

**LA CRONICITAT COMPLEXA A
LES NOSTRES ILLES:
UN REPTE SANITARI I SOCIAL**

La cronicitat complexa a les nostres illes: un repte sanitari i social

Estefania Serratusell Sabater

Gabriel Moragues Sbert

Pilar Fuster Obrador

Francesc Albertí Homar

Angélica Miguélez Chamorro

Resum

Els canvis demogràfics dels darrers anys han fet que el sistema de salut hagi d'atendre cada vegada un nombre més alt de pacients grans amb multimorbiditat i dependència funcional progressiva. El model actual d'atenció, orientat als problemes de salut aguts, no dona una resposta adequada a les necessitats d'aquests pacients, per la qual cosa cal fer canvis en el model organitzatiu que s'adaptin a aquesta nova i emergent realitat.

El Servei de Salut de les Illes Balears té el compromís de gestionar la cronicitat i la complexitat de manera eficient i amb la millor evidència disponible a fi d'assegurar una atenció sanitària de qualitat que doni resposta a les necessitats de salut de la població en totes les etapes de la vida.

La Conselleria de Salut va publicar l'any 2017 una pla d'atenció a les persones amb malalties cròniques que inclou nou objectius estratègics. A continuació explicam l'estat actual dels objectius estratègics relacionats amb les persones d'edat avançada amb complexitat i les accions realitzades pel que fa a aquest aspecte: identificar la població en funció del seu nivell de complexitat per donar una atenció individualitzada i integral; implementar el projecte d'atenció al pacient crònic complex i avançat en tots els àmbits assistencials; implementar el projecte de la infermera gestora de casos com a garantia de coordinació i de continuïtat assistencial; impulsar una coordinació eficaç entre els serveis sanitaris i socials, i realitzar una planificació dels recursos socio-sanitaris d'atenció intermèdia tenint en compte les projeccions de població i envelliment.

Resumen

Los cambios demográficos de los últimos años han provocado que el sistema de salud atiende cada vez más a pacientes mayores con multimorbilidad y dependencia funcional progresiva. El modelo actual de atención, orientado a problemas de salud agudos, no da una respuesta adecuada a las necesidades de estos pacientes, por lo que es necesario implementar cambios en el modelo organizativo que se adapten a esta nueva y emergente realidad.

El Servicio de Salud de las Islas Baleares tiene el compromiso de gestionar la cronicidad y la complejidad de manera eficiente y con la mejor evidencia disponible para asegurar una atención sanitaria de calidad que dé respuesta a las necesidades de salud de la población en todas las etapas de la vida.

La Consejería de Salud publicó en 2017 un plan de atención a las personas con enfermedades crónicas que contempla nueve objetivos estratégicos. A continuación explicamos el estado actual de los objetivos estratégicos relacionados con las personas

de edad avanzada con complejidad y las acciones realizadas al respecto: identificar a la población en función de su nivel de complejidad para dar una atención individualizada e integral; implementar el proyecto de atención al paciente crónico complejo y avanzado en todos los ámbitos asistenciales; implementar el proyecto de la enfermera gestora de casos como garantía de coordinación y de continuidad asistencial; impulsar una coordinación eficaz entre los servicios sanitarios y sociales, y realizar una planificación de los recursos sociosanitarios de atención intermedia teniendo en cuenta las proyecciones de población y envejecimiento.

1. Estat actual i avaluació del Pla d'atenció a les persones amb malalties cròniques 2016-2021

Als països occidentals, l'esperança de vida ha augmentat notablement en el darrer segle gràcies als avenços mèdics i tecnològics, als canvis en els hàbits nutricionals i en els estils de vida i a l'accés més fàcil de la població als serveis sanitaris, entre d'altres factors (Instituto Nacional de Estadística, s/d). Espanya és el tercer país del món amb l'esperança de vida més alta (83,1 anys), superat només pel Japó i Suïssa, segons els darrers informes publicats per l'Organització Mundial de la Salut (Organización Mundial de la Salud, 2018), i si es mantenen les tendències de salut actuals, les projeccions per a 2040 situen Espanya per davant d'aquests països, amb una esperança de vida de 85,8 anys (Institute for Health Metrics and Evaluation, s/d).

