con la premisa de conseguir un instrumento equivalente en puntuación a la versión transversal de IEMAC con 75 intervenciones. Los resultados de la validación equivalente de la versión IEMAC 36 se adjuntan en la tabla. Las intervenciones número 6, 19, 20, 21, 22 y 27, por lo general,

tienen un escaso recorrido de implantación por lo que en los análisis métricos realizados muestran una baja saturación en los factores identificados. No obstante, se han seguido manteniendo en IEMAC 36 debido a su potencial de transformación hacia la cronicidad, aunque en la actualidad estén poco desarrolladas en nuestro contexto.



IEMAC 75

IEMAC 36

Enfoque	Sistémico, Integrado, Poblacional, Centrado en la persona, Multidisciplinar	Sistémico, Integrado, Poblacional, Centrado en la persona, Multidisciplinar
Ámbito	Macro / Meso	Micro / Meso
Usuarios	Servicios Regionales de Salud Organizaciones sociosanitarias Áreas sanitarias integradas, OSIs Hospitales, Gerencias de Atención Primaria Organizaciones de planificación y compra	Unidades de Gestión Clínica Equipos asistenciales de Centros de Salud, Departamentos y Servicios de Hospital Programas clínicos y asistenciales de patologías y de pluripatología Áreas sanitarias integradas, OSIs Territorios con modelos de atención integrada social y sanitaria Microsistemas
Utilidades	Planificación estratégica (mapa de innovaciones y buenas prácticas) Diagnóstico basal Evaluación y seguimiento de estrategias de cronicidad Benchmarking entre sistemas y organizaciones macro	Planificación operativa (mapa de intervenciones) Priorización de intervenciones por equipos clínicos y asistenciales Evaluación y Seguimiento de las actuaciones de mejora de la práctica clínica, asistencial y de innovación Benchmarking entre organizaciones (inter/intra) Estudios clínicos con componente asistencial Seguimiento anual de organizaciones meso evaluadas con IEMAC 75
Periodicidad	Bianual o mayor según calendario de planificación	Anual
Estructura	6 dimensiones, 27 componentes y 75 intervenciones	6 dimensiones y 36 intervenciones
Puntuación	Puntuación Máxima: 7500	Puntuación Máxima: 3600
Aplicación web	Registro y tratamiento de datos en el enlace: www.iemac.org/iemac75 , con obtención de informe y gráficos. Entrar en microsite IEMAC - ARCHO, Instrumento IEMAC 75/36 y seleccionar IEMAC 75	Registro y tratamiento de datos en el enlace: www.iemac.org/iemac36 , con obtención de informe y gráficos. Entrar en microsite IEMAC - ARCHO, Instrumento IEMAC 75/36 y seleccionar IEMAC 36
Representación gráfica	Gráfico radar de 6 dimensiones. Ejes con las puntuaciones máximas de cada dimensión: D1:1300; D2:500; D3:2900; D4:1100; D5:600 y D6:1100. Histograma con los componentes de cada dimensión	Gráfico radar de 6 dimensiones. Ejes con las puntuaciones máximas de cada dimensión: D1:300; D2:200; D3:1700; D4:600; D5:300 y D6:500. Histograma con las intervenciones de cada dimensión
Tiempo estimado de reunión de evaluación	Entre 4 y 6 horas (dependiendo de la experiencia en reuniones similares y de la preparación previa)	Entre 2 y 4 horas (dependiendo de la experiencia en reuniones similares y de la preparación previa)

IEMAC 75

IEMAC 36

<p>Metodología</p>	<p>Validación:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Consistencia interna. Alfa de Cronbach: 0,90-0,95 • Validez de constructo. Análisis factorial de componentes principales: solución factorial de segundo orden que explica el 57,6% del total de la varianza con saturaciones factoriales de los componentes entre 0,58 y 0,94 • Fiabilidad. Coeficiente Spearman-Brown: 0,77-0,94 	<p>Análisis factorial por dimensiones.</p> <p>El procedimiento utilizado para reducir la escala ha sido la selección de aquellas intervenciones con una mayor saturación dentro de cada dimensión:</p> <p>Dimensión 1: 74% del total de la varianza explicada. Alfa de Cronbach: 0,82</p> <p>Dimensión 2: 86,2% del total de la varianza explicada. Alfa de Cronbach: 0,84</p> <p>Dimensión 3:</p> <p>Factor 1: 37,2% de la varianza explicada. Alfa de Cronbach: 0,86</p> <p>Factor 2: 58,8% de la varianza explicada. Alfa de Cronbach: 0,79</p> <p>Dimensión 4: 55,1% de la varianza explicada. Alfa de Cronbach: 0,78</p> <p>Dimensión 5: 72,5% de la varianza explicada. Alfa de Cronbach: 0,80</p> <p>Dimensión 6: 77,4% de la varianza explicada. Alfa de Cronbach: 0,80</p> <p>Mantenimiento de intervenciones número: 6, 19, 20, 21, 22 y 27 (ver texto).</p>
---------------------------	---	---



