

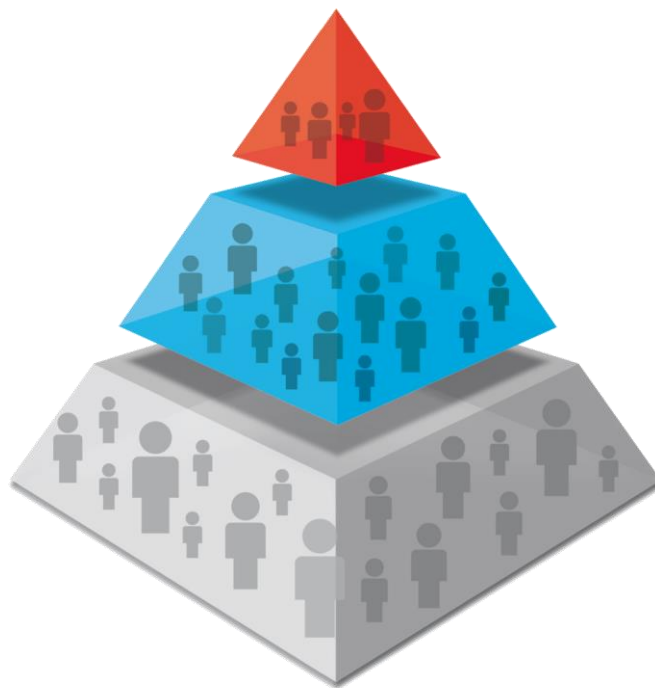


CONSEJERÍA DE SANIDAD

Comunidad de Madrid

Informe de indicadores de resultado relacionados con la cronicidad. Mayo 2016

Estrategia de atención a pacientes con enfermedades crónicas en la Comunidad de Madrid





ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN	2
2. DEFINICIÓN DE UN MODELO ESTRATÉGICO DE EVALUACIÓN DE RESULTADOS	5
3. INDICADORES DE RESULTADO RELACIONADOS CON LA CRONICIDAD	8
3.1. INDICADORES DE RESULTADO EN SALUD DE LA POBLACIÓN	9
3.1.1. NIVEL DE RIESGO	9
3.1.2. PREVALENCIA DE PROCESOS CRÓNICOS RELEVANTES EN HISTORIA CLÍNICA INDIVIDUAL ..	10
3.1.3. PREVALENCIA DE FACTORES DE RIESGO EN JÓVENES Y ADULTOS.....	11
3.1.4. COBERTURA DE ACTIVIDADES DE PREVENCIÓN Y PROMOCIÓN DE LA SALUD	13
3.1.5. COBERTURA DE PROGRAMAS EN PROCESOS CRÓNICOS SELECCIONADOS	14
3.1.6. CARGA DE ENFERMEDAD: AÑOS DE VIDA AJUSTADOS POR DISCAPACIDAD (AVAD)	17
3.1.7. TASA AJUSTADA DE MORTALIDAD POR PROCESOS CRÓNICOS SELECCIONADOS	19
3.2. INDICADORES DE RESULTADO EN EXPERIENCIA DEL PACIENTE	22
3.2.1. ACTIVIDADES DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD GRUPAL	22
3.2.2. COBERTURA DE PLANES DE CUIDADOS EN PROCESOS SELECCIONADOS	23
3.2.3. RESULTADOS INTERMEDIOS EN SALUD: EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE.....	25
3.2.4. REINGRESOS EN PROCESOS CRÓNICOS SELECCIONADOS	28
3.2.5. SATISFACCIÓN DEL USUARIO	31
3.2.6. PERCEPCIÓN DE LA CALIDAD DEL CUIDADO	33
3.3. INDICADORES DE RESULTADO EN UTILIZACIÓN DE SERVICIOS / COSTE	35
3.3.1. PACIENTES CON HOSPITALIZACIÓN POTENCIALMENTE EVITABLE EN PROCESOS SELECCIONADOS.....	35
3.3.2. GASTO FARMACÉUTICO	36
4. ANEXO 1: PATOLOGÍAS PRIORIZADAS EN LA ESTRATEGIA DE ATENCIÓN A PACIENTES CON ENFERMEDADES CRÓNICAS DE LA COMUNIDAD DE MADRID.....	38



1. INTRODUCCIÓN

La Estrategia de atención a pacientes con enfermedades crónicas marca la visión común a la que orientar el Sistema Sanitario de la Comunidad de Madrid y por tanto, las prioridades en las actuaciones sanitarias de los próximos años.

Tiene como objetivo evitar que las personas sanas enfermen, disminuyendo la prevalencia de las condiciones de salud y las limitaciones de carácter crónico, evitar que las que ya estén enfermas empeoren, previniendo el deterioro de su capacidad funcional, sus complicaciones y su mortalidad prematura y, por último, mejorar la calidad de vida de las personas con enfermedades crónicas y de sus cuidadores. Por tanto, la Estrategia comienza con la promoción de la salud y conecta con una adecuada asistencia hasta el final de la vida.

Este modelo de atención define los perfiles profesionales que van a liderar la atención a los pacientes con enfermedades crónicas, los servicios que se van a ofrecer y las herramientas que van a sustentar esta oferta, adaptándolos a las necesidades que tenga cada paciente en cada momento determinado.

La Estrategia de atención a pacientes con enfermedades crónicas en la Comunidad de Madrid se concreta en un modelo-marco estratégico que recoge los elementos a desarrollar para su implantación (Fig. 1).

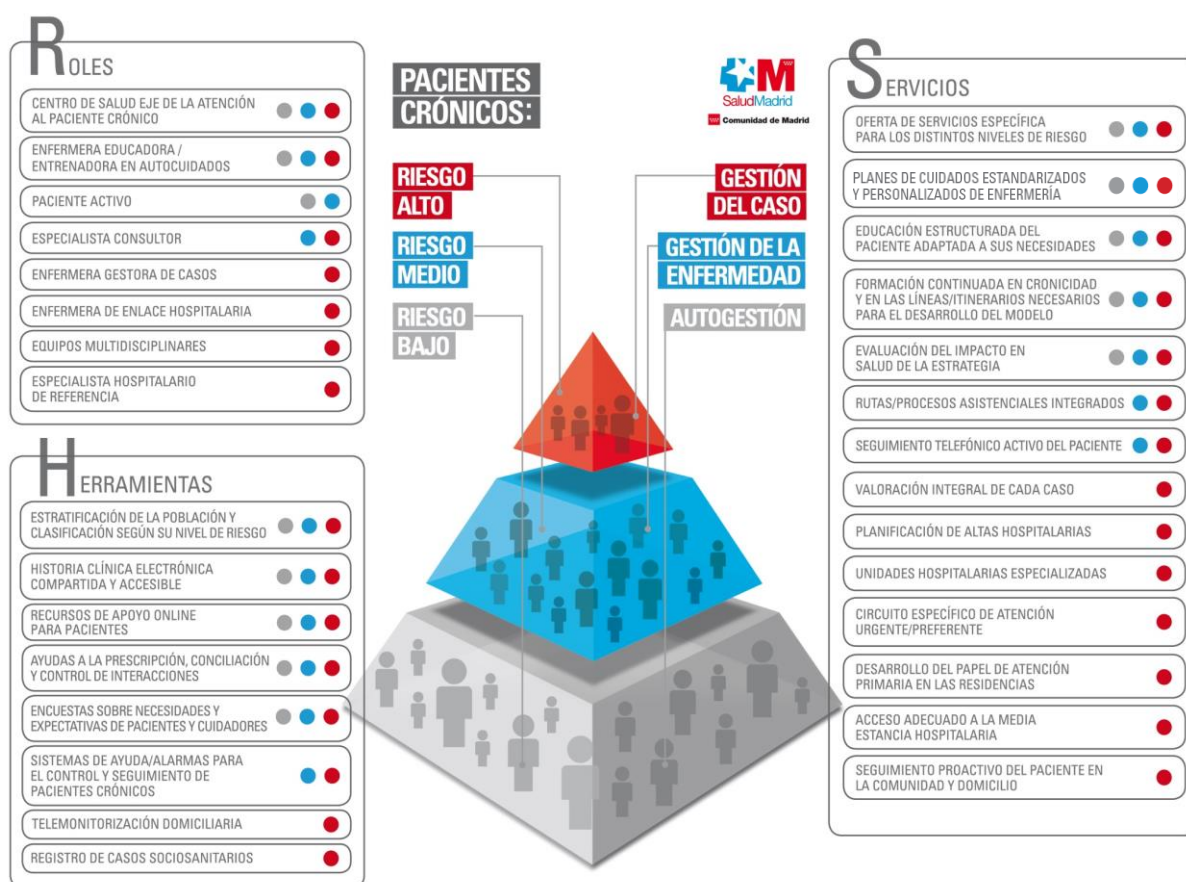


Fig. 1: Elementos de la Estrategia de atención a pacientes con enfermedades crónicas en la Comunidad de Madrid

El desarrollo de estos elementos se articula en **9 líneas de ejecución** (Fig. 2), cada una de las cuales se concreta en la planificación e implantación de los diferentes proyectos que, de forma transversal, se están desarrollando con la implicación de toda la organización.



1. Estratificación de la población y clasificación según su nivel de riesgo. Desarrollo de modelos predictivos.
2. Desarrollo de roles profesionales.
3. Desarrollo de la oferta de servicios específica, en Atención Primaria, para los distintos niveles de riesgo.
4. Desarrollo de rutas y procesos asistenciales integrados.
5. Desarrollo de herramientas informáticas de apoyo a pacientes y profesionales. Sistemas de ayuda al seguimiento de pacientes crónicos.
6. Desarrollo de elementos para mejorar la información, comunicación y educación de los pacientes y sus cuidadores, dirigido a mejorar su autocuidado.
7. Desarrollo de elementos para potenciar la coordinación sociosanitaria.
8. Formación continuada de los profesionales sanitarios en cronicidad.
9. Evaluación de la Estrategia y su impacto.

Fig. 2: Líneas de ejecución de la Estrategia de atención a pacientes con enfermedades crónicas en la Comunidad de Madrid

Dentro de la línea de ejecución 9, "Evaluación de la Estrategia y su impacto", se aborda la evaluación de la efectividad de las intervenciones y la repercusión que éstas puedan alcanzar en la salud de la población medidas desde una triple visión:

- resultados en salud.
- utilización de servicios.
- satisfacción y calidad de vida de pacientes y personas cuidadoras.



2. DEFINICIÓN DE UN MODELO ESTRATÉGICO DE EVALUACIÓN DE RESULTADOS

Desde el inicio del proyecto, se pone en marcha un grupo de trabajo encargado de definir un modelo de evaluación de resultados de la implantación de la Estrategia que obtenga información relevante de todas las fuentes disponibles, la organice en torno a los objetivos estratégicos y permita, a lo largo del tiempo, monitorizar su influencia en diferentes dimensiones relacionadas con la salud.

Tras una fase de revisión exhaustiva de la literatura científica disponible respecto a los modelos referentes que contienen indicadores relevantes para la medición de resultados de las intervenciones desarrolladas en los sistemas sanitarios (Indicadores IOM, NHS Outcomes Framework, Triple Aim) y de las experiencias puestas en marcha tanto a nivel nacional como internacional, el grupo de trabajo adopta el modelo estratégico Triple Aim (Berwick, Institute of Healthcare Improvement - IHI -, 2008), **modelo Triple Meta** en su traducción al español.

Este modelo estratégico enfocado a los sistemas de salud se centra en resultados y plantea orientar el trabajo para lograr simultáneamente tres metas fundamentales (Fig. 3):

- Mejorar la salud de la población, centrándose en la prevención de la enfermedad y en el bienestar.
- Mejorar la experiencia de la atención, orientándose de forma consistente a una atención centrada en el paciente, segura, eficaz, oportuna y equitativa.
- Mejorar la eficiencia a través de la optimización de los recursos disponibles para la población.

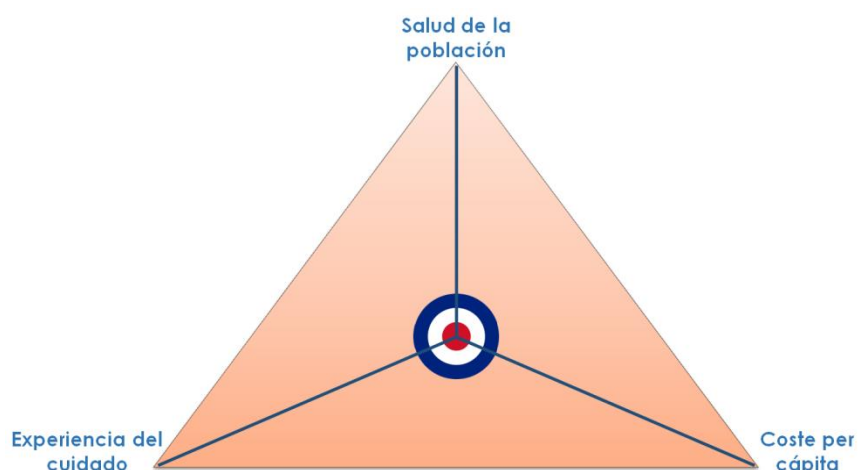


Fig. 3: Aproximación al modelo estratégico Trile Meta a partir del modelo del IHI, 2008

La definición estratégica del modelo de orientación a resultados en esta triple dimensión se alinea con los objetivos planteados por la Estrategia de atención a pacientes con enfermedades crónicas en la Comunidad de Madrid.

A partir de la definición del modelo estratégico, las siguientes fases de trabajo se centraron en:

1. Identificación de las fuentes de información disponibles en la organización.
2. Selección y priorización de los indicadores relevantes.
3. Normalización y obtención de resultados.
4. Elaboración de un mapa estratégico de acuerdo al modelo Triple Meta.
5. Diseño de la plataforma de seguimiento con elaboración de informes anuales.