Els canvis demogràfics dels darrers anys han fet que el sistema de salut hagi d'atendre cada vegada un nombre més alt de pacients grans amb multimorbiditat i dependència funcional progressiva. El model actual d'atenció, orientat a l'atenció dels problemes de salut aguts, no dona una resposta adequada a les necessitats d'aquests pacients, per la qual cosa cal fer canvis en el model organitzatiu que s'adaptin a aquesta nova i emergent realitat (Organización Mundial de la Salud, 2002).

El Servei de Salut de les Illes Balears té el compromís de gestionar la cronicitat i la complexitat de manera eficient i amb la millor evidència disponible, a fi d'assegurar una atenció sanitària de qualitat que doni resposta a les necessitats de salut de la població en totes les etapes de la vida.

Tot i que hi ha pacients crònics complexos i avançats de totes les edats, solen ser persones d'edat avançada, que consumeixen molts recursos sanitaris i socials. L'Administració els atén d'una forma fragmentada i amb incomunicació entre els professionals sanitaris i socials que es mouen en àmbits de treball diferents. El nou model d'atenció a la cronicitat cerca un abordatge integral que impulsi la coordinació per donar una

atenció excel·lent centrada en la persona i la seva família, a fi d'aconseguir una atenció de qualitat efectiva.

Per a aquest compromís es va dissenyar una estratègia, publicada per la Conselleria de Salut l'any 2017 (Conselleria de Salut. Servei de Salut de les Illes Balears, 2017b), que inclou nou objectius estratègics amb les seves accions específiques. A continuació presentam el seguiment i l'estat actual dels cinc objectius específicament relacionats amb les persones d'edat avançada. Cal tenir en compte que el Pla d'atenció a les persones amb malalties cròniques de la Comunitat té en compte quatre objectius estratègics més, relacionats amb l'atenció primària de la salut, el desenvolupament d'un programa de pacient actiu i un programa d'atenció a nines, nins i adolescents amb malalties cròniques complexes.

1.1. Objectius estratègics

El primer objectiu ha estat identificar la població en funció del seu nivell de complexitat per donar una atenció individualitzada i integral. Classificar els pacients en els sistemes d'informació sanitaris segons el seu nivell de complexitat permet donar una atenció individualitzada, proactiva i planificada, especialment als pacients amb major dependència i fragilitat, que són els més complexos.

El Servei de Salut ha fet el primer pas en la planificació de l'atenció a la cronicitat estratificant la població per grups de morbiditat ajustats. S'ha utilitzat l'agrupador de morbiditat GMA (grups de morbiditat ajustats), eina que va impulsar el Ministeri de Sanitat l'any 2015 i que permet generar una estratificació poblacional i identificar poblacions diana. En la història d'atenció primària el professional visualitza una piràmide amb el valor d'estratificació automàtic suggerit pel GMA que, segons el color, defineix el nivell de complexitat. Aquesta eina serveix d'ajuda per a la identificació dels pacients crònics complexos i avançats, tot i que preval sempre el criteri dels professionals.

Per assolir-ho s'han duit a terme les accions següents:

- S'ha automatitzat l'estratificació de pacients amb l'agrupador GMA cada sis mesos.
- En la història clínica informatitzada d'atenció primària (e-siap) s'ha desenvolupat un sistema de marcatge dels pacients crònics amb les alarmes PCC (pacient crònic complex) i PCA (pacient crònic avançat), de forma que sigui visible per a tots els professionals sanitaris. El juny de 2019 hi ha un total de 13.380 persones identificades (un 34%, tenint en compte la població adulta esperada segons dades de la targeta sanitària).
- Les alarmes PCC i PCA s'han estès a tots els sistemes locals, de forma que poden ser consultades en qualsevol nivell assistencial.