INSTRUCCIONES PARA LA AUTOEVALUACIÓN

IEMAC ha sido concebido como un instrumento de ayuda a los agentes sanitarios que deseen mejorar su sistema de salud adaptándolo a las necesidades de los pacientes con enfermedades crónicas. Para un completo aprovechamiento de la herramienta, se recomienda leer las instrucciones de IEMAC 75. Aquí nos referiremos exclusivamente al proceso de autoevaluación con IEMAC 36.

Cuestionario

El cuestionario de IEMAC 36 se compone de 36 intervenciones que, de forma correlativa, abordan los 6 elementos del Chronic Care Model y, por tanto, las 6 dimensiones de IEMAC 75. Los 27 componentes de IEMAC 75 se ven reducidos a 22 en IEMAC 36.

Adicionalmente, se formula una intervención no puntuable, pero sobre la que se aconseja una reflexión conjunta entre los miembros del equipo de autoevaluación.

Cada intervención va acompañada de un glosario de apoyo, que describe algún concepto clave, el alcance de la intervención o cita ejemplos para facilitar la comprensión de la intervención y precisar la puntuación.

Proceso de autoevaluación

IEMAC se ha ideado para ser autoaplicado mediante un proceso de autoevaluación, si bien permite evaluaciones externas. Se aconseja realizar la autoevaluación en la herramienta web de registro y tratamiento de los resultados, disponible en el enlace www.iemac.org, lo que permite además obtener los informes correspondientes.

Para conducir la autoevaluación, es necesario contar con un **equipo de autoevaluación** compuesto por diferentes profesionales que, de forma consensuada, respondan a las cuestiones planteadas en IEMAC. Se recomienda que el equipo de autoevaluación esté formado por profesionales con diferentes perfiles y competencias de gestión de los pacientes crónicos (médicos, enfermeras, trabajadores sociales, farmacéuticos, psicólogos, expertos en calidad, sistemas de información, etc) y que integre a los distintos ámbitos asistenciales (atención primaria, hospital, servicios sociales, comunidad) relevantes para el ejercicio de autoevaluación. Para algunas intervenciones puede ser útil incorporar también la perspectiva de los pacientes y/o cuidadores.



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

Una reunión de autoevaluación con IEMAC 36 puede durar entre 2 y 4 horas dependiendo de la experiencia con el instrumento, del grado de preparación de la misma y de la facilidad de alcanzar consensos sobre las puntuaciones entre los miembros del equipo de autoevaluación. Para facilitar la conducción de la sesión y construir consensos sobre las puntuaciones se recomienda que dos miembros del equipo asuman dos roles importantes: **facilitador o conductor y relator o secretario** de la sesión. Conocer las intervenciones previamente y describir las actuaciones implementadas según los criterios de la escala de puntuación facilita el consenso del equipo.

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

Escala de puntuación

Cada intervención debe ser evaluada en una escala de puntuación con un rango de 0 a 100, teniendo en cuenta la realidad de la organización que se somete a evaluación. Cada intervención debe puntuarse en base a los siguientes criterios:

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



- **Innovación**, a través de cambios en las intervenciones que den lugar a otras con mejores resultados en la atención a los pacientes con enfermedades reumáticas

A pesar de que la escala sea un continuo que permite posicionar el grado de desarrollo de una organización respecto a cada una de las intervenciones, se ha dividido en 5 segmentos para facilitar la puntuación.

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

Segundo segmento: De 15 a 35. La intervención (o el plan de acción de la intervención) se ha puesto en marcha, aunque no se hayan evaluado resultados. **El despliegue alcanza a un 25% de los ámbitos relevantes**. Se puntuará aquí cuando los planes de acción se hayan puesto en marcha en algunos centros o por algunos profesionales o en determinadas consultas. En este segmento no se exige que se haya realizado evaluación de resultados.