Una vez completado el proyecto, en junio de 2015 se publica el *primer informe de indicadores de resultado relacionados con cronicidad*, puesto a disposición de los profesionales a través de la intranet **Salud@** (datos posteriormente incluidos en el Portal de Transparencia de la Comunidad de Madrid).

En 2016, partiendo del análisis del primer informe y de la evolución del modelo Triple Meta en la definición y clasificación de los indicadores que permiten monitorizar resultados en cada una de sus dimensiones, se aborda:



Comunidad de Madrid

- o La revisión exhaustiva del mapa estratégico, con depuración y reagrupación de los indicadores e inclusión de nueva información relevante disponible.
- o La elaboración del **Informe de evaluación de indicadores de resultado relacionados con la cronicidad 2016**.



3. INDICADORES DE RESULTADO RELACIONADOS CON LA CRONICIDAD

Para elaborar los indicadores, la información se obtiene de las diferentes fuentes disponibles (Historia clínica electrónica AP-Madrid, CMBD, eSOAP, CIBELES, F@rmadrid, SIVFRENT-A, SIVFRENT-J, EpSalud, SISPAL, Encuestas de satisfacción).

En el actual informe, los indicadores se siguen clasificando según el modelo Triple Meta, intentando clarificar y actualizar el contenido de la información que se aporta acorde a la literatura revisada y al consenso de expertos.

Para obtener los indicadores, se extraen datos que hacen referencia a población con procesos crónicos priorizados en la Estrategia de atención a pacientes con enfermedades crónicas en la Comunidad de Madrid por su prevalencia, relevancia e impacto: diabetes mellitus (DM), enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), enfermedad cerebrovascular (ECV), hipertensión arterial (HTA), cardiopatía isquémica (CI), insuficiencia cardíaca (IC) y asma (Ver anexo 1).

Los indicadores se presentan de forma unitaria o de forma agregada. La población de referencia la constituyen las personas con al menos uno de los procesos crónicos seleccionados excepto en los indicadores de base poblacional (estratificación del riesgo, prevalencia de factores de riesgo, cobertura de programas de prevención y promoción de la salud, satisfacción y percepción de calidad).

Los datos que se ofrecen corresponden, mayoritariamente, al periodo 2013-2015 con algunas excepciones relacionadas con la periodicidad de explotación (bienal en algunos casos como "carga de enfermedad"), la disponibilidad de datos en el momento de realización del informe (prevalencias de factores de riesgo, tasa de mortalidad...), con la fecha de elaboración de alguno de los indicadores agregados realizada por el equipo de trabajo o con la monitorización de intervenciones puestas en marcha en fecha posterior al 2013 (estratificación del riesgo de la población, exploración de experiencia del cuidado en la encuesta de satisfacción, etc.).



3.1. Indicadores de resultado en salud de la población

3.1.1. Nivel de riesgo

La estratificación del nivel de riesgo permite agrupar a la población en función de la complejidad de sus enfermedades crónicas. Cada grupo puede requerir una orientación diferente de la atención sanitaria. La primera estratificación del riesgo de los pacientes en relación a su patología crónica se realiza con datos de diciembre-2014 y la segunda, con datos de junio-2015.

INDICADOR	JUSTIFICACIÓN	FÓRMULA	TRIPLE META	2015	2014
Pacientes sin patología crónica relevante (valor absoluto y porcentaje)	En estos pacientes hay que fortalecer las actividades de promoción de la salud y prevención.	$[\text{N}^\circ \text{ de personas sin patología crónica relevante} / \text{Población total}] \times 100$	SALUD	3.077.729 (47,09%)	3.041.390 (46,6%)
Pacientes crónicos con nivel de riesgo Bajo (valor absoluto y porcentaje)	La mayoría de los pacientes crónicos se encuentran en este nivel y reciben apoyo para su autocuidado.	$[\text{N}^\circ \text{ de personas crónicas con nivel de riesgo bajo} / \text{Población total}] \times 100$	SALUD	2.766.961 (43,33%)	2.789.364 (42,7%)
Pacientes crónicos con nivel de riesgo Medio (valor absoluto y porcentaje)	Incluye pacientes que requieren una gestión de enfermedad combinando autocuidado y gestión de la enfermedad.	$[\text{N}^\circ \text{ de personas crónicas con nivel de riesgo medio} / \text{Población total}] \times 100$	SALUD	518.785 (7,94%)	523.147 (8%)
Pacientes crónicos con nivel de riesgo Alto (valor absoluto y porcentaje)	Incluye pacientes con frecuente comorbilidad y que precisan una gestión integral del caso en su conjunto, con cuidados fundamentalmente profesionales.	$[\text{N}^\circ \text{ de personas crónicas con nivel de riesgo alto} / \text{Población total}] \times 100$	SALUD	172.915 (2,65%)	174.340 (2,7%)

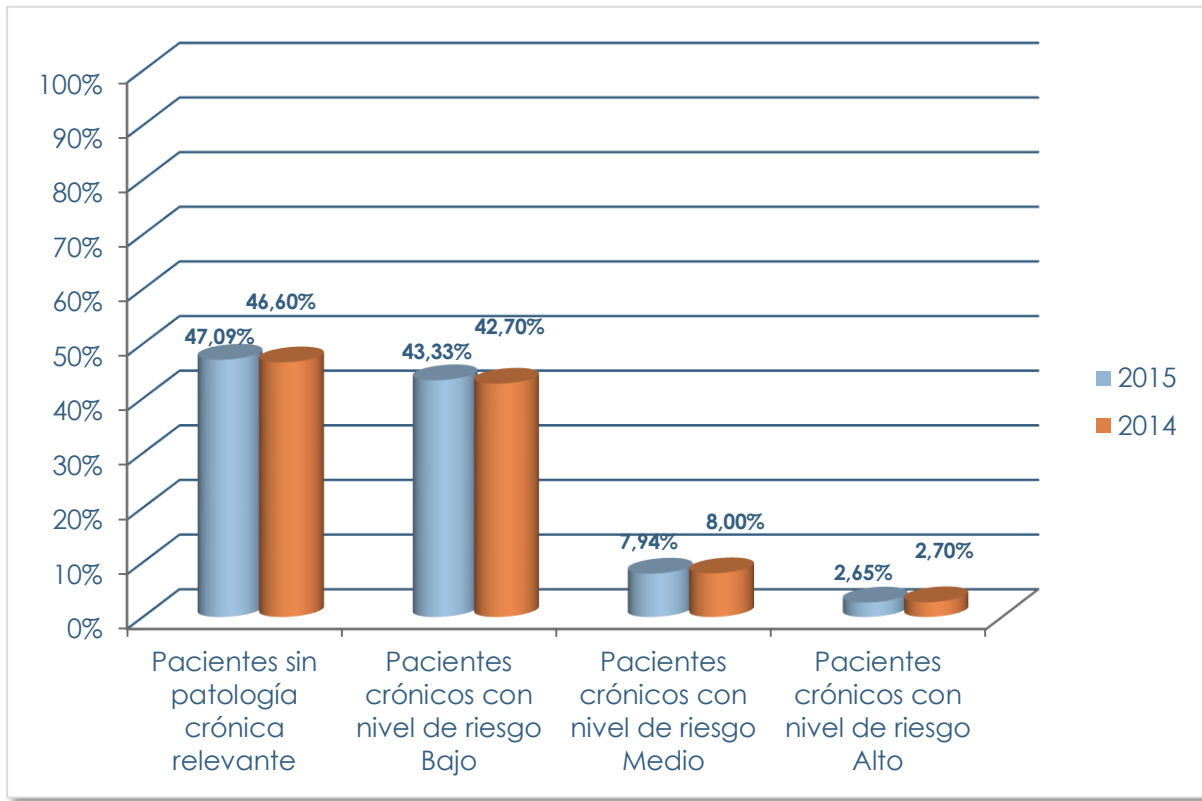


Fig. 4: Gráfico evolutivo de la estratificación de nivel de riesgo

3.1.2. Prevalencia de procesos crónicos relevantes en historia clínica individual

A partir de los datos obtenidos de la estratificación de la población en función de la presencia y complejidad de patología crónica, se pueden obtener los datos de prevalencia poblacional de procesos crónicos relevantes.

INDICADOR	JUSTIFICACIÓN	FÓRMULA	TRIPLE META	2015	2014
Prevalencia de Procesos crónicos relevantes en HCI	Permite conocer la proporción de la población con al menos, un proceso crónico relevante.	$\left[\frac{\text{Personas con al menos un proceso crónicos relevantes}}{\text{Población total}} \right] \times 100$	SALUD	52,91%	54,00%

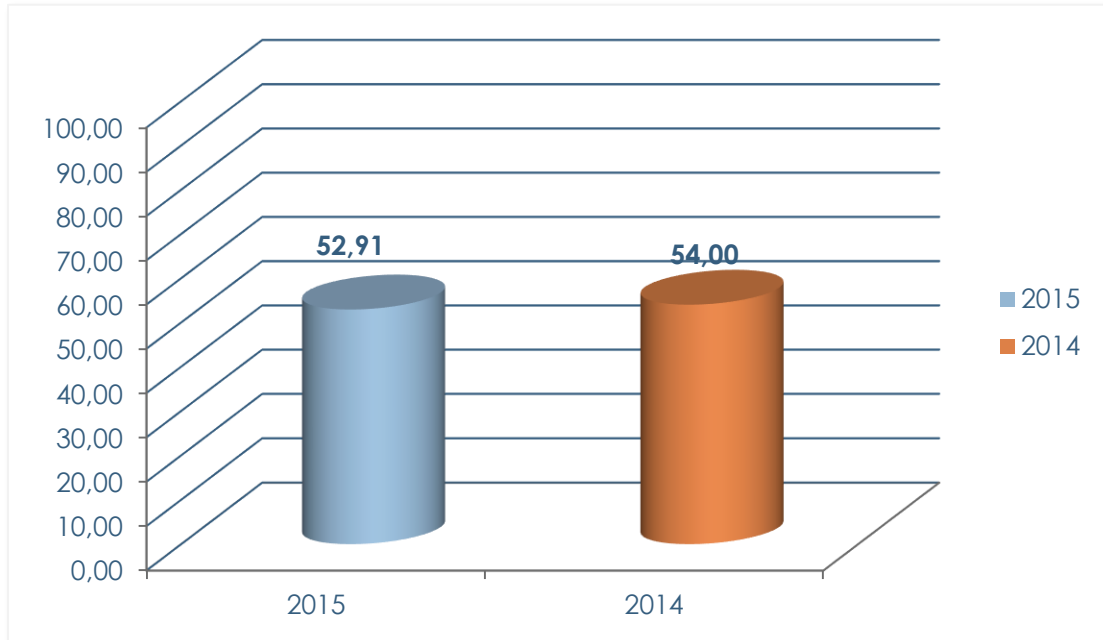


Fig. 5: Prevalencia de procesos crónicos relevantes

3.1.3. Prevalencia de factores de riesgo en jóvenes y adultos

Estos indicadores se presentan agregados y hacen referencia a la presencia detectada de factores de riesgo vinculados mayoritariamente con la evolución a procesos crónicos seleccionados. Se miden en grupos poblacionales diferentes en función de la edad (jóvenes y adultos). Actualmente están disponibles datos hasta 2014.

INDICADOR	JUSTIFICACIÓN	FÓRMULA	TRIPLE META	2014	2013
Prevalencia de factores de riesgo en adultos	Sedentarios en tiempo libre y ocupación habitual/laboral, fumador actual, consumo medio de alcohol de riesgo, dieta desequilibrada. Prevalencia de 2 o más factores de riesgo.	[Personas identificadas con los factores de riesgo vinculados con los procesos crónicos seleccionados/ población de 18-64 años x 100	SALUD	17,90%	17,40%



Comunidad de Madrid

Prevalencia de factores de riesgo en jóvenes	Sedentarios en tiempo libre y ocupación habitual/laboral, fumador actual, consumo medio de alcohol de riesgo, dieta desequilibrada, consumo de drogas ilegales, no utilización de métodos anticonceptivos eficaces, no utilización de casco en moto. Prevalencia de 2 o más factores de riesgo.	[Personas de 15 a 16 años con los factores de riesgo vinculados con los procesos crónicos seleccionados/ población de 15 a 16 años]x100	SALUD	31,40%	31,80%
---	---	---	-------	--------	--------

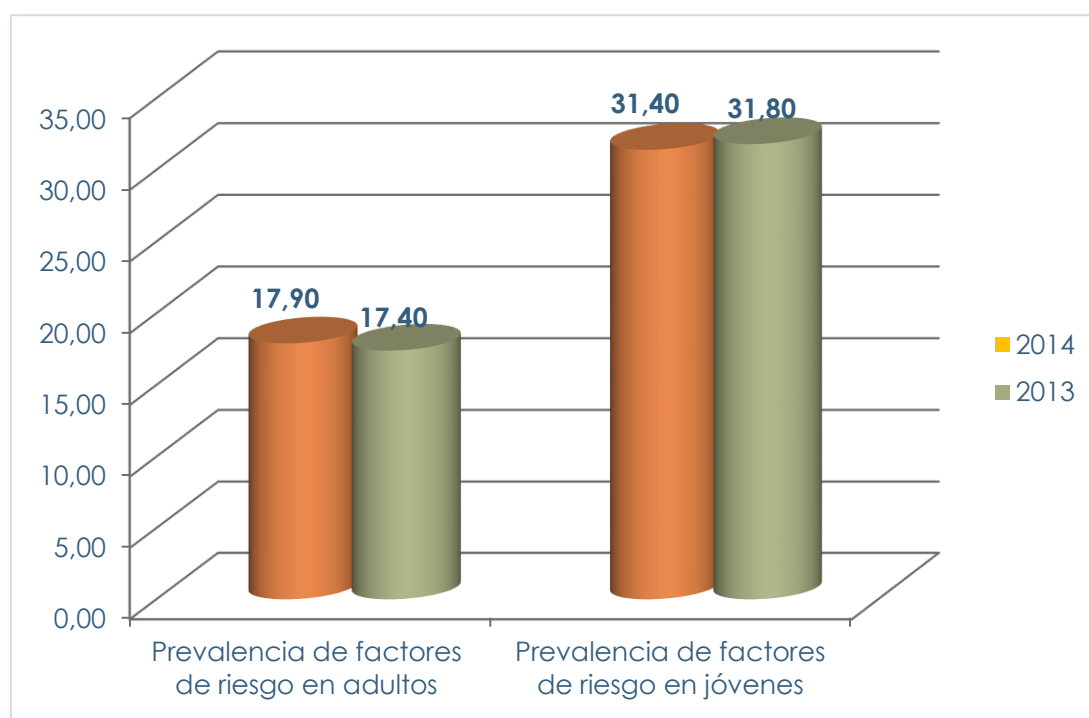


Fig. 6: Prevalencia de factores de riesgo



3.1.4. Cobertura de actividades de prevención y promoción de la salud

Este indicador aporta información sobre la realización de actividades en Atención Primaria destinadas a promover los hábitos y conductas saludables en la población. El indicador de población infantil se extrae de la cobertura de estas actividades dentro del programa del niño sano. En población adulta corresponde a un indicador agregado de las actividades de prevención y promoción incluidas en los diferentes programas de atención a adultos, mujer y población mayor de 75 años, construido en 2015 en el seno del proyecto de evaluación de la Estrategia de atención a pacientes con enfermedades crónicas en la Comunidad de Madrid.