- El professional d'atenció primària visualitza en cada història el valor d'estratificació automàtic suggerit pel GMA per identificar les necessitats de salut de les persones i poder planificar els recursos necessaris.
- Els metges i les infermeres tenen accés a l'estratificació de la seva població assignada, per dur a terme actuacions proactives, especialment amb les persones amb una major complexitat, amb l'objectiu d'evitar complicacions.
- Amb les dades de morbiditat dels grups de morbiditat ajustats es realitza el pressupost del capítol IV (farmàcia comunitària).
- Les alarmes PCC i PCA poden ser activades i modificades des de qualsevol nivell assistencial.
- Els metges i les infermeres d'atenció primària poden consultar el nombre total de pacients PCC i PCA identificats al seu contingent, a més d'algunes de les seves principals característiques (puntuacions als tests de Barthel i Pfeiffer, si el pacient està inclòs al programa d'atenció domiciliària o al d'infermera gestora de casos, etc.), amb l'objectiu de fer un seguiment actiu d'aquests pacients.
- S'ha desenvolupat un mòdul de cronicitat a la història clínica d'atenció primària que serveix de guia al professional i l'ajuda en la presa de decisions.

Implementar el projecte d'atenció al pacient crònic complex i avançat en tots els àmbits assistencials del Servei de Salut de les Illes Balears ha estat una de les següents prioritats. Seguint les recomanacions de l'estratègia nacional per a l'abordatge de la cronicitat (Ministerio de Sanidad. Servicios Sociales e igualdad, 2012), s'ha plantejat un projecte d'atenció al pacient crònic complex i avançat centrat en l'atenció primària, amb l'objectiu principal de millorar l'atenció als pacients crònics complexos i avançats, a les persones que els cuiden i a les seves famílies, mantenint-los, el màxim temps possible, a l'entorn comunitari i amb la millor qualitat de vida possible.

En aquest marc també s'ha impulsat la creació d'unitats d'hospitalització específiques als hospitals d'aguts, la creació de rutes assistencials diferenciades i una coordinació estreta d'aquestes unitats a través de la gestió de casos, amb l'objectiu d'evitar, en la mesura del possible, el deteriorament funcional i/o cognitiu dels pacients durant l'ingrés a l'hospital i que puguin tornar al seu domicili el més aviat possible i en les millors condicions d'autonomia possibles.

Tot això implica un canvi de model en la prestació dels serveis sanitaris que requereix la motivació i formació dels professionals de referència, la creació de nous rols, com el de

la infermera gestora de casos (IGC), i la potenciació dels hospitals de cures intermèdies o d'estada mitjana com a hospitals rehabilitadors que poden donar suport també a l'atenció primària i a l'hospital d'aguts.

Les accions realitzades per donar compliment a aquest objectiu són:

- Disseny del projecte d'atenció al pacient crònic complex i avançat. (Conselleria de Salut. Servei de Salut de les Illes Balears, 2017)
- Difusió del projecte a tots els àmbits amb implicació dels equips directius i professionals.
- S'ha fet formació sobre cronicitat complexa i avançada per a tots els professionals d'atenció primària de Mallorca, Menorca i Eivissa, per als serveis d'urgències d'atenció primària, 061 i els hospitals d'aguts i atenció intermèdia de Mallorca, Menorca i Eivissa (2.059 professionals formats).
- S'han creat comissions de cronicitat sectorials per avançar en el projecte de forma coordinada i transversal.
- S'ha treballat en la definició dels circuits d'atenció en tots els sectors sanitaris.
- S'ha impulsat una atenció primària resolutiva en la qual el metge de família i la infermera comunitària siguin els referents de la persona amb processos crònics, ja que són els professionals que millor coneixen el pacient i el seu entorn i perquè són els que estan més capacitats per realitzar el control i seguiment a l'àmbit comunitari.
- Es treballa perquè cada centre de salut compti amb un internista o geriatra de referència.
- Amb la implantació de la figura de la infermera gestora de casos, s'han dinamitzat i implementat tallers dirigits a persones cuidadores als centres de salut, amb l'objectiu de millorar la seva qualitat de vida.
- Creació d'unitats de crònics complexos a l'Hospital Universitari Son Espases (HUSE), a l'Hospital Son Llàtzer (HSL), a l'Hospital Comarcal d'Inca (HCIN) i a l'Hospital de Manacor (HMAN).
- Implementació de l'hospital de dia i la consulta de resolució ràpida per evitar visites a urgències o ingressos hospitalaris de pacients, en la mesura que sigui possible. Implementada a HUSE, HSL, HCIN i HMAN.