Tercer segmento: De 40 a 60. La intervención (o el plan de acción de la intervención) se está desarrollando **de forma sistemática**. **Se han evaluado resultados**. **El despliegue alcanza al 50% de los ámbitos relevantes**. Supone que la intervención se está implantando de forma sistemática, es decir, que no se trata de experiencias aisladas o basadas exclusivamente en el voluntarismo de unos pocos profesionales o de

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

Cuarto segmento: De 65 a 85. La intervención (o el plan de acción de la intervención) se ha **evaluado sistemáticamente al menos durante 2 años**. **El despliegue alcanza a un 75% de los ámbitos relevantes**. Este segmento se utilizará cuando el plan de acción cuente con una trayectoria de implantación en la práctica de, al menos, 2 años. El despliegue de las intervenciones se sitúa en torno al 75% y en ellas intervienen un amplio conjunto de profesionales, centros o consultas, según los casos. Estas intervenciones se realizan en un amplio número de patologías crónicas. Las intervenciones han podido ser evaluadas y el resultado de la evaluación está permitiendo identificar innovaciones en la atención al paciente.



Quinto segmento: de 90 a 100. La intervención (o plan de acción de la intervención) está integrada en el modelo de atención de la organización, **alcanza un despliegue superior al 85% y favorece la innovación**. Este segmento se reserva para las situaciones en las que la intervención está plenamente integrada en la práctica asistencial y alcanza un despliegue en el conjunto de la organización superior al 85%. La evaluación está orientada a la mejora y a la innovación hacia nuevas intervenciones sustancialmente diferentes, posiblemente de otra naturaleza o de nueva generación tecnológica.

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

Puntuación

La puntuación global con IEMAC 36 corresponde a la suma de las puntuaciones en cada una de las intervenciones. Oscila en un rango de 0 a 3600 y ha sido diseñada para facilitar comparaciones evolutivas de la organización.

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

Periodicidad de evaluación

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

Se recomienda que la organización se autoevalúe con IEMAC 36 con una periodicidad de un año y en función de los niveles alcanzados y del número, intensidad y tipo de intervenciones de mejora que se hayan desarrollado, se puede considerar distanciar las autoevaluaciones. Las organizaciones más avanzadas en el manejo del paciente crónico requerirán plazos de tiempo mayores para visualizar mejoras significativas. Por último, si el objetivo deseado es de mayor alcance, por ejemplo, de planificación estratégica, puede estar indicada la autoevaluación con IEMAC 75.

Utilidades

La herramienta IEMAC 36:

- Permite realizar el diagnóstico de una organización meso-micro en relación al grado de implantación de un modelo de excelencia de atención a las personas con enfermedades crónicas, así como su evolución en el tiempo.
- Ofrece un mapa de intervenciones que conforman un modelo de abordaje de la cronicidad, pudiendo ser utilizado como hoja de ruta para la gestión del cambio por clínicos y gestores.



- Es un instrumento de mejora de la calidad al permitir la comparación/ benchmarking entre organizaciones similares.
- Facilita la orientación de reasignación de recursos y de cambios organizativos.

El proceso de autoevaluación con IEMAC 36 ofrece:

- La oportunidad de un debate estructurado entre el equipo de profesionales de la organización sobre la atención a sus pacientes crónicos y de compartir información, experiencias y perspectivas.
- La identificación de fortalezas y áreas de mejora para avanzar en el cambio de modelo de atención al paciente crónico.
- Una puntuación en rango de 0 a 3.600, que posiciona a la organización respecto a su abordaje de la cronicidad.
- Una posición relativa frente a organizaciones similares.

Ha de tenerse en cuenta que:

- Este instrumento mide las percepciones de los evaluadores sobre la atención al paciente crónico. Como ocurre con otros instrumentos de autoevaluación, estas percepciones pueden estar influenciadas por las motivaciones, expectativas y por la propia comprensión e interpretación de las intervenciones por parte de los respondedores.
- IEMAC 36 no ha sido diseñado para comparar organizaciones,

centros, servicios o programas asistenciales en base a la puntuación agregada.

Evaluación a través de la web www.iemac.org

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

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

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

Igualmente, se deberá especificar el tipo de organización (pública o privada) y su ámbito de decisión: meso (áreas sanitarias integradas, OSIs, áreas de salud, departamentos, comarcas, gerencias de atención primaria, hospitales, centros de especialidades, centros sociosanitarios o de larga estancia, programas asistenciales, etc.) o micro (equipos de atención primaria, servicios hospitalarios, programas clínicos, unidades de gestión clínica, etc.). Este registro permite la emisión de informes comparativos con las organizaciones similares.



INSTRUMENTO

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

Se entiende por líderes a quienes ejercen un papel directivo y de influencia en la organización sanitaria y a los responsables de equipos asistenciales: gerentes, directores de área de salud, de hospital, de atención primaria, coordinadores de centro de salud, jefes de servicio, coordinadores de enfermería, etc. Abarca tanto a directivos como a líderes clínicos.