INDICADOR	JUSTIFICACIÓN	FÓRMULA	TRIPLE META	2015	2014	2013
Cobertura de Prevención y Promoción en procesos crónicos seleccionados	Incluye a las personas mayores de 14 años que reciben actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad crónica en Atención Primaria.	[Personas > 14 años incluidas en al menos uno de los servicios de promoción de la salud y prevención seleccionados/Personas > 14 años susceptibles de ser incluidas en al menos uno de los servicios de prevención y promoción seleccionados] x 100	SALUD	66,47%	63,36%	
Promoción en la infancia de hábitos saludables	Incluye a las personas de 0 a 14 años que reciben actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad crónica en Atención Primaria.	[Nº personas 0-14 años que hayan recibido información, consejo o refuerzo sobre alimentación, prevención de accidentes, tabaquismo y consejo sobre exposición solar, 1 vez en los 3 años previos a la fecha de evaluación (FE) / Personas 0-14 años] x100	SALUD	64,58%	62,45%	64,01%

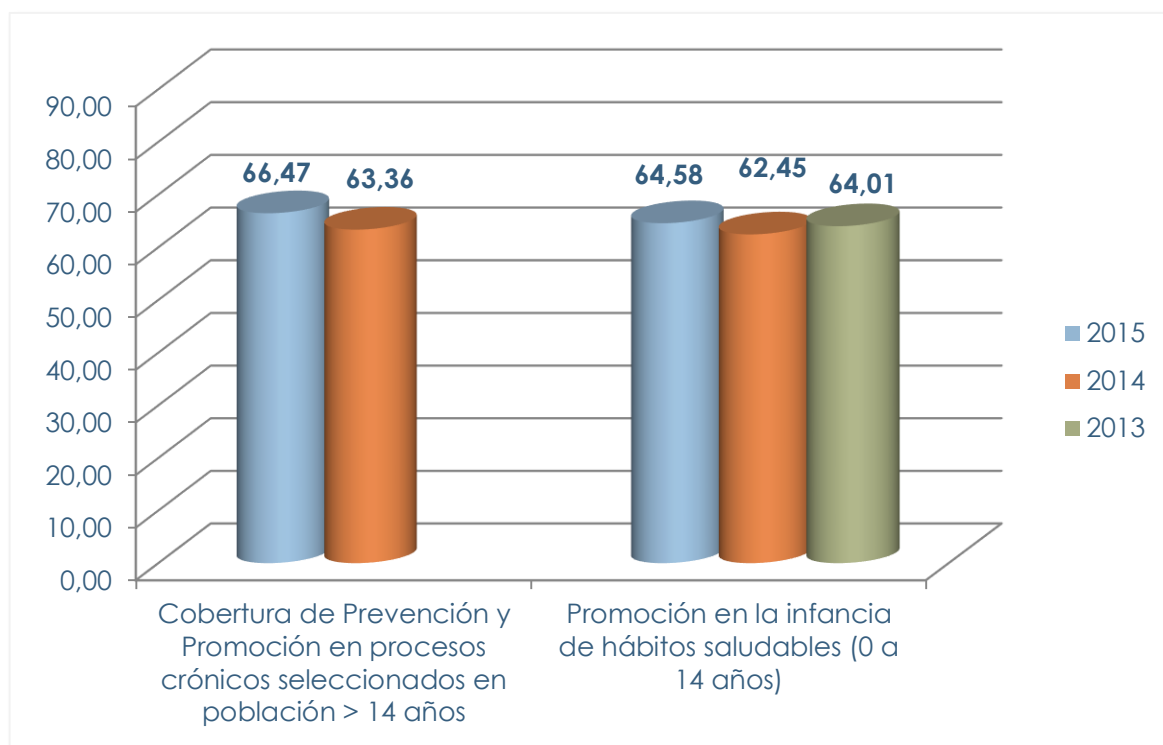


Fig.7: Cobertura de actividades de prevención y promoción de la salud

3.1.5. Cobertura de programas en procesos crónicos seleccionados

Evitar el progreso de la enfermedad crónica es uno de los objetivos cardinales de la Estrategia de atención a pacientes con enfermedades crónicas en la Comunidad de Madrid. Los programas de atención a las enfermedades crónicas prevalentes van destinados al diagnóstico oportuno y adecuado y a la atención con criterios de calidad científico técnica de los diferentes procesos crónicos según indica la evidencia científica. Estos indicadores miden la inclusión en los programas de atención a enfermedades crónicas seleccionadas respecto a los datos de prevalencia esperada en la población de cada uno de los procesos. La actualización de la información sobre prevalencias poblacionales supone periódicamente la revisión de la construcción de los indicadores, lo que puede reflejarse en variaciones de los resultados atribuibles a esta actualización.

En el caso de la atención a la población polimedicada, el indicador se calcula respecto a la población mayor de 74 años con 6 o más fármacos prescritos.



Comunidad de Madrid

El indicador agregado se construye en 2015 por el grupo de trabajo de evaluación en el seno del proyecto y se obtiene con los datos disponibles desde 2014.

INDICADOR	JUSTIFICACIÓN	FÓRMULA	TRIPLE META	2015	2014	2013
Cobertura en Programas de procesos crónicos seleccionados	Se cuantifica la cobertura media de la oferta de servicios asistenciales de los procesos seleccionados dado que la literatura identifica que impacta en los resultados de salud.	[Personas incluidas en al menos uno de los servicios de la CSE de los procesos crónicos seleccionados /Personas con al menos uno de los procesos del índice agregado de prevalencia susceptibles de ser incluidos en programa de CSE* (diabetes, CI, IC y EPOC)] x 100	SALUD	95,26%	90,04%	
Atención al mayor polimedicado para la mejora de la utilización de los medicamentos	Mide la adecuada medicación y atención en la población mayor polimedicada a través del seguimiento de buenas prácticas.	[Nº personas que cumplen criterios y que han realizado cualquier actividad del programa (revisión del tratamiento, análisis de bolsa de medicación, conocimiento de la indicación, etc.) en los últimos 12 meses/ personas ≥ 74 años con 6 o más fármacos]] x 100	SALUD	67,97%	57,72%	70,21%
Atención a pacientes adultos con hipertensión arterial	Identifica el porcentaje de personas que reciben actividades destinadas a evitar o retrasar el progreso de su enfermedad crónica.	[Nº personas > 14 años diagnosticadas de hipertensión arterial / 3,3% personas 15-30 años, 8,6% personas 31-45 años, 32,3% personas 46-60 años y 68,2% personas ≥ 61 años] x 100	SALUD	62,56%	62,27%	85,61%
Atención a pacientes adultos con diabetes mellitus	Identifica el porcentaje de personas que reciben actividades destinadas a evitar o retrasar el progreso de su enfermedad crónica.	[Nº personas > 14 años diagnosticadas de diabetes mellitus / 1,1% personas 15-30 años, 2,2% personas 31-45 años, 7,6% personas 46-60 años y 20,8% personas ≥ 61 años] x 100	SALUD	82,31%	80,73%	105,92%

**Comunidad de Madrid**

Atención a pacientes adultos con cardiopatía isquémica	Identifica el porcentaje de personas que reciben actividades destinadas a evitar o retrasar el progreso de su enfermedad crónica.	[Nº personas > 35 años diagnosticadas de cardiopatía isquémica (infarto de miocardio o angina estable) / 3,6% personas > 35 años] x 100	SALUD	94,83%	94,63%	38,42%
Atención a pacientes adultos con insuficiencia cardiaca	Identifica el porcentaje de personas que reciben actividades destinadas a evitar o retrasar el progreso de su enfermedad crónica.	[Nº personas > 45 años diagnosticadas de insuficiencia cardiaca / 5% personas > 45 años] x 100	SALUD	30,21%	29,36%	29,71%
Atención a pacientes adultos con EPOC	Identifica el porcentaje de personas que reciben actividades destinadas a evitar o retrasar el progreso de su enfermedad crónica.	[Nº personas > 40 años diagnosticadas de EPOC / 10,2% personas > 40 años] x 100	SALUD	23,00%	22,58%	32,82%
Atención a pacientes adultos con asma	Identifica el porcentaje de personas que reciben actividades destinadas a evitar o retrasar el progreso de su enfermedad crónica.	[Nº personas > 45 años diagnosticadas de asma / 4% personas > 14 años] x 100	SALUD	111,06%	107,24%	114,04%

*CSE: Cartera de Servicios Estandarizados de Atención Primaria de la Comunidad de Madrid

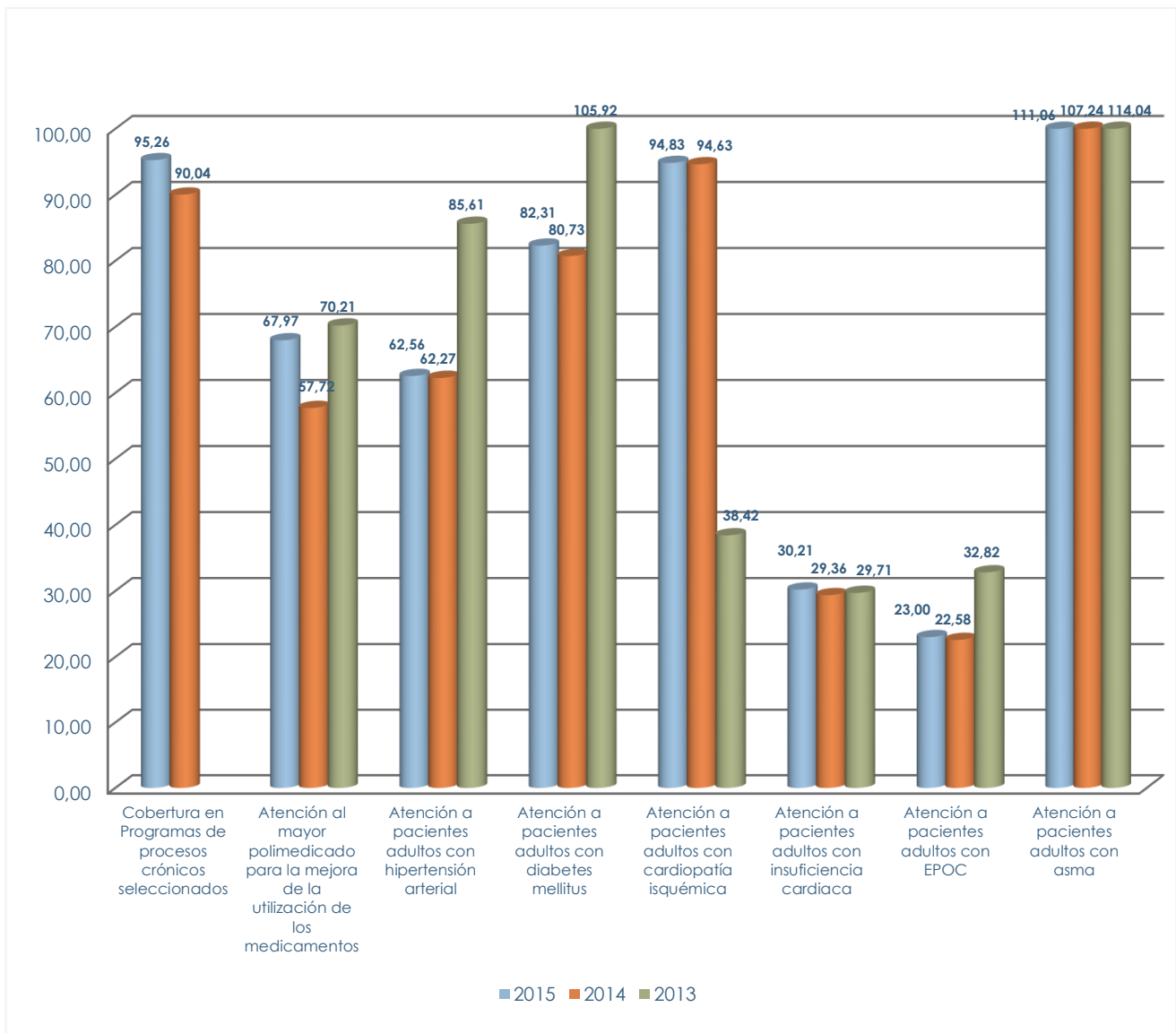


Fig. 8: Cobertura de programas en procesos crónicos seleccionados

3.1.6. Carga de enfermedad: años de vida ajustados por discapacidad (AVAD)

Los años de vida ajustados a discapacidad (AVAD) son una herramienta utilizada a nivel internacional para cuantificar la carga de enfermedad. Los AVAD suman los años de vida perdidos (AVP) debido a la mortalidad prematura y los años perdidos por enfermedad/discapacidad (AVD). Los AVP se calculan de acuerdo con el número de muertes a cada edad multiplicado por la esperanza de vida estándar para dicha edad. Los AVD representan el número de casos de enfermedad/discapacidad de un período multiplicado por la duración media de la



Comunidad de Madrid

enfermedad/discapacidad, teniendo en cuenta un factor de enfermedad/discapacidad. El cálculo del indicador es bienal.