- Creació d'unitats de pacients crònics avançats a l'Hospital General i a l'Hospital Joan March establint un circuit amb atenció primària i 061 perquè el pacient, davant una descompensació, pugui ingressar i rebre una atenció adequada sense passar per urgències.
- Creació de la Unitat Ambulatoria d'Estimulació Cognitiva a l'Hospital General.
- Elaboració del projecte i posada en funcionament de l'hospital de dia avaluador i rehabilitador per als pacients amb problemes d'autonomia i/o en fases precoces de demència a l'Hospital General.
- Establiment d'un circuit directe de derivació des del domicili a les unitats de cures pal·liatives, juntament amb els hospitals d'atenció intermèdia, 061 i atenció primària.
- Implicació del 061 perquè realitzi la gestió de les rutes establides quan un pacient crònic complex o avançat es descompensi o pateixi una reagudització.
- Difusió del projecte d'atenció a pacients crònics complexos i avançats i de cures pal·liatives entre els pacients i ciutadans.
- Desenvolupament d'un quadre de comandament que permet el seguiment del projecte.
- Establiment d'una gestió col·laborativa amb els serveis socials per disminuir les estades hospitalàries innecessàries de pacients per problemes de recursos socials. S'ha treballat amb la unitat d'estada llarga concertada amb la Policlínica per promoure altes complexes amb garanties d'empara, protecció i cura dels pacients.
- Difusió del projecte de cronicitat en jornades, congressos i actes de caràcter científic i publicacions relacionades en revistes.
- S'han dut a terme reunions de continuïtat assistencial entre nivells en setze centres de salut del sector Ponent. Durant 2018 s'han iniciat també als catorze centres de salut del sector Migjorn i s'ha realitzat una primera reunió als sis centres de salut del sector Tramuntana.
- Creació d'una comissió assistencial de cronicitat en atenció primària (APCRON) amb l'objectiu principal d'aplicar de manera eficient el programa d'atenció al pacient crònic complex i avançat en el marc de l'atenció primària.

- Participació, juntament amb el gabinet tècnic del Servei de Salut, en la redacció del projecte per a l'atenció al pacient amb demència, amb definició de circuits específics i rutes per al pacient crònic complex i avançat.

El següent aspecte estratègic ha estat la implementació del projecte d'Infermera Gestora de Casos (IGC), com a garantia de coordinació i de continuïtat assistencial en tots els àmbits assistencials del Servei de Salut de les Illes Balears. Les accions realitzades al respecte són:

- Disseny del projecte de gestió de casos per assegurar la continuïtat assistencial i la coordinació eficaç. (Conselleria de Salut. Servei de Salut de les Illes Balears, 2017a)
- Difusió del projecte en tots els àmbits amb implicació dels equips directius i professionals assistencials.
- Definició del rol de la infermera gestora de casos i creació dels llocs de treball d'infermera gestora de casos en tots els àmbits assistencials. Convocatòria per a cobertura de places a tots els centres públics: hospitals i atenció primària.
- Disseny de la formació que han de rebre les IGC per desenvolupar la seva competència i el seu nou rol.
- Realització de tres edicions del curs bàsic de gestió de casos en què s'han format 76 IGC.
- Realització de dues edicions d'un curs avançat de gestió de casos en què s'han format 45 IGC.
- Millora important dels circuits, especialment en els sectors amb major formació. Generació de circuits i treball intens en els equips per millorar la captació de pacients PCC-PCA, i millora de la cobertura d'atenció domiciliària.
- Implantació de les IGC a tots els centres de salut i hospitals de les illes Balears (actualment 45 IGC).
- Coordinació entre atenció primària i hospitalària. Es mantenen reunions periòdiques sectorials amb l'equip de cronicitat, infermeres gestores de casos comunitàries i hospitalàries.
- Celebració de dues jornades de treball sobre competències d'infermeres de pràctica avançada en gestió de casos.