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



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

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

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

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

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

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

2. En la estrategia o plan de cronicidad se definen indicadores de resultados de salud poblacional, de calidad asistencial y experiencia del paciente y de eficiencia.

Se propone el uso de la Triple Meta (Triple Aim), como marco de evaluación de sistemas de salud y organizaciones sanitarias reconocido a nivel internacional, utilizando un conjunto de indicadores según sus 3 ejes: salud poblacional; calidad asistencial y experiencia del paciente; y eficiencia, para conseguir un desempeño como organización equilibrado y sostenible.



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

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

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

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

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

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



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

Se refiere a que exista un enfoque proactivo del sistema utilizando indicadores poblacionales, de tipo macro (por ejemplo, esperanza de vida, años de vida potenciales perdidos, años de vida ajustados por calidad, discapacidad, etc.) analizados según variables de edad, género y estatus socioeconómico o localización geográfica, junto a indicadores epidemiológicos específicos de las principales enfermedades crónicas: prevalencia, incidencia, edad de incidencia, etc.



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

Se refiere al uso de un directorio o un mapa de recursos sociales y comunitarios, con el tipo de servicios que prestan, proveedores, perfil de usuarios, forma de acceso, etc. en el área de referencia. Por ejemplo, asociaciones de pacientes, convenios con ayuntamientos, clubes deportivos, asociaciones de mujeres, etc. que desarrollen actividades preventivas y de apoyo mutuo: rutas saludables, talleres de cocina y nutrición, charlas, bailes, campamentos, etc.



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

El uso de los recursos comunitarios es más efectivo si se contempla su inclusión en el modelo de atención definido. Se deben considerar también los recursos sociales, sociosanitarios y sociolaborales.



Existen actuaciones aisladas y/o un plan de acción. El despliegue es limitado.	El plan de acción se ha puesto en marcha aunque no se hayan evaluado resultados. El despliegue alcanza a un 25% de los ámbitos relevantes.	El plan de acción se está desarrollando de forma sistemática. Se han evaluado resultados. El despliegue alcanza a un 50% de los ámbitos relevantes.	El plan de acción se ha evaluado sistemáticamente al menos durante 2 años. El despliegue alcanza a un 75% de los ámbitos relevantes.	El plan de acción está integrado en el modelo asistencial, alcanza un despliegue superior al 85% y favorece la innovación.
--	--	---	--	--

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

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

Se refiere a tener previsto un plan de contingencia para aquellos pacientes previamente identificados como de mayor riesgo, por ser crónicos complejos o avanzados o estar en situación de inestabilidad, disponiendo de una línea telefónica ante posibles situaciones de crisis. El plan de contingencia se debe pactar entre los distintos agentes: servicio de urgencias de atención primaria, gestores de casos u otros dispositivos disponibles de forma que se cubran todos los tramos horarios, incluyendo noches, fines de semana y festivos.



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

Se refiere tanto a cuidados paliativos como a la definición de un plan de atención individual compartido con el conjunto de profesionales que atienden al paciente, respetuoso con sus decisiones anticipadas (testamento vital o documento de voluntades anticipadas). Esta información debe quedar registrada en la historia clínica del paciente. Se debe valorar, asimismo, la comunicación de la existencia de esta opción a la población.



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

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

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

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

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

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



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

Se refiere a que estén implantados programas de seguimiento proactivo que eviten ingresos potencialmente evitables, derivaciones, desplazamientos o mayor intensidad de tratamiento, a través de actuaciones como gestión de casos, atención domiciliaria, atención telefónica, telemonitorización, apoyo a cuidadores para prevenir claudicación, hospital de día, acceso a apps u otras medidas preventivas en función de las necesidades del paciente



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

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



Existen actuaciones aisladas y/o un plan de acción. El despliegue es limitado.	El plan de acción se ha puesto en marcha aunque no se hayan evaluado resultados. El despliegue alcanza a un 25% de los ámbitos relevantes.	El plan de acción se está desarrollando de forma sistemática. Se han evaluado resultados. El despliegue alcanza a un 50% de los ámbitos relevantes.	El plan de acción se ha evaluado sistemáticamente al menos durante 2 años. El despliegue alcanza a un 75% de los ámbitos relevantes.	El plan de acción está integrado en el modelo asistencial, alcanza un despliegue superior al 85% y favorece la innovación.
--	--	---	--	--

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

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

Se refiere a la formación de los profesionales en la motivación y activación del paciente para lograr que se implique en su autocuidado, bien sea aplicando técnicas como la entrevista motivacional, el modelo PRECEDE de Prochaska y DiClemente u otros recursos para la modificación de hábitos y de gestión del cambio del comportamiento o apoyando el desarrollo de programas de paciente experto / activo.