Los estudios de Carga de Enfermedad tienen como objetivo estimar y sintetizar en un indicador único el impacto no sólo mortal (como hacen los indicadores de mortalidad) sino también discapacitante y generador de mala salud de las distintas enfermedades y lesiones. Ambas consecuencias, mortales y no mortales, se pueden calcular por edad, sexo y causa de enfermedad, y se expresan en términos de tiempo (tiempo perdido por muerte prematura y tiempo perdido porque no es vivido en óptimas condiciones de salud), por lo que son agregables en un solo indicador híbrido, los Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD).

INDICADOR	JUSTIFICACIÓN	FÓRMULA	TRIPLE META	2014	2012
Enfermedad cerebrovascular. Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD)	Años de vida perdidos (AVP) debido a la mortalidad prematura y los años perdidos por enfermedad/discapacidad (AVD) por enfermedad cerebrovascular	[Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD) según componentes de los AVAD (mortalidad -AVP- y Discapacidad -AVD-) por enfermedad cerebrovascular (Códigos I60-I64, I67, I69 de CIE10)]	SALUD	12.954,63	12.563,00
Cardiopatía isquémica. Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD)	Años de vida perdidos (AVP) debido a la mortalidad prematura y los años perdidos por enfermedad/discapacidad (AVD) por cardiopatía isquémica.	Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD) según componentes de los AVAD (mortalidad -AVP- y Discapacidad -AVD-) por cardiopatía isquémica (Códigos I20-I25 de CIE10)]	SALUD	19.435,47	16.862,00
Diabetes mellitus. Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD)	Años de vida perdidos (AVP) debido a la mortalidad prematura y los años perdidos por enfermedad/discapacidad (AVD) por Diabetes Mellitus.	[Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD) según componentes de los AVAD (mortalidad -AVP- y Discapacidad -AVD-) por Diabetes Mellitus (Códigos E10-E14 de CIE10)]	SALUD	5.654,02	5.418,00



EPOC. Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD)	Años de vida perdidos (AVP) debido a la mortalidad prematura y los años perdidos por enfermedad/discapacidad (AVD) por EPOC.	[Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD) según componentes de los AVAD (mortalidad -AVP- y Discapacidad -AVD-) por EPOC (Códigos J40, J44, J47 de CIE10)]	SALUD	11.008,06	12.087,00
---	--	--	-------	-----------	-----------

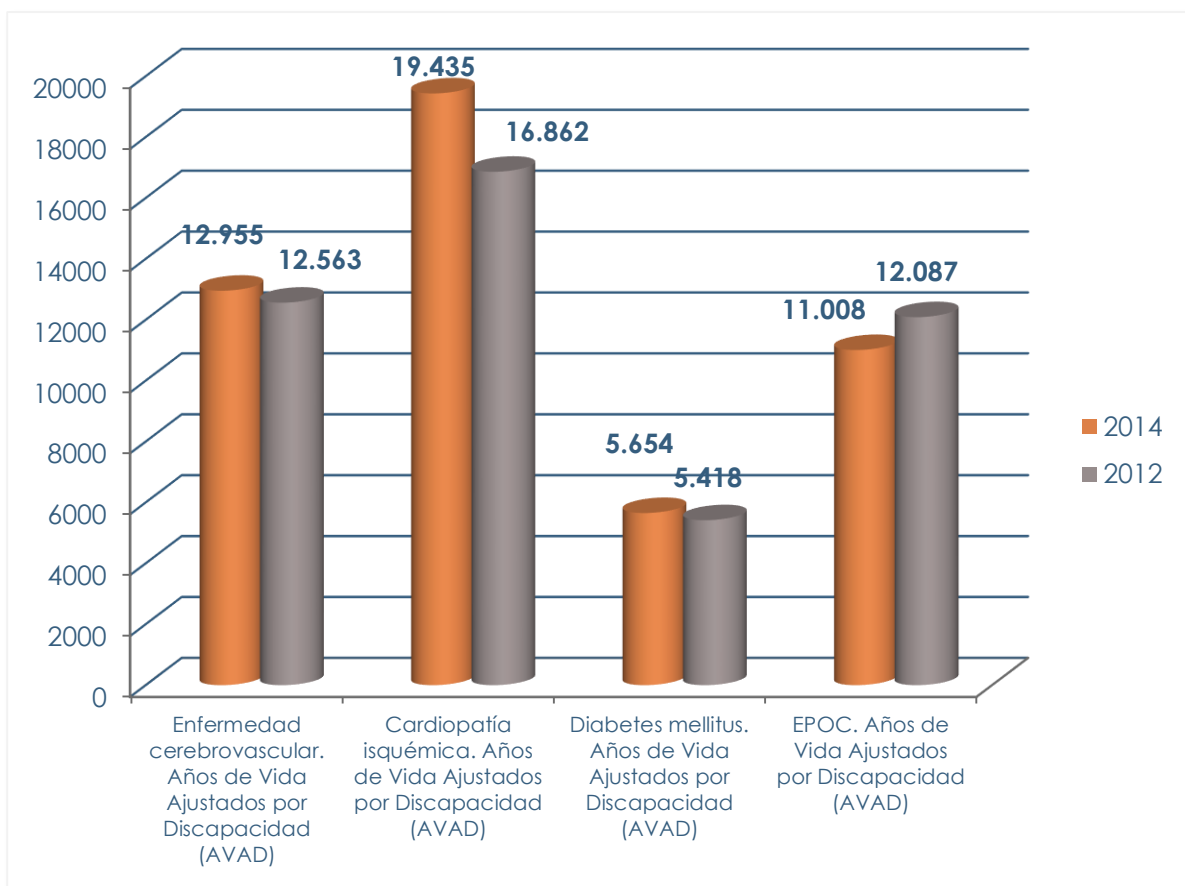


Fig. 9: Carga de enfermedad por procesos crónicos seleccionados: AVAD

3.1.7. Tasa ajustada de mortalidad por procesos crónicos seleccionados

Se presentan las tasas ajustadas de mortalidad por procesos crónicos seleccionados. El ajuste de la tasa se realiza teniendo en cuenta la estructura de edad de la población. En las comparaciones de mortalidad



Comunidad de Madrid

entre diferentes poblaciones, para eliminar el efecto de confusión que producen las diferencias de estructura por edades de las poblaciones se suele utilizar la técnica de la estandarización o ajuste de tasas. Las tasas ajustadas son comparables entre poblaciones, porque permiten valorar únicamente el impacto de la mortalidad, y no el efecto combinado de esta y de las diferencias de estructura por edad de las distintas poblaciones a comparar, como sí hace la tasa bruta.

INDICADOR	JUSTIFICACIÓN	FÓRMULA	TRIPLE META	2014	2013	2012
Diabetes mellitus. Mortalidad. Tasa ajustada de mortalidad por 100.000	Tasa ajustada de mortalidad por diabetes mellitus por 100.000 hab.	[Tasa estandarizada (población estándar europea) de mortalidad por diabetes mellitus (Códigos E10-E14 de CIE10)] x 100.000 habitantes	SALUD	5,62	5,70	6,43
Enfermedad cerebrovascular. Mortalidad. Tasa ajustada de mortalidad por 100.000	Tasa ajustada de mortalidad por enfermedad cerebrovascular por 100.000 hab.	[Tasa estandarizada (población estándar europea) de mortalidad por enfermedad cerebrovascular (Códigos I60-I64, I67, I69 de CIE10) x 100.000 habitantes	SALUD	18,87	18,61	19,34
Cardiopatía isquémica. Mortalidad. Tasa ajustada de mortalidad por 100.000	Tasa ajustada de mortalidad por cardiopatía isquémica por 100.000 hab.	[Tasa estandarizada (población estándar europea) de mortalidad por cardiopatía isquémica (Códigos I20-I25 de CIE10)] x 100.000 habitantes	SALUD	28,48	29,18	27,18
EPOC. Mortalidad. Tasa ajustada de mortalidad por 100.000	Tasa ajustada de mortalidad por EPOC por 100.000 hab.	[Tasa estandarizada (población estándar europea) de mortalidad por bronquitis, enfisema y asma (Códigos J40-J44, J47 de CIE10)] x 100.000 habitantes	SALUD	10,87	10,54	11,80

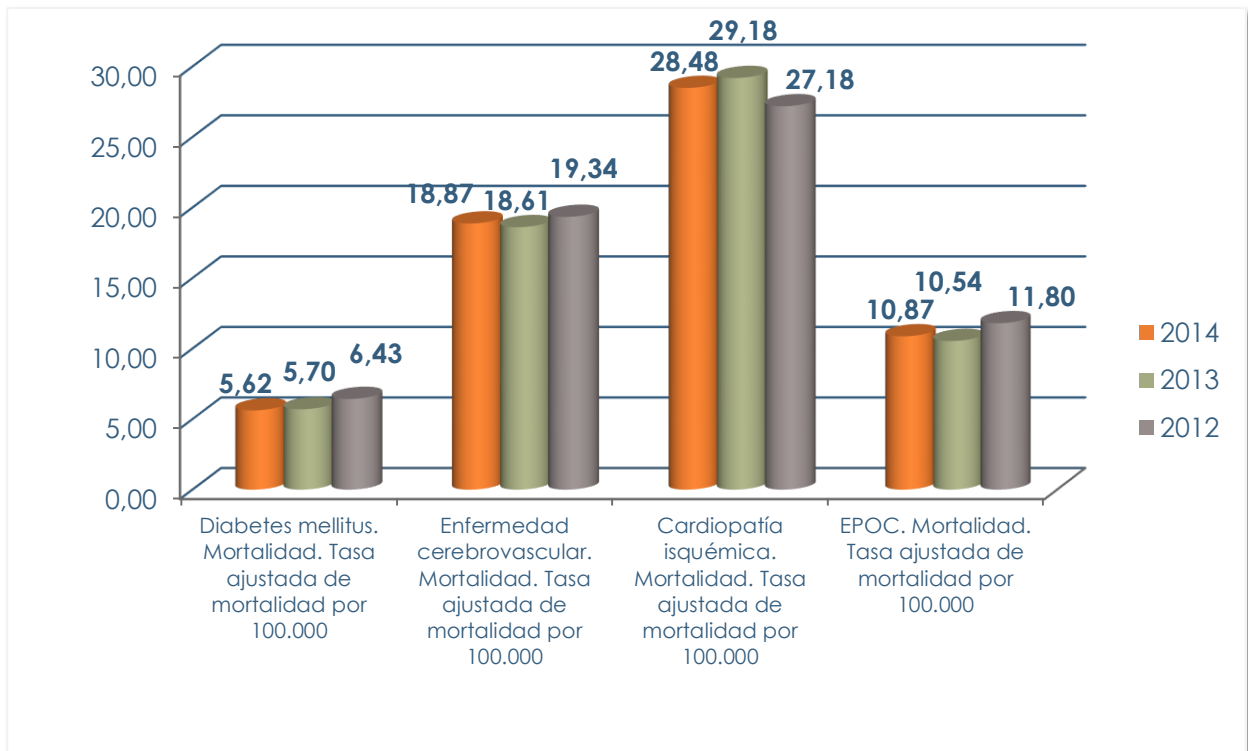


Fig. 10: Tasa de mortalidad por procesos crónicos seleccionados



3.2. Indicadores de resultado en experiencia del paciente

3.2.1. Actividades de educación para la salud grupal

La educación grupal para la salud es una actividad educativa dirigida a un grupo de pacientes, usuarios o colectivo, que está diseñada para promover la autogestión en la propia salud, incorporando conocimientos, actitudes y hábitos saludables y desarrollar la capacidad crítica para tomar las decisiones que faciliten el cuidado de uno mismo y de los demás.

Existe evidencia científica que demuestra el impacto de la actividad educativa grupal en el incremento de la responsabilidad personal en el proceso de salud, cuando se realiza en los mismos centros de salud con participación de equipos multidisciplinares y la implicación del propio paciente.