Es treballa també en la consecució d'una coordinació eficaç entre els serveis sanitaris i els serveis socials per tal d'assegurar una atenció integral. El Pla d'accions sanitàries a l'àmbit sociosanitari del Servei de Salut 2010-2014 (Conselleria de Salut. Servei de Salut de les Illes Balears, 2010) evidencia la necessitat de coordinació i col·laboració entre els serveis de salut i els socials. Per donar resposta al perfil de persones en situació de complexitat i dependència, amb importants necessitats sanitàries i socials, s'ha d'impulsar la cooperació multiprofessional i assegurar la continuïtat de les cures, amb la finalitat d'evitar els solapaments i les carències en l'obtenció de serveis. Per assolir aquests objectius, és fonamental compartir els sistemes d'informació.

Les persones que requereixen cures constants i professionalitzades, que no compten amb suport familiar o social per poder viure al seu domicili i que estan a l'espera d'una residència, han de rebre una resposta equitativa i coordinada.

Les accions realitzades per aconseguir aquesta coordinació són les següents:

- S'han establert canals de comunicació i projectes comuns amb la Conselleria de Serveis Socials i amb els consells de Mallorca, Menorca i Eivissa. Es duen a terme reunions periòdiques amb la Direcció General de Dependència, que han possibilitat disminuir de forma important les estades hospitalàries.
- S'ha signat el conveni entre la Conselleria de Salut i el Consell de Mallorca, que ha permès que la comarca de Llevant tenguí deu llits de convalescència. S'ha signat el conveni entre el Consell de Menorca i el Servei de Salut per dotar amb cinc llits més l'àrea de Menorca.
- Un treballador social de l'equip de cronicitat treballa conjuntament amb treballadors socials de la Direcció General de Dependència per agilitzar l'accés als recursos residencials de pacients amb grau III de dependència, a fi d'evitar ingressos a l'hospital de pacients sols pendents d'una plaça residencial o d'un recurs social.
- S'ha treballat en el projecte d'atenció als pacients amb demència associada a trastorns de conducta entre els serveis de neurologia, psiquiatria, hospitals d'atenció intermèdia i serveis socials.
- S'ha proporcionat un recurs social a pacients que estaven a l'hospital psiquiàtric fa molts d'anys i que tenien perfil per estar en una residència normalitzada, a fi de facilitar-los el millor recurs social per a ells.
- S'ha realitzat formació i difusió del projecte de cronicitat a les residències de la Bonanova i Llar dels Ancians. Es treballa per identificar durant l'any 2019 els

pacients crònics a les residències perquè puguin beneficiar-se dels processos i circuits assistencials definits al projecte.

- Es mantenen reunions entre el Servei de Salut i l'IMAS per agilitar prioritats socials.
- Per part de les treballadores socials sanitàries, constitució d'una comissió autonòmica de treball social sanitari, amb els objectius de reflexionar sobre les implicacions de la intervenció social en les persones usuàries dels serveis i centres sanitaris públics i concertats, i de promoure i consolidar la implantació d'aquesta disciplina als equips assistencials que atenen els pacients a la nostra comunitat.
- Formació d'un grup de treball per abordar les persones en exclusió social, especialment a la zona del Camp Redó.
- Reunions periòdiques amb l'IMAS Gent Gran i l'equip de dependència, a fi de compartir projectes.
- Reunions amb l'IMAS Inclusió Social per abordar els problemes de pacients especialment a Ca l'Ardiaca i Sa Placeta.
- Creació d'una comissió de treball formada per treballadores socials sanitàries i l'equip tècnic de la Direcció General de Dependència.
- S'ha establert contacte per a la creació d'una comissió de treball formada per treballadores socials sanitàries i serveis socials de l'Ajuntament de Palma.
- Es mantenen reunions periòdiques amb els centres d'estada llarga de la Policlínica i la Creu Roja.
- Elaboració del manual: *Indicadors per al diagnòstic social sanitari*, amb l'objectiu d'estructurar el punt de partida de la valoració i el diagnòstic social, consensuar la definició de situacions socials per facilitar la informació compartida amb els equips assistencials i crear un llenguatge comú en la redacció d'informes i memòries.
- Creació d'un circuit de derivació de pacients a unitats d'estada llarga, amb la finalitat de regular els requeriments que han d'acompanyar el trasllat dels pacients, facilitar la continuïtat assistencial i els processos de gestió social activats per a l'alta hospitalària.
- Elaboració d'un formulari d'informe social per part de les treballadores socials sanitàries, amb l'objectiu de determinar i estructurar la informació bàsica que ha