11. Existen objetivos compartidos entre los diferentes equipos, dispositivos asistenciales y ámbitos de atención alineados con el buen manejo del paciente crónico.

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



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

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

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

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

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

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



12. Se han elaborado y aplicado rutas asistenciales para las patologías crónicas más prevalentes, incorporando circuitos y dispositivos asistenciales en función de las necesidades del paciente.

Las rutas deben ser acordadas por todos los profesionales implicados en el manejo del paciente, principalmente entre los de atención primaria y hospital, pero incorporando también a los de otros dispositivos como los sociosanitarios, servicios de urgencias, servicios comunitarios, servicios sociales, etc., así como a grupos de pacientes.

Dada su prevalencia creciente, merece atención especial la ruta o el proceso de atención integrada y multidisciplinar al paciente pluripatológico o complejo.



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

Las situaciones de transición incluyen las urgencias, ingreso y alta hospitalaria y las transiciones entre centros sanitarios y sociosanitarios. Las alertas deben asegurar el mecanismo de recepción y la fluidez en la comunicación.



14. Existen circuitos alternativos a urgencias para pacientes crónicos en situación de dificultad de manejo y/o agudización.

Estos circuitos alternativos pueden ser el hospital de día, ingreso dirigido desde atención primaria, acceso telefónico directo y pactado entre atención primaria y el resto de dispositivos (gestión de casos, atención domiciliaria, centro sociosanitario, subagudos, residencia y otros).



Existen actuaciones aisladas y/o un plan de acción. El despliegue es limitado.	El plan de acción se ha puesto en marcha aunque no se hayan evaluado resultados. El despliegue alcanza a un 25% de los ámbitos relevantes.	El plan de acción se está desarrollando de forma sistemática. Se han evaluado resultados. El despliegue alcanza a un 50% de los ámbitos relevantes.	El plan de acción se ha evaluado sistemáticamente al menos durante 2 años. El despliegue alcanza a un 75% de los ámbitos relevantes.	El plan de acción está integrado en el modelo asistencial, alcanza un despliegue superior al 85% y favorece la innovación.
--	--	---	--	--

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

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

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



16. Cada paciente tiene su plan terapéutico integral personalizado con objetivos de prevención, de control clínico y de síntomas, así como de autocuidado, incorporado a su historia clínica.

El plan terapéutico integral personalizado debe entenderse como el conjunto dinámico de acuerdos entre el paciente y sus profesionales sobre su tratamiento, cuidados y autocuidado. Estos acuerdos se basan en los objetivos y necesidades individuales y en la situación particular de cada paciente. Son el resultado de decisiones compartidas entre el paciente, su médico y el resto del equipo asistencial (ver glosario intervención 28).



17. Existen alertas en la historia clínica que advierten al profesional cuando el paciente tiene un control inadecuado.

Las alertas pueden activarse por existir un parámetro fuera de rango, la no realización de una prueba, falta de su registro o un mal cumplimiento en un indicador de seguimiento etc.



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

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

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

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

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

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

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

La revisión debe alcanzar a toda la medicación del paciente, incluyendo los medicamentos de no prescripción y productos homeopáticos y fitoterápicos en caso de utilizarse. La revisión debe ser presencial, en la consulta o el domicilio, con el paciente y/o el cuidador en su caso e, idealmente, con los medicamentos presentes físicamente.



19. Se realizan consultas grupales.

Las consultas grupales de educación al paciente optimizan el tiempo de los profesionales. Además, cuando son conducidas por profesionales experimentados tienen el potencial de contribuir a su activación psicosocial y a la obtención de mejores resultados. Ver el glosario de la intervención 25.



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

Para facilitar la prescripción de webs de calidad, los profesionales de la unidad asistencial o de la organización pueden acordar qué recursos específicos utilizar e incorporarlos en los procesos y plataformas institucionales.



Existen actuaciones aisladas y/o un plan de acción. El despliegue es limitado.	El plan de acción se ha puesto en marcha aunque no se hayan evaluado resultados. El despliegue alcanza a un 25% de los ámbitos relevantes.	El plan de acción se está desarrollando de forma sistemática. Se han evaluado resultados. El despliegue alcanza a un 50% de los ámbitos relevantes.	El plan de acción se ha evaluado sistemáticamente al menos durante 2 años. El despliegue alcanza a un 75% de los ámbitos relevantes.	El plan de acción está integrado en el modelo asistencial, alcanza un despliegue superior al 85% y favorece la innovación.
--	--	---	--	--

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

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

Se refiere, por ejemplo, a programas de seguimiento telefónico de pacientes de riesgo que pueden mejorar los resultados y la satisfacción del paciente y disminuir hospitalizaciones, visitas a urgencias y costes.