INDICADOR	JUSTIFICACIÓN	FÓRMULA	TRIPLE META	2015	2014	2013
Personas incluidas en educación para la salud con grupos	Identifica a las personas que reciben actividades de educación grupal para fomentar su capacidad de autocuidado y de autogestión de la enfermedad.	[Personas incluidas en intervenciones basadas en un proyecto de educación para la salud desarrollado con grupos finalizadas en el año de evaluación]	EXPERIENCIA DEL PACIENTE	50.957	50.878	25.796

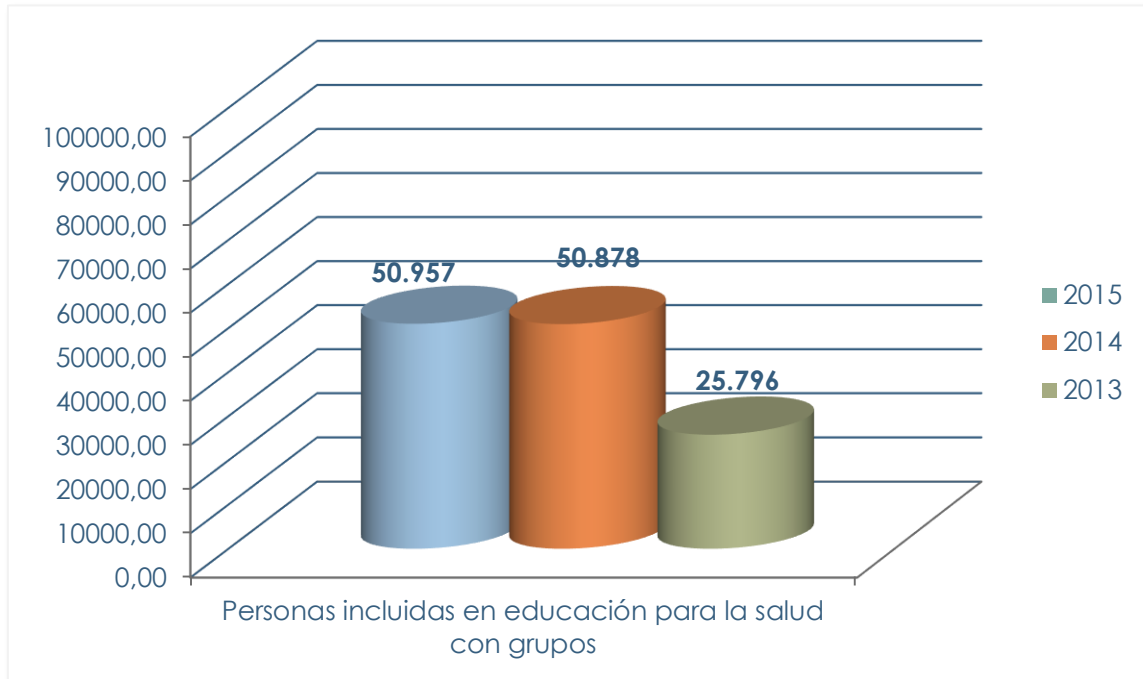


Fig. 11: Personas incluidas en actividades de educación para la salud a grupos

3.2.2. Cobertura de planes de cuidados en procesos seleccionados

Un plan de cuidados es una herramienta que utiliza la enfermera para establecer junto al paciente y/o familia unos resultados u objetivos, mediante la elección de unas intervenciones o cuidados, a fin de mejorar sus capacidades para cuidar de su salud, su autonomía y bienestar. Permite identificar las necesidades de cuidados del paciente y/o familia, registrar las intervenciones y actividades que se llevan a cabo y evaluar el proceso y los resultados alcanzados.

Los pacientes con enfermedad crónica deben tener el conocimiento, la actitud y las habilidades necesarias para el manejo de su enfermedad. La realización de planes de cuidados en este tipo de pacientes tiene que asegurar tanto la adaptación efectiva a la enfermedad como el mayor nivel de autonomía posible en el control de su patología.



INDICADOR	JUSTIFICACIÓN	FÓRMULA	TRIPLE META	2015	2014	2013
Personas con procesos cardiovasculares con planes de cuidados	Porcentaje de personas con patologías crónicas que establecen junto con su enfermera unos resultados u objetivos e intervenciones para mejorar sus capacidades de autocuidado, su autonomía y bienestar.	$[\text{N}^\circ \text{ personas con procesos cardiovasculares crónicos con planes de cuidados por CIAS de enfermería} / \text{ personas identificadas con procesos cardiovasculares crónicos por CIAS de enfermería}] \times 100$	EXPERIENCIA DEL PACIENTE	19,29%	18,11%	14,88%
Mayores frágiles con planes de cuidados	Porcentaje de personas con patologías crónicas que establecen junto con su enfermera unos resultados u objetivos e intervenciones para mejorar sus capacidades de autocuidado, su autonomía y bienestar.	$[\text{N}^\circ \text{ personas incluidas en el servicio de atención al mayor frágil en las que conste la existencia de un plan de cuidados por CIAS de enfermería} / \text{ personas} > 74 \text{ años incluidos en el servicio de atención al mayor frágil por CIAS de enfermería}] \times 100$	EXPERIENCIA DEL PACIENTE	50,99%	50,00%	44,27%
Inmovilizados con planes de cuidados	Porcentaje de personas con patologías crónicas que establecen junto con su enfermera unos resultados u objetivos e intervenciones para mejorar sus capacidades de autocuidado, su autonomía y bienestar.	$[\text{N}^\circ \text{ personas inmovilizadas con planes de cuidados por CIAS de enfermería} / \text{ personas identificadas como inmovilizadas incluidas en el servicio de atención a pacientes inmovilizados por CIAS de enfermería}] \times 100$	EXPERIENCIA DEL PACIENTE	62,41%	57,41%	45,00%

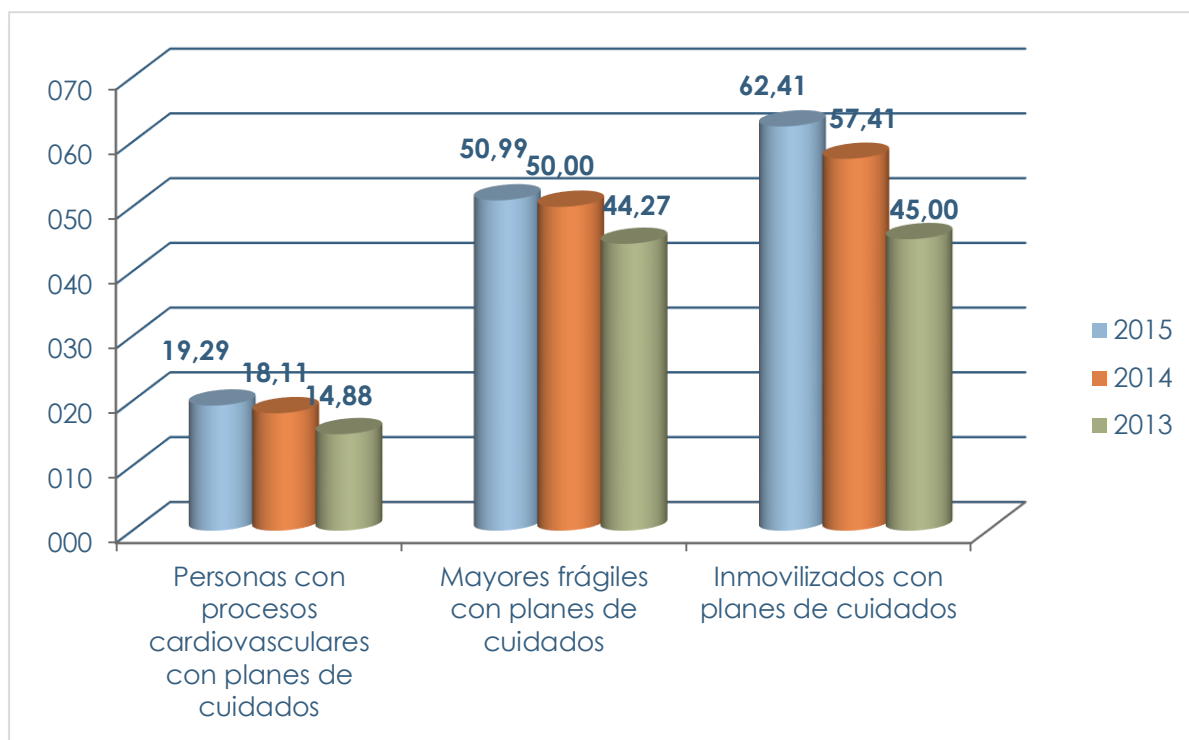


Fig. 12: Cobertura de planes de cuidados en procesos crónicos seleccionados

3.2.3. Resultados intermedios en salud: efectividad y seguridad del paciente

Estos indicadores monitorizan parámetros de salud que orientan a conocer el grado de control de determinadas patologías crónicas. El mantenimiento del valor de datos clínicos concretos, medidas terapéuticas indicadas e intervenciones destinadas a evitar la aparición de complicaciones garantizan la seguridad del paciente y favorecen el buen control de la enfermedad, evitando o retrasando el desarrollo evolutivo de la misma de acuerdo a la evidencia científica disponible.



INDICADOR	JUSTIFICACIÓN	FÓRMULA	TRIPLE META	2015	2014	2013
Control del paciente hipertenso	Permite medir la efectividad en los resultados de las actuaciones asistenciales en servicios preferentes	$[N^{\circ} \text{ hipertensos } > 14 \text{ años con historia clínica activa con control adecuado (última cifra de TA tomada en los últimos 12 meses } < 140/90 \text{ mm Hg no diab y TA} < 140/80 \text{ diab) / hipertensos } > 14 \text{ años con historia clínica activa}] \times 100$	EXPERIENCIA DEL PACIENTE: EFECTIVIDAD	53,28%	54,82%	55,14%
Control del paciente diabético	Permite medir la efectividad en los resultados de las actuaciones asistenciales en servicios preferentes	$[N^{\circ} \text{ diabéticos con historia clínica activa y con al menos un registro de HbA1 en los 12 últimos meses cuya última cifra de HbA1 registrada sea } < 7 \% / \text{ diabéticos con historia clínica activa}] \times 100$	EXPERIENCIA DEL PACIENTE: EFECTIVIDAD	37,18%	37,52%	36,35%
Prevención secundaria con antiagregantes en pacientes con enfermedad cardiovascular	Permite medir la efectividad en los resultados de las actuaciones asistenciales en servicios preferentes	$[N^{\circ} \text{ personas } > 35 \text{ años con historia clínica activa diagnosticadas de angina de pecho, IAM, enfermedad cardiaca arterioesclerótica, ACV/ictus/apoplejía o aterosclerosis/enfermedad arterial periférica con historia y prescripción activa de alguno de los siguientes principios activos: AAS, clopidogrel, ticlopidina, pravastatina+AAS, dipiridamol, triflusal, clopidogrel + AAS o acetilsalicílico+ácido+dipiridamol / personas } > 35 \text{ años con CIAP K74, K75, K76, K90 o K92}] \times 100$	EXPERIENCIA DEL PACIENTE: EFECTIVIDAD	87,35%	77,44%	56,30%
Adecuación del tratamiento de pacientes diabéticos con nefropatía	Permite medir la efectividad en los resultados de las actuaciones asistenciales en servicios preferentes	$[N^{\circ} \text{ personas diabéticas con microalbuminuria y prescripción activa de IECA - ARA II con historia clínica activa / personas diabéticas con microalbuminuria e historia clínica activa}] \times 100$	EXPERIENCIA DEL PACIENTE: EFECTIVIDAD	83,32%	83,27%	78,81%
Pacientes con cardiopatía isquémica en tratamiento con estatinas	Permite medir la efectividad en los resultados de las actuaciones asistenciales en servicios preferentes	$[N^{\circ} \text{ personas } > 35 \text{ años diagnosticadas de cardiopatía isquémica (infarto o angina estable) con historia clínica y prescripción activa tratados con estatinas / personas } > 35 \text{ años diagnosticadas de CI (infarto o angina estable) con historia clínica activa}] \times 100$	EXPERIENCIA DEL PACIENTE: EFECTIVIDAD	87,41%	85,94%	80,77%



Comunidad de Madrid

% INR en rango terapéutico	Permite medir la efectividad en los resultados de las actuaciones asistenciales en servicios preferentes	[INR en rango/Determinaciones INR]x100	EXPERIENCIA DEL PACIENTE: SEGURIDAD DEL PACIENTE	72,75%	72,20%	70,95%
Pacientes inmovilizados con úlceras por presión (UPP)	Permite medir la efectividad en los resultados de las actuaciones asistenciales en servicios preferentes	[Nº pacientes incluidos en el servicio de inmovilizados con historia clínica activa y con UPP por CIAS de enfermería/Nº de personas incluidas en el servicio de inmovilizados con historia clínica activa por CIAS de enfermería]x100	EXPERIENCIA DEL PACIENTE: SEGURIDAD DEL PACIENTE	13,21%	15,95%	15,20%