de constituir un informe social i de disposar d'un model únic i consensuat que ha d'utilitzar la xarxa sanitària quan es transmeti informació social.

Cal destacar com a darrer objectiu la planificació dels recursos socio-sanitaris d'atenció intermèdia al sistema de salut, tenint en compte les projeccions de població i envelliment de l'Institut Nacional d'Estadística i de l'Institut Balear d'Estadística. Per aconseguir-ho s'han desenvolupat les accions següents:

- Planificació per sectors i àrees dels recursos sanitaris d'estada mitjana i cures pal·liatives.
- Planificació d'unitats de recuperació i rehabilitació cognitiva i funcional.
- Redacció del pla funcional de l'Hospital Verge de Toro a Menorca.
- Assegurar que tots els sectors i les àrees compten amb llits d'atenció intermèdia que permetin una convalsència i rehabilitació a l'àmbit més adequat.
- Redacció el pla funcional de l'Hospital de Llevant, que dotarà amb llits d'atenció intermèdia el sector de Llevant.
- Redacció del pla funcional i adjudicació del concurs d'idees del nou Hospital Son Dureta, que disposarà d'un edifici destinat a cures especials o estada llarga amb 240 llits i un altre edifici d'atenció intermèdia amb 270 places per a convalsència i rehabilitació, una unitat de cures pal·liatives i una unitat de demència per a pacients amb trastorns de conducta.

2. Conclusions

Ens trobam davant un nou context sanitari i social i noves necessitats que transformaran els paradigmes dels darrers trenta anys. L'envelliment de la població, l'augment de la cronicitat, amb una major prevalença de malalties més complexes, el nou marc social, amb una societat més diversa i amb més recursos a l'abast, i un context permanent de crisi econòmica fan necessari el redisseny del model actual d'atenció sanitària.

Per garantir la sostenibilitat, la qualitat i la seguretat de l'atenció a les persones més complexes i fràgils, és necessari i urgent impulsar un model d'atenció integral que garanteixi una atenció multiprofessional i coordinada. Les claus per aconseguir aquest repte passen per treballar en la integració de les tecnologies i dels sistemes d'informació de manera que facilitin l'intercanvi de dades i la comunicació entre professionals;

promoure un lideratge professional que permeti incorporar les innovacions i bones pràctiques locals; l'adopció d'un paper protagonista en aquest canvi per part de l'Atenció Primària, i un lideratge polític amb visió a llarg termini i centrat en les necessitats de les persones.

Referències bibliogràfiques

Conselleria de Salut. Servei de Salut de les Illes Balears. (2010). *Pla d'accions sanitàries a l'àmbit sociosanitari del Servei de Salut*. Palma de Mallorca. Disponible a <http://www.ibsalut.es/apmallorca/ca/professionals/publicacions/adults-i-ancians/826-pla-d-accions-sanitaries-a-l-ambit-sociosanitari-del-servei-de-salut>

Conselleria de Salut. Servei de Salut de les Illes Balears. (2017a). *La infermera gestora de casos, garantia de coordinació i de continuïtat assistencial*. Palma.

Conselleria de Salut. Servei de Salut de les Illes Balears. (2017b). *Pla d'Atenció a les Persones amb Malalties Cròniques 2016-2021. El repte del sistema sanitari*. Palma.