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

Los incentivos efectivos pueden ser muy variados: acceso a formación, participación en proyectos, promoción, económicos, días libres, etc.



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

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



Existen actuaciones aisladas y/o un plan de acción. El despliegue es limitado.	El plan de acción se ha puesto en marcha aunque no se hayan evaluado resultados. El despliegue alcanza a un 25% de los ámbitos relevantes.	El plan de acción se está desarrollando de forma sistemática. Se han evaluado resultados. El despliegue alcanza a un 50% de los ámbitos relevantes.	El plan de acción se ha evaluado sistemáticamente al menos durante 2 años. El despliegue alcanza a un 75% de los ámbitos relevantes.	El plan de acción está integrado en el modelo asistencial, alcanza un despliegue superior al 85% y favorece la innovación.
--	--	---	--	--

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



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

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



25. Se desarrollan las competencias de gestión de los pacientes para aumentar su motivación y confianza en su capacidad de autocuidado con programas tipo paciente experto.

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



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

Se refiere a promover que pacientes y cuidadores participen en foros y programas colectivos que desarrollen su autonomía y bienestar: charlas, paseos dirigidos, gimnasia, piscina, deshabituación tabáquica, talleres de cocina, etc. organizados por los ayuntamientos, asociaciones de pacientes, etc.



Existen actuaciones aisladas y/o un plan de acción. El despliegue es limitado.	El plan de acción se ha puesto en marcha aunque no se hayan evaluado resultados. El despliegue alcanza a un 25% de los ámbitos relevantes.	El plan de acción se está desarrollando de forma sistemática. Se han evaluado resultados. El despliegue alcanza a un 50% de los ámbitos relevantes.	El plan de acción se ha evaluado sistemáticamente al menos durante 2 años. El despliegue alcanza a un 75% de los ámbitos relevantes.	El plan de acción está integrado en el modelo asistencial, alcanza un despliegue superior al 85% y favorece la innovación.
--	--	---	--	--

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

27. El paciente tiene, conoce y utiliza el acceso electrónico seguro al canal de salud que contiene su carpeta personal de salud, otros recursos de salud y opciones de comunicación con sus profesionales.

La carpeta personal de salud es la parte de la historia clínica a la que el paciente tiene acceso electrónico con información relevante para él y en la que, idealmente, puede introducir información relevante para sus profesionales (estado de salud actual, síntomas, cumplimentación de cuestionarios, medicación de no prescripción, resultados de consultas privadas, salud laboral, etc.) y establecer un canal de comunicación con sus profesionales de referencia. Para fomentar su uso, la organización debe tener un plan de difusión tanto a profesionales como a los usuarios.



28. El paciente participa en la definición de problemas, en la elaboración de su plan terapéutico personalizado para negociar prioridades y objetivos y en la evaluación de su progreso.

Una vez realizada la evaluación integral del paciente, el profesional y el paciente establecen una serie de objetivos terapéuticos acompañados de un plan de acción u hoja de ruta que contiene el desarrollo de actividades y acciones necesarias para que el paciente afronte el manejo de su enfermedad. Dicho plan de acción debe tener en cuenta las necesidades, valores y preferencias del paciente para asegurar su compromiso y colaboración en el proceso de atención (decisiones compartidas).



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



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

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

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

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

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

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

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

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



31. Se recurre al especialista consultor de referencia para resolución de casos complejos y/o transferir conocimiento experto de forma multidireccional.

Se refiere a la transmisión de conocimiento teórico, empírico y experiencia entre profesionales para ayudar en la resolución de casos concretos o para aumentar la formación en áreas específicas. Estas interacciones pueden darse entre profesionales con distintos niveles de especialización, distintos niveles asistenciales (atención primaria, hospital, servicios sociales, salud pública) y ser interprofesional (medicina, enfermería, trabajo social, farmacia y otras).

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



Existen actuaciones aisladas y/o un plan de acción. El despliegue es limitado.	El plan de acción se ha puesto en marcha aunque no se hayan evaluado resultados. El despliegue alcanza a un 25% de los ámbitos relevantes.	El plan de acción se está desarrollando de forma sistemática. Se han evaluado resultados. El despliegue alcanza a un 50% de los ámbitos relevantes.	El plan de acción se ha evaluado sistemáticamente al menos durante 2 años. El despliegue alcanza a un 75% de los ámbitos relevantes.	El plan de acción está integrado en el modelo asistencial, alcanza un despliegue superior al 85% y favorece la innovación.
--	--	---	--	--

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

32. Está disponible en la historia clínica del paciente su clasificación predictiva en función de la previsión de sus necesidades de atención sanitarias y sociales.