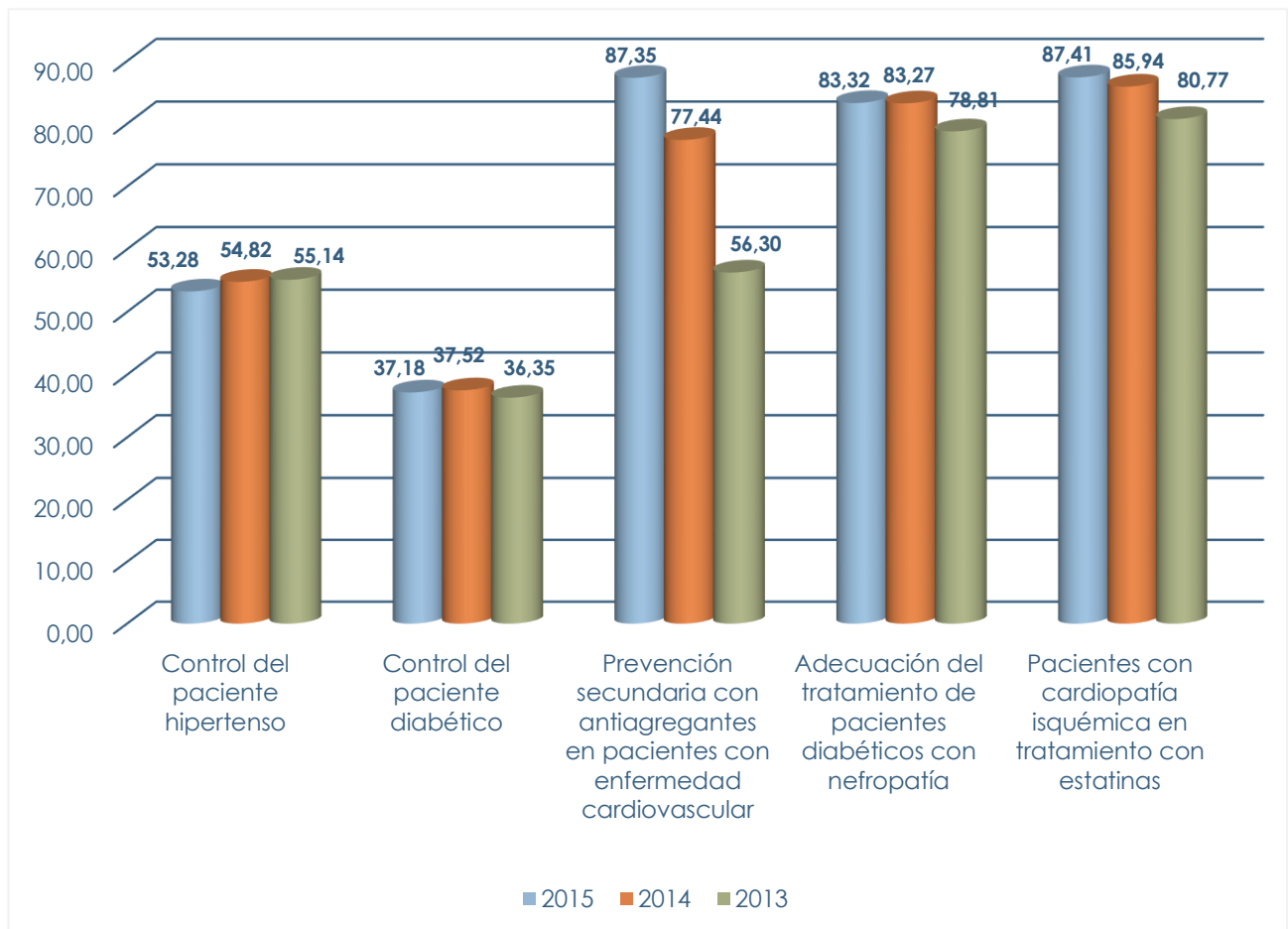


Fig. 13: Resultados intermedios en salud: Efectividad en procesos seleccionados

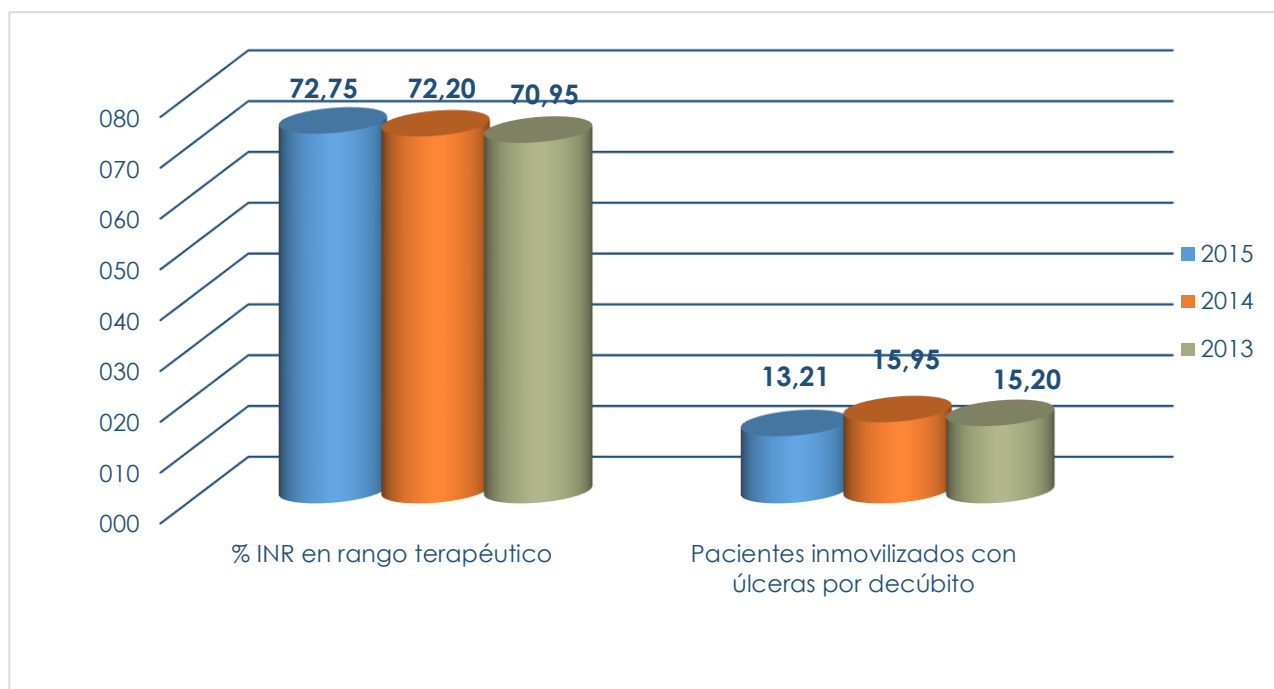


Fig. 14: Resultados intermedios en salud: Seguridad del paciente en procesos seleccionados

3.2.4. Reingresos en procesos crónicos seleccionados

Los procesos seleccionados corresponden a patologías crónicas prevalentes y que causan reingresos con elevada frecuencia. Los reingresos a corto o medio plazo pueden estar influenciados por diversos factores dependientes entre otros, del estado del paciente (como estadio clínico de la enfermedad) y de la atención recibida.

Según la literatura consultada, los reingresos tienen una carga importante en la experiencia del paciente sobre el control que las intervenciones sanitarias han ejercido sobre su estado de salud.



INDICADOR	JUSTIFICACIÓN	FÓRMULA	TRIPLE META	2015	2014	2013
Pacientes diagnosticados de CI con reingreso hospitalario en el último año	Identifica el porcentaje de pacientes con al menos uno de los procesos seleccionados que al menos ha tenido un reingreso en el último año por dicho proceso	$[\text{N}^\circ \text{pacientes diagnosticados de CI con historia clínica activa que han reingresado por CI en el último año} / \text{N}^\circ \text{pacientes diagnosticados de CI con historia clínica activa}] \times 100$	EXPERIENCIA DEL PACIENTE	0,23%	0,19%	0,18%
Pacientes diagnosticados de enfermedad cerebrovascular con reingreso hospitalario en el último año	Identifica el porcentaje de pacientes con al menos uno de los procesos seleccionados que al menos ha tenido un reingreso en el último año por dicho proceso	$[\text{N}^\circ \text{pacientes diagnosticados de ECV con historia clínica activa que han reingresado por ECV en el último año} / \text{N}^\circ \text{pacientes diagnosticados de ECV con historia clínica activa}] \times 100$	EXPERIENCIA DEL PACIENTE	1,42%	0,97%	0,99%
Pacientes diagnosticados de IC con ingreso hospitalario por IC en los primeros 30 días tras el alta por el mismo proceso (reingreso <30 días).	Identifica el porcentaje de pacientes con el proceso seleccionado que al menos ha tenido un reingreso en los últimos treinta días	$[\text{N}^\circ \text{pacientes con historia clínica activa diagnosticados de IC que han reingresado por IC en los 30 días posteriores al ingreso en el último año} / \text{N}^\circ \text{pacientes diagnosticados de IC con historia clínica activa}] \times 100.$	EXPERIENCIA DEL PACIENTE	4,82%	4,76%	4,66%
Pacientes diagnosticados de CI con ingreso hospitalario por CI en los primeros 30 días tras el alta por el mismo proceso (reingreso <30 días).	Identifica el porcentaje de pacientes con el proceso seleccionado que al menos ha tenido un reingreso en los últimos treinta días	$[\text{N}^\circ \text{pacientes con historia clínica activa diagnosticados de CI que han reingresado por CI antes de 30 días} / \text{N}^\circ \text{pacientes diagnosticados de CI con historia clínica activa}] \times 100$	EXPERIENCIA DEL PACIENTE	0,13%	0,11%	0,12%
Pacientes diagnosticados de EPOC con ingreso hospitalario por EPOC en los primeros 30 días tras el alta por el mismo proceso (reingreso <30 días).	Identifica el porcentaje de pacientes con el proceso seleccionado que al menos ha tenido un reingreso en los últimos treinta días	$[\text{N}^\circ \text{pacientes con historia clínica activa diagnosticados de EPOC que han reingresado por EPOC en los 30 días posteriores al ingreso en el último año} / \text{N}^\circ \text{pacientes diagnosticados de EPOC con historia clínica activa}] \times 100.$	EXPERIENCIA DEL PACIENTE	2,05%	1,66%	1,68%



Pacientes diagnosticados de DM con ingreso hospitalario por DM en los primeros 30 días tras el alta por el mismo proceso (reingreso <30 días).	Identifica el porcentaje de pacientes con el proceso seleccionado que al menos ha tenido un reingreso en los últimos treinta días	[Nº pacientes con historia clínica activa diagnosticados de DM que han reingresado por DM en primeros 30 días tras el primer ingreso (reingreso <30 días)/ Nº pacientes diagnosticados de DM con historia clínica activa] x 100.	EXPERIENCIA DEL PACIENTE	0,04%	0,04%	0,04%
Pacientes diagnosticados de asma con ingreso hospitalario por asma en los primeros 30 días tras el alta por el mismo proceso (reingreso <30 días).	Identifica el porcentaje de pacientes con el proceso seleccionado que al menos ha tenido un reingreso en los últimos treinta días	[Nº pacientes con historia clínica activa diagnosticados de Asma que han reingresado por Asma en primeros 30 días tras el primer ingreso (reingreso <30 días)/ Nº pacientes diagnosticados de Asma con historia clínica activa] x 100	EXPERIENCIA DEL PACIENTE	0,12%	0,14%	0,13%