Conselleria de Salut. Servei de Salut de les Illes Balears. (2017). *Atenció al pacient crònic complex i al pacient crònic avançat*. Palma.

Institute for Health Metrics and Evaluation. (s/d). GBD Foresight visualization. Disponible a <https://vizhub.healthdata.org/gbd-foresight/>

Instituto Nacional de Estadística. (s/d). Esperanza de vida. Disponible a www.ine.es/ss/Satellite?L=es_ES&c=INESeccion_C&cid=1259926380048&p=1254735110672&pagina=ProductosYServicios/PYSLayout

Ministerio de Sanidad. Servicios Sociales e igualdad. (2012). *Estrategia para el abordaje de la cronicidad en el Sistema Nacional de Salud*.

Organización Mundial de la Salud. (2002). *Cuidado innovador para las condiciones crónicas: agenda para el cambio: informe global*. Ginebra.

Organización Mundial de la Salud. (2018). *World Health Statistics 2018: Monitoring Health for the SDGs, Sustainable Development Goals*.

Autors

ESTEFANIA SERRATUSELL SABATER

Palma (1978). Infermera especialista en Geriatria, màster en Nutrició Humana i Qualitat dels Aliments i graduada en Economia per la UIB. Actualment forma part de l'equip tècnic del Centre Coordinador d'Atenció a la Cronicitat del Servei de Salut de les Illes Balears. Membre del grup de recerca Cures, Cronicitat i Evidències en Salut (CurES), integrat a l'Institut d'Investigació Sanitària de les Illes Balears.

GABRIEL MORAGUES SBERT

Llucmajor (1978). Metge especialista en Medicina Familiar i Comunitària del Centre de Salut de Trencadors. Tutor de residents. Postgrau d'Especialista Universitari en Direcció de Serveis Clínics i Assistencials per la UIB. Actualment, forma part de l'equip tècnic del Centre Coordinador d'Atenció a la Cronicitat del Servei de Salut de les Illes Balears.

PILAR FUSTER OBRADOR

Palma (1964). Diplomada en Treball Social (UIB). Especialista en Gestió de la Qualitat (UIB). Experta en Bioètica (Universitat Ramon Llull). Màster executiu en Administració Pública (ESADE). Treballadora social de l'Hospital General de Mallorca. Ha ocupat durant els anys d'exercici el càrrec d'adjunta a la Subdirecció d'Organització, Mètodes i Qualitat de GESMA i també el de subdirectora d'Atenció Social de GESMA. Actualment, forma part de l'equip tècnic del Centre Coordinador d'Atenció a la Cronicitat i Coordinació Sociosanitària del Servei de Salut de les Illes Balears.

FRANCESC ALBERTÍ HOMAR

Palma (1955). Llicenciat en Medicina. Especialista en Medicina Interna. Ha ocupat durant els anys d'exercici els càrrecs de cap de servei de Medicina Interna de l'Hospital General, cap de secció de Medicina Interna i director mèdic de GESMA. Diplomats per l'Escola d'Alta Direcció i Administració de Barcelona (EADA) en el Curs Superior de Formació Empresarial en l'especialitat de Gestió per a Caps de Servei. Màster en Gerontologia i Malaltia Crònica Avançada per la UIB. Diplomats en Direcció de Serveis Integrats de Salut (DSIS) per ESADE Business School. Actualment, és coordinador d'Atenció a la Cronicitat i Atenció Sociosanitària del Servei de Salut de les Illes Balears.

ANGÉLICA MIGUÉLEZ CHAMORRO

Madrid (1969). Diplomada en Infermeria per la Universitat Autònoma de Madrid. Màster en Gestió de Serveis Sanitaris i Centres de Salut, 2010-2012. Membre del Comitè Editorial d'Infermeria Clínica Elsevier. Membre del grup de recerca en cures de l'IDISBA (Cures). Directora infermera d'Atenció Primària entre 2007 i 2011. Actualment, és subdirectora d'Atenció a la Cronicitat, Coordinació Sociosanitària, Salut Mental i Malalties poc Freqüents al Servei de Salut de les Illes Balears.