La clasificación predictiva del paciente tiene como objetivo desarrollar planes de actuación diferenciados sobre la población diana. Esta clasificación predictiva se realiza en función del nivel de riesgo clínico del paciente según el grado de desarrollo de la enfermedad, comorbilidad, discapacidad asociada, tipo de medicación, probabilidad de interacciones y de efectos adversos, necesidad de hospitalización, de cuidados en el domicilio, etc., así como de necesidades específicas según su riesgo social en función de información estructurada disponible de determinantes sociales, etc.



33. Los clínicos tienen acceso directo y utilizan listados de sus pacientes para planificar actuaciones diferenciadas.

Dichos listados pueden consultarse o extraerse según diagnósticos, parámetros clínicos, comorbilidades, existencia de complicaciones, situaciones de riesgo clínico o social, no cumplimiento de acciones u objetivos en pacientes diana, etc.



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

Éste es un elemento clave para poder evaluar el desempeño clínico y profesional en el proceso de atención.



Existen actuaciones aisladas y/o un plan de acción. El despliegue es limitado.	El plan de acción se ha puesto en marcha aunque no se hayan evaluado resultados. El despliegue alcanza a un 25% de los ámbitos relevantes.	El plan de acción se está desarrollando de forma sistemática. Se han evaluado resultados. El despliegue alcanza a un 50% de los ámbitos relevantes.	El plan de acción se ha evaluado sistemáticamente al menos durante 2 años. El despliegue alcanza a un 75% de los ámbitos relevantes.	El plan de acción está integrado en el modelo asistencial, alcanza un despliegue superior al 85% y favorece la innovación.
--	--	---	--	--

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



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

Se debe asegurar el cumplimiento de la normativa existente, incluyendo la aceptación del paciente a que su información sea compartida. Es especialmente importante la información de interés común para la mejora en el proceso de atención.



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

Éste es un elemento clave en modelos colaborativos de atención entre profesionales que pertenecen a diferentes ámbitos asistenciales.



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

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

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

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

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

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

Intervención no puntuable:

Se trabaja en equipo multidisciplinar en los centros y dispositivos asistenciales

Se refiere a que esté implementada una estrategia de desarrollo de equipos que debe incluir los siguientes elementos clave: identificación de los miembros del equipo; definición de sus roles y funciones; objetivos compartidos con evaluación sistemática de su grado de consecución; establecimiento de canales de información y comunicación y de su periodicidad, de forma que se potencie la cooperación eficaz entre sus miembros.

Los equipos multidisciplinarios pueden estar formados por la unidad básica asistencial (UBA) de médico y enfermera de atención primaria, el equipo extendido que incorpora otros generalistas como medicina interna u otros especialistas, o alcanzar equipos más amplios multidisciplinarios (farmacéuticos, psicólogos) y/o inter-ámbitos asistenciales (trabajadores sociales).

La colaboración interprofesional se puede medir de una manera más específica mediante el cuestionario D'Amour*.

*Nuño-Solinís R, Berraondo I, Sauto-Arce R, San Martín L, Toro-Polanco N. Development of a questionnaire to assess interprofessional collaboration between two different care levels. Int J Integr Care 2013; Apr-Jun, URN:NBN:NL:UI:10-1-114421]