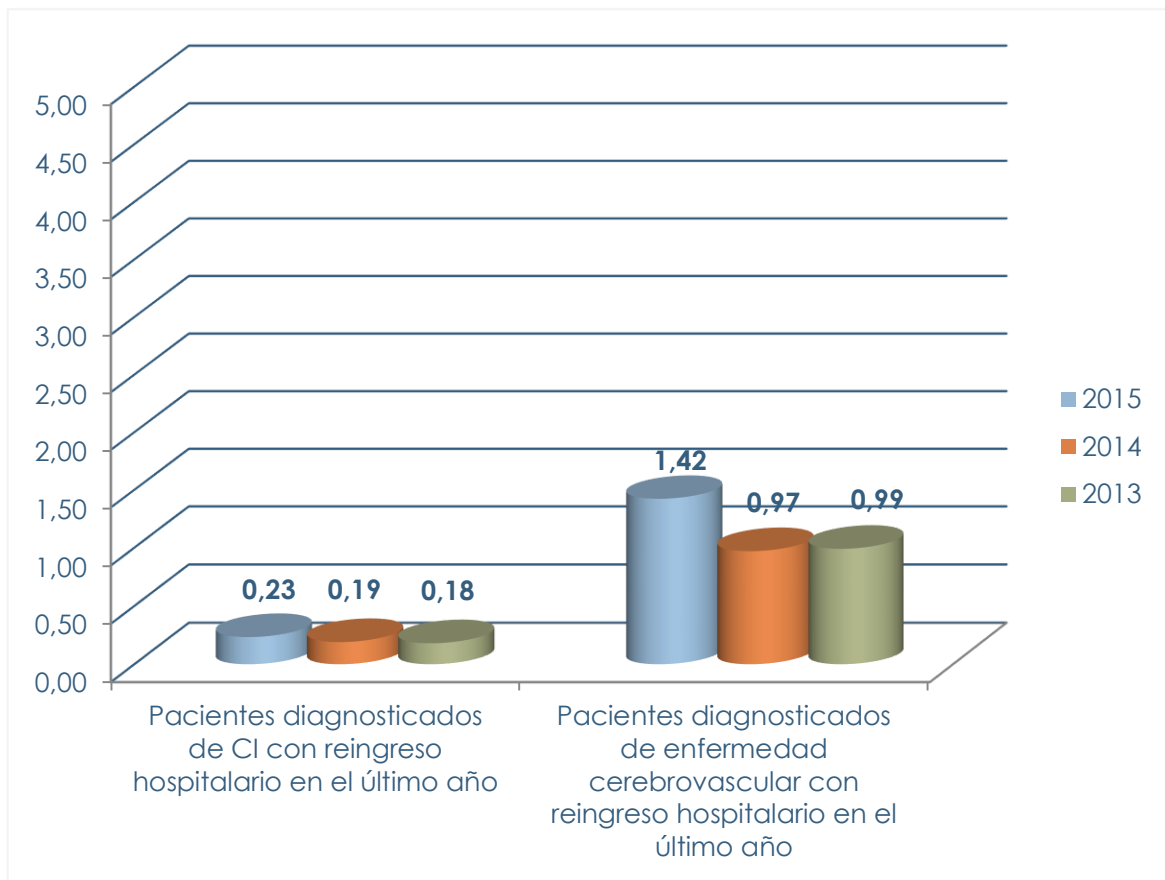


Fig. 15: Reingresos a los 12 meses en procesos seleccionados

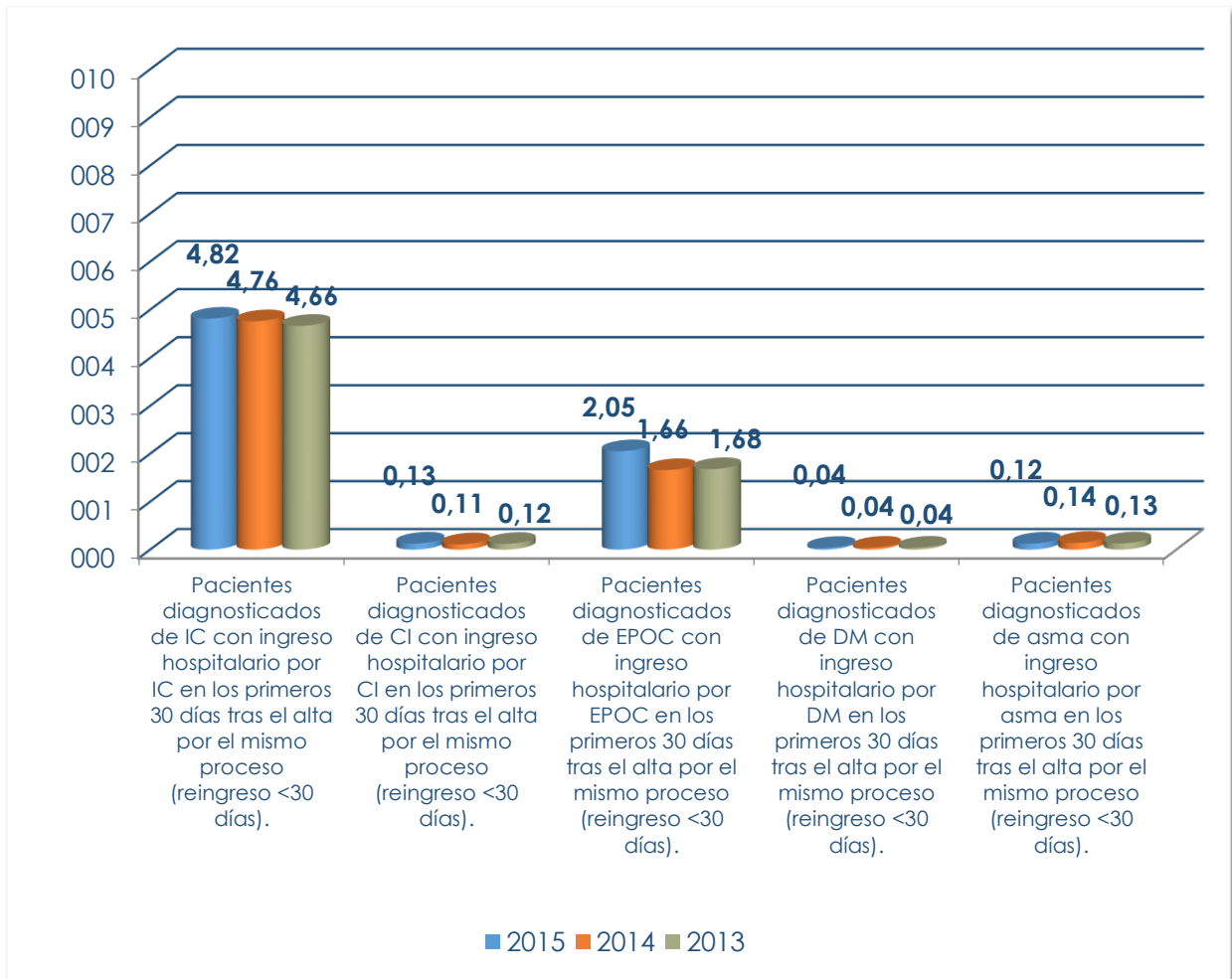


Fig. 16: Reingresos a los 30 días en procesos seleccionados

3.2.5. Satisfacción del usuario

Los indicadores de satisfacción del usuario se han obtenido a partir de la encuesta anual de satisfacción del usuario en Atención Primaria. La encuesta se realiza anualmente sobre una muestra de usuarios de los servicios sanitarios de Atención Primaria (pacientes que han acudido al centro de salud) seleccionada por muestreo aleatorio estratificado por edad dentro de cada centro de salud.

Desde 2014, sobre toda la muestra se pregunta a las personas encuestadas si se identifican como “pacientes crónicos”, obteniéndose el “universo muestral de



pacientes que se identifican como crónicos". Con este filtro, se obtiene el nivel de satisfacción de estos pacientes respecto a los diferentes ítems.

INDICADOR	JUSTIFICACIÓN	FÓRMULA	TRIPLE META	2015	2014
Satisfacción global con la atención recibida de pacientes que se identifican como crónicos	Este indicador se elabora con objeto de mejorar la percepción de la población en relación a la calidad de los servicios prestados. Presenta como limitación la identificación de paciente crónico a partir de la percepción del entrevistado y su identificación exclusivamente en el entorno de Atención Primaria	(Pacientes que manifiestan padecer alguna enfermedad crónica, y están satisfechos y muy satisfechos con la atención sanitaria recibida en el centro de salud / total pacientes que manifiestan padecer alguna enfermedad crónica) X 100	EXPERIENCIA DEL PACIENTE	90,52%	92,52%
Satisfacción con la atención coordinada que recibe de su médico de familia / pediatra y el médico especialista de pacientes que se identifican como crónicos	Este indicador se elabora con objeto de mejorar la percepción de la población en relación a la calidad de los servicios prestados. Presenta como limitación la identificación de paciente crónico a partir de la percepción del entrevistado y su identificación exclusivamente en el entorno de Atención Primaria	(Pacientes que manifiestan padecer alguna enfermedad crónica, y están satisfechos y muy satisfechos con la atención coordinada que recibe de su médico familia-pediatra y el médico especialista/ total pacientes que manifiestan padecer alguna enfermedad crónica) X 100	EXPERIENCIA DEL PACIENTE	79,90%	80,01%
Satisfacción con el tratamiento recibido para el dolor de pacientes que se identifican como crónicos	Este indicador se elabora con objeto de mejorar la percepción de la población en relación a la calidad de los servicios prestados. Presenta como limitación la identificación de paciente crónico a partir de la percepción del entrevistado y su identificación exclusivamente en el entorno de Atención Primaria	(Pacientes que manifiestan padecer alguna enfermedad crónica, y están satisfechos y muy satisfechos con el tratamiento del dolor/ total pacientes que manifiestan padecer alguna enfermedad crónica) X 100	EXPERIENCIA DEL PACIENTE	67,88%	70,19%
Grado de recomendación de su centro de pacientes que se identifican como crónicos	Este indicador se elabora con objeto de mejorar la percepción de la población en relación a la calidad de los servicios prestados. Presenta como limitación la identificación de paciente crónico a partir de la percepción del entrevistado y su identificación exclusivamente en el entorno de Atención Primaria	(Pacientes que manifiestan padecer alguna enfermedad crónica, y recomiendan el centro de salud al que han acudido/ total pacientes que manifiestan padecer alguna enfermedad crónica) X 100	EXPERIENCIA DEL PACIENTE	95,98%	96,48%

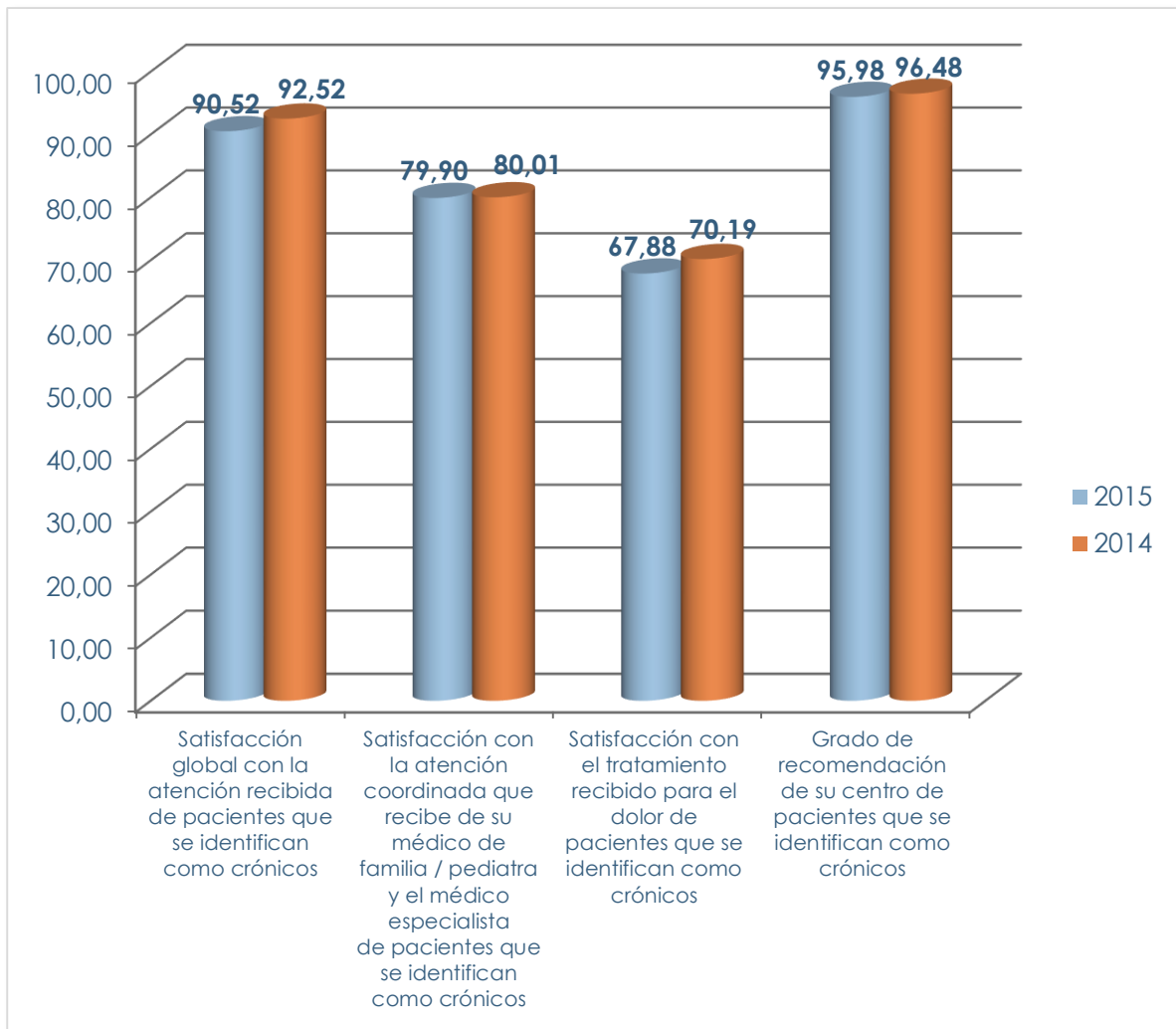


Fig. 17: Satisfacción de usuarios que se identifican como pacientes crónicos

3.2.6. Percepción de la calidad del cuidado

En 2015, con el objetivo de avanzar progresivamente en la exploración de los diferentes aspectos que construyen la experiencia de los cuidados de los pacientes, se incluyen en la Encuesta de satisfacción de Atención Primaria dos preguntas dirigidas a pacientes que se identifican como crónicos, sobre actividades que implican al paciente en su cuidados y la autogestión de la enfermedad.



INDICADOR	JUSTIFICACIÓN	FÓRMULA	TRIPLE META	2015
Revisión con los profesionales del plan de cuidados y el tratamiento	Mide aspectos de la experiencia del paciente que se identifica como crónico, en su relación con los servicios sanitarios (Atención Primaria)	(Pacientes que manifiestan padecer alguna enfermedad crónica y afirman haber revisado siempre o casi siempre el cumplimiento del plan de cuidados y el tratamiento con los profesionales de Atención Primaria / total pacientes que manifiestan padecer alguna enfermedad crónica) X 100	EXPERIENCIA DEL PACIENTE	84,20%
Acuerdo de objetivos sobre alimentación, ejercicio físico y medicación	Mide aspectos de la experiencia del paciente que se identifica como crónico, en su relación con los servicios sanitarios (Atención Primaria)	(Pacientes que manifiestan padecer alguna enfermedad crónica y afirman haber acordado siempre o casi siempre los objetivos sobre alimentación, ejercicio físico y medicación con los profesionales de Atención Primaria / total pacientes que manifiestan padecer alguna enfermedad crónica) X 100	EXPERIENCIA DEL PACIENTE	80,20%

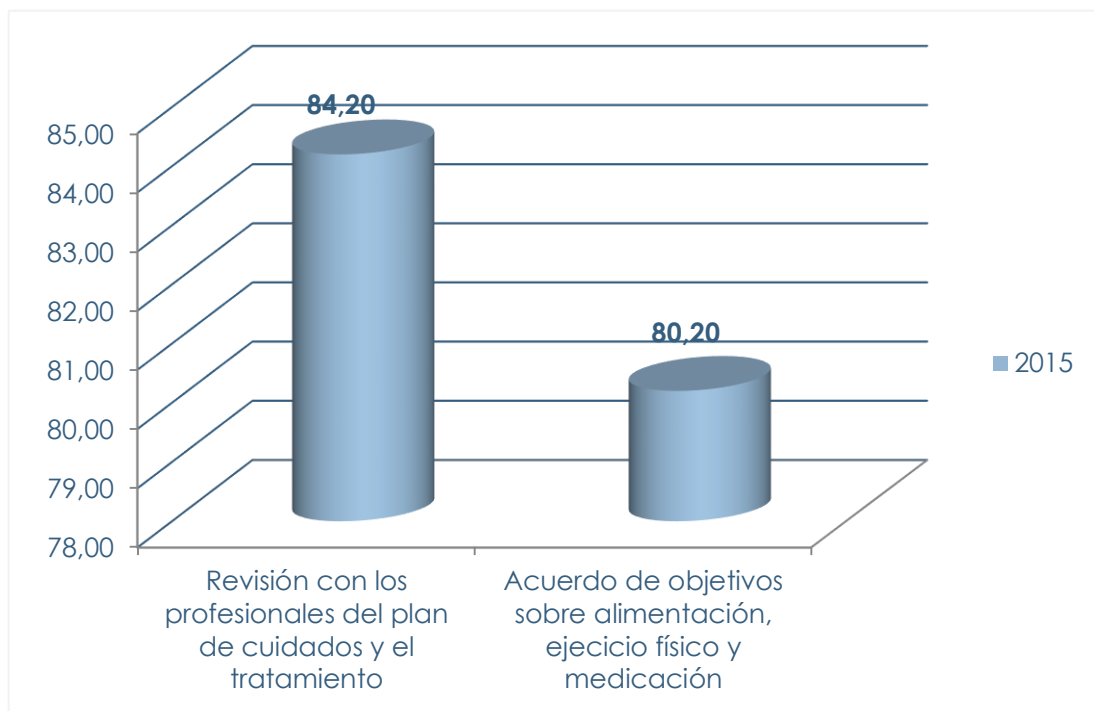


Fig. 18: Percepción de la calidad del cuidado en pacientes que se identifican como crónicos



3.3. Indicadores de resultado en utilización de servicios / coste

3.3.1. Pacientes con hospitalización potencialmente evitable en procesos seleccionados

Las hospitalizaciones potencialmente evitables se refieren a determinados problemas de salud para los que una atención extrahospitalaria oportuna, efectiva y sostenida en el tiempo podría ayudar a disminuir la necesidad de ingreso en el hospital, bien sea previniendo el inicio de una enfermedad, tratando una enfermedad aguda o controlando una enfermedad crónica.

INDICADOR	JUSTIFICACIÓN	FÓRMULA	TRIPLE META	2015	2014	2013
Pacientes con hospitalizaciones potencialmente evitables por complicaciones de Diabetes	Hace referencia a problemas de salud para los que una atención extrahospitalaria oportuna, efectiva y sostenida en el tiempo podría ayudar a disminuir la necesidad de ingreso en el hospital.	[Pacientes crónicos cuyo diagnóstico de ingreso hospitalario corresponde a complicaciones diabéticas agudas, complicaciones diabéticas crónicas, diabetes no controlada/ Número total de Pacientes con DM registrados en AP con historia clínica activa] x 100	UTILIZACIÓN DE SERVICIOS / COSTE	0,47%	0,51%	0,53%
Pacientes con hospitalizaciones potencialmente evitables por complicaciones de Insuficiencia Cardíaca Congestiva	Hace referencia a problemas de salud para los que una atención extrahospitalaria oportuna, efectiva y sostenida en el tiempo podría ayudar a disminuir la necesidad de ingreso en el hospital.	[Pacientes crónicos cuyo diagnóstico de ingreso hospitalario corresponde insuficiencia cardíaca / Número total de Pacientes con IC registrados en AP con historia clínica activa] x100	UTILIZACIÓN DE SERVICIOS / COSTE	27,27%	26,63%	26,10%
Pacientes con hospitalizaciones evitables por Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica	Hace referencia a problemas de salud para los que una atención extrahospitalaria oportuna, efectiva y sostenida en el tiempo podría ayudar a disminuir la necesidad de ingreso en el hospital.	[Pacientes crónicos cuyo diagnóstico de ingreso hospitalario corresponde a complicaciones EPOC en el último año / Número total de pacientes con EPOC registrados en AP con historia clínica activa]] x100	UTILIZACIÓN DE SERVICIOS / COSTE	9,53%	8,13%	7,93%

Informe de indicadores de resultado relacionados con la cronicidad. Mayo 2016 | 24/05/2016



Pacientes con hospitalizaciones potencialmente evitables por Asma	Hace referencia a problemas de salud para los que una atención extrahospitalaria oportuna, efectiva y sostenida en el tiempo podría ayudar a disminuir la necesidad de ingreso en el hospital.	[Pacientes crónicos cuyo diagnóstico de ingreso hospitalario corresponde a complicaciones de asma en el último año / Número total de Pacientes asmáticos registrados en AP con historia clínica activa] x100	UTILIZACIÓN DE SERVICIOS / COSTE	0,88%	1,13%	0,61%
--	--	--	----------------------------------	-------	-------	-------

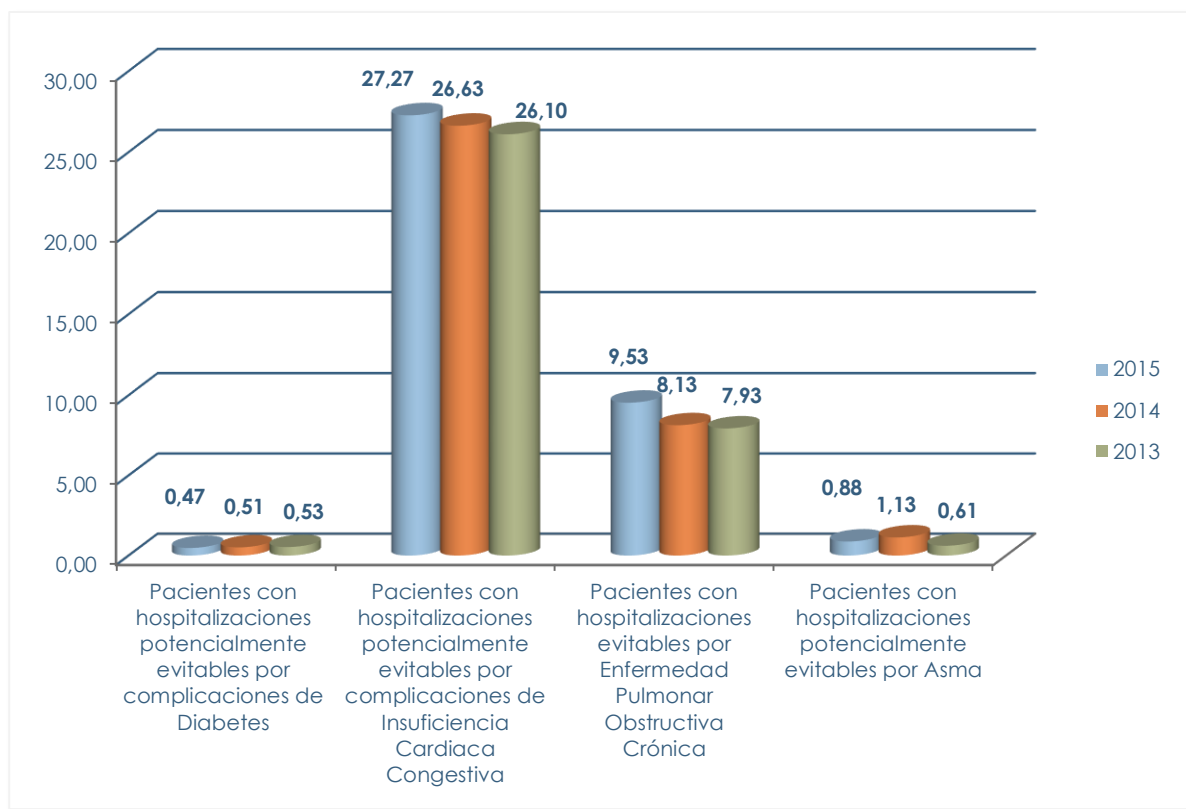


Fig. 19: Hospitalizaciones potencialmente evitables en pacientes con procesos seleccionados

3.3.2. Gasto farmacéutico

El volumen de los recursos destinados al consumo farmacéutico convierte a estos indicadores en una herramienta de seguimiento de la utilización de recursos y la eficiencia puesto que dentro del modelo evaluativo propuesto por la triple meta, el análisis de coste se integra en una estrategia global de eficiencia, mejora de la



Comunidad de Madrid

salud de la población y de experiencia del cuidado de los pacientes y sus personas cuidadoras.

INDICADOR	JUSTIFICACIÓN	FÓRMULA	TRIPLE META	2015	2014	2013
Gasto de Farmacia (Porcentaje de gasto farmacéutico en medicamentos crónicos respecto al total)	Este indicador da una idea global del gasto farmacéutico destinado al tratamiento farmacológico de la patología crónica	$[\text{Gasto farmacéutico en procesos crónicos} / \text{Total del gasto farmacéutico}] \times 100$	UTILIZACIÓN DE SERVICIOS / COSTE	64,84	65,86	66,23
Gasto farmacéutico en medicamentos crónicos por paciente crónico y mes	Este indicador da una idea global del gasto farmacéutico destinado al tratamiento farmacológico de la patología crónica	$[\text{Gasto mensual (€) en medicamentos de patologías crónicas} / \text{Nº pacientes mensuales que han recibido algún medicamento de patologías crónicas}]$	UTILIZACIÓN DE SERVICIOS / COSTE	42,38	45,85	47,87
Gasto farmacéutico en medicamentos crónicos por habitante y mes	Este indicador da una idea global del gasto farmacéutico destinado al tratamiento farmacológico de la patología crónica	$[\text{Gasto mensual de patologías crónicas (€)} / \text{Población TSI mensual}]$	UTILIZACIÓN DE SERVICIOS / COSTE	8,73	8,65	8,35

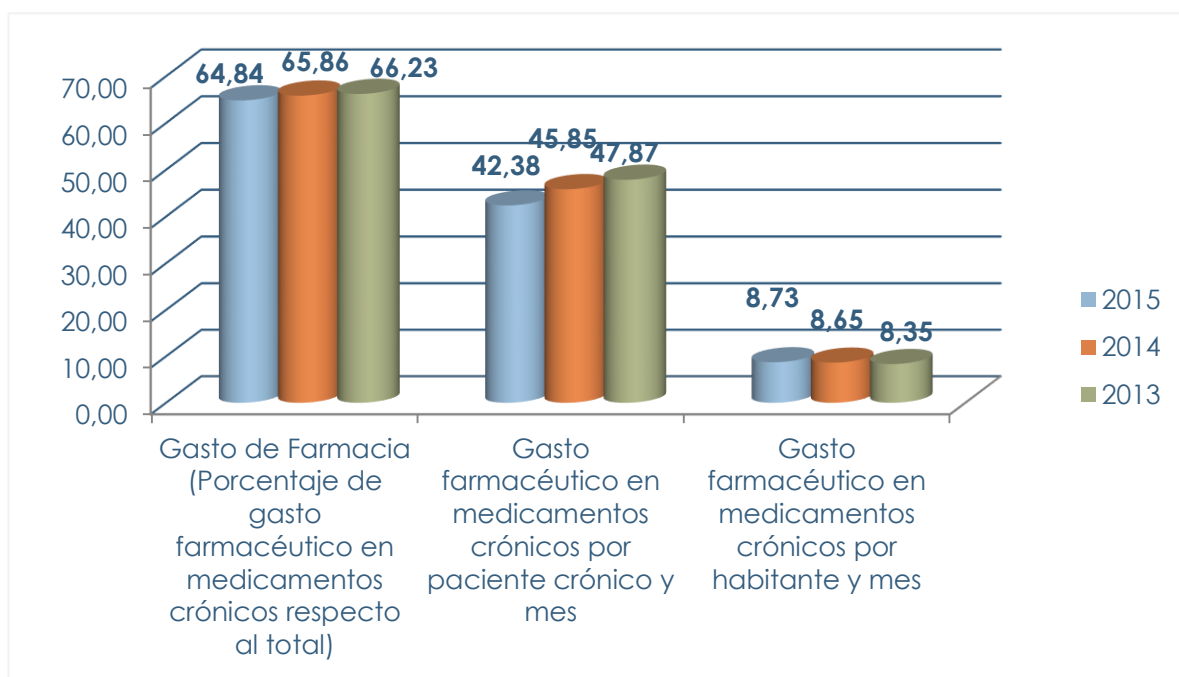


Fig. 20: Gasto farmacéutico



4. ANEXO 1: PATOLOGÍAS PRIORIZADAS EN LA ESTRATEGIA DE ATENCIÓN A PACIENTES CON ENFERMEDADES CRÓNICAS DE LA COMUNIDAD DE MADRID

Patologías	Criterios valoración objetiva							TOTAL valoración objetiva	TOTAL valoración profesionales	TOTAL valoración global
	Mortalidad	Prevalencia estimada	Morbilidad percibida	Comorbilidad	Consumo recursos	Programas específicos	Experiencias activas			
DM	1	3	2	4	4	4	4	22	4,6	26,6
EPOC	3	3	0	4	4	4	4	22	4,0	26,0
Enf. Cerebrovascular	4	1	0	4	4	4	4	21	4,0	25,0
HTA	1	4	4	2	0	4	4	19	4,1	23,1
Cardiopatía Isquémica	4	1	0	2	2	4	4	17	4,1	21,1
Insuficiencia Cardíaca	3	2	0	1	2	4	4	16	4,2	20,2
Asma	0	2	1	3	3	4	4	17	3,1	20,1
Obesidad	0	4	0	0	3	4	4	15	4,3	19,3
Hipercolesterolemia	0	4	3	0	0	4	4	15	3,5	18,5
I. Renal Crónica	0	3	0	2	3	0	4	12	3,7	15,7
Demencia	2	1	0	1	1	4	0	9	3,3	12,3
Artrosis, artritis	0	0	4	0	0	0	4	8	3,3	11,3
Ciática, lumbalgia	0	0	3	0	0	0	4	7	2,9	9,9
Cervicalgia	0	0	3	0	0	0	4	7	2,3	9,3
Depresión	0	0	1	0	1	4	0	6	3,2	9,2
Ansiedad	0	0	1	0	0	4	0	5	2,6	7,6
Osteoporosis	0	0	0	0	1	0	4	5	2,5	7,5
Varices	0	0	3	0	0	0	0	3	3,0	6,0
Alergia	0	0	4	0	0	0	0	4	1,9	5,9
Migrañas	0	0	2	0	0	0	0	2	2,0	4,0