Correspondencia de intervenciones entre IEMAC 36 y 75

IEMAC 36	IEMAC 75	INTERVENCIÓN
1	1.1.2.	Los líderes reasignan recursos para la transformación del modelo de atención sanitaria buscando mejorar la atención a los pacientes crónicos
2	1.2.2.	En la estrategia o plan de cronicidad se definen indicadores de resultados de salud poblacional, de calidad asistencial y experiencia del paciente y de eficiencia
3	1.3.1.	El modelo asistencial está orientado a la ganancia en salud y la reducción de desigualdades, monitorizándose su progreso mediante indicadores
4	2.2.1.	Se utiliza un mapa actualizado de recursos comunitarios que impactan sobre la salud
5	2.3.1.	Los procesos asistenciales contemplan la derivación de los pacientes crónicos a los programas y recursos comunitarios
6	3.1.2.	Los pacientes de alto riesgo disponen de una línea de consulta durante 7 días/24 horas con profesionales con acceso a su historia clínica (excluidos los servicios de urgencia)
7	3.1.3.	Se ha definido un plan específico de actuación con pacientes en situación de enfermedad crónica avanzada, de acuerdo a sus valores y preferencias
8	3.1.4.	La atención social y sanitaria está dirigida a que el paciente permanezca en su entorno y en la comunidad con la mejor calidad de vida posible
9	3.2.2. y 3.2.3.	Existen profesionales responsables de la coordinación y continuidad asistencial, especialmente en procesos de transición entre ámbitos asistenciales, en la planificación del alta hospitalaria y en gestión de casos
10	3.2.4.	Se desarrollan las competencias de los profesionales en el ámbito relacional y de motivación del paciente para que se implique en su autocuidado
11	3.3.4.	Existen objetivos compartidos entre los diferentes equipos y dispositivos asistenciales alineados con el buen manejo del paciente crónico
12	3.4.1.	Se han elaborado y aplicado rutas asistenciales entre atención primaria y especializada para las patologías crónicas más prevalentes, incorporando circuitos y dispositivos asistenciales en función de las necesidades del paciente
13	3.4.4.	Existen alertas para informar y activar a los equipos clínicos en procesos de interconsulta y en situaciones de transición
14	3.4.5.	Existen circuitos alternativos a urgencias para pacientes crónicos en situación de dificultad de manejo y/o agudización
15	3.4.6.	Se realiza la conciliación farmacológica en las transiciones entre ámbitos asistenciales
16	3.5.2.	Cada paciente tiene su plan terapéutico integral personalizado con objetivos de prevención, de control clínico y de síntomas, así como de autocuidado, incorporado a su historia clínica
17	3.5.3.	Existen alertas en la historia clínica que advierten al profesional cuando el paciente tiene un control inadecuado
18	3.5.4.	Se revisa sistemáticamente la medicación con el paciente para detectar y resolver problemas relacionados con su efectividad, seguridad y adherencia
19	3.6.2.	Se realizan consultas grupales

IEMAC 36	IEMAC 75	INTERVENCIÓN
20	3.6.3.	Se prescriben sitios web, redes sociales, blogs con contenidos de educación sanitaria de calidad contrastada
21	3.6.4.	Existen programas estructurados y proactivos no presenciales para el control y seguimiento de los pacientes crónicos
22	3.7.2.	El sistema de incentivos de los profesionales está alineado con el buen manejo del paciente crónico
23	4.1.1. y 4.1.2.	Los profesionales, junto con el paciente o su cuidador, llevan a cabo una valoración integral del caso para detectar sus necesidades, actitud y competencia hacia el autocuidado
24	4.2.1.	Se realiza educación terapéutica al paciente en todo lo concerniente a su proceso crónico, según programas estructurados
25	4.3.1.	Se desarrollan las competencias de gestión de los pacientes para aumentar su motivación y confianza en su capacidad de autocuidado con programas tipo paciente experto
26	4.3.2.	Se promueve la participación de pacientes y cuidadores en asociaciones, grupos de ayuda mutua, programas colectivos, redes sociales y foros de pacientes, de calidad contrastada
27	4.4.2.	El paciente tiene, conoce y utiliza el acceso electrónico seguro al canal de salud que contiene su carpeta personal de salud, otros recursos de salud y opciones de comunicación con sus profesionales
28	4.5.2.	El paciente participa en la definición de problemas, en la elaboración de su plan terapéutico personalizado para negociar prioridades y objetivos y en la evaluación de su progreso
29	5.1.1.	Se utilizan guías de práctica clínica compartidas entre ámbitos asistenciales
30	5.1.2.	Se dispone de algoritmos de ayuda, aviso y soporte a la intervención terapéutica basados en guías de práctica clínica, incorporados en la historia clínica
31	5.3.1. y 5.3.2.	Se recurre al especialista consultor de referencia para resolución de casos complejos y/o transferir conocimiento experto de forma multidireccional
32	6.1.1.	Está disponible en la historia clínica del paciente su clasificación predictiva en función de la previsión de sus necesidades asistenciales
33	6.1.2.	Los clínicos tienen acceso directo y utilizan listados de sus pacientes para planificar actuaciones diferenciadas
34	6.1.4.	Se facilita la información procesada y los indicadores de evaluación a clínicos y gestores con periodicidad establecida para mejorar la práctica y la gestión
35	6.2.4.	Los profesionales comparten información sobre el paciente generada en otros ámbitos (servicios sociales, salud pública, INSS) siempre que proceda
36	6.3.1.	Existe un modelo de derivación electrónica o consulta virtual entre profesionales de los distintos ámbitos asistenciales con envío y retorno electrónico de la información.
Sin nº	3.3.1.	Se trabaja en equipo multidisciplinar en los centros y dispositivos asistenciales



IEMAC 36

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

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

www.iemac.org

