



Estrategia para afrontar el reto de la cronicidad en Euskadi

Julio 2010



Osakidetza



**EUSKO JAURLARITZA
GOBIERNO VASCO**

OSASUN ETA KONSUMO
SAILA

DEPARTAMENTO DE SANIDAD
Y CONSUMO

Estrategia para afrontar el reto de la cronicidad en Euskadi

Julio 2010



“El médico y el enfermero no son los únicos expertos sobre mi cuerpo. Es mi cuerpo y yo soy el experto. Somos socios en la necesidad de cuidarlo”.

Un enfermo crónico



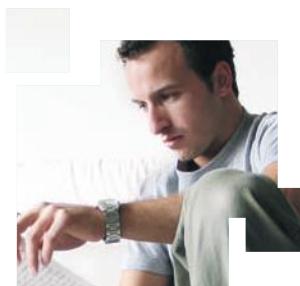
“Me gustaría tener mucha más información sobre mi condición y cómo puedo cambiar para manejar mi nueva vida.”

Un enfermo crónico



“Y ahora de vuelta al cole; con más que aprender que antes; pinchazos al mediodía, los otros me miran, mis amigos me preguntan; porqué, qué, cómo me ha cambiado la diabetes tanto y tan poco; estoy agradecida ahora a mis cuidadores y a mis amigos: mis padres y yo sabemos que ahora todo irá bien.”

Poema de una enferma crónica. (13 años)



“Cuando cuidaba a mi madre tuve que ser más humano que nunca.”

Un cuidador de un enfermo de Alzheimer



“Estos enfermos se enfrentan a los retos más importantes de sus vidas! Uno no se puede imaginar lo que representa para ellos. Lo que es verdaderamente importante es estar con ellos, ver lo que necesitan y aportar todo lo que puedes.”

Un médico

Preámbulo

Los enfermos crónicos no están en el radar del sistema de salud. Esto es así porque desde hace décadas el sistema se ha construido con una lógica de rescate, de salvar vidas y por ello está centrado en las enfermedades agudas. Ante el avance de las enfermedades crónicas es necesario complementar ese sistema con uno que razone tanto en términos de cuidar como de curar, uno que ofrezca continuidad de cuidados a lo largo de una vida, con el potencial añadido de prevenir hospitalizaciones innecesarias y reducir costes.

En las próximas dos décadas el 26% de los vascos, los baby boomers, formarán parte de los mayores de 65 años. Nuestra sociedad debe prepararse por primera vez a una situación en la que los que hoy tienen 50 años deberán cuidar a sus padres más tiempo del que han cuidado a sus hijos. Sin grandes cambios en nuestras políticas sociales y en nuestros conceptos sobre el envejecimiento, no será posible enfrentarnos a la coyuntura social actual.

Este documento propone qué hacer y cómo avanzar en esa dirección en Euskadi.

La medicina y las biociencias de las próximas décadas traerán nuevos descubrimientos. Muchas de ellas salvarán vidas y serán fundamentales para los enfermos crónicos. Sin embargo, existen otras dos grandes áreas que cambiarán la Sanidad con la misma intensidad que el progreso biomédico y que salvarán también muchas vidas y serán fundamentales para los enfermos crónicos. Se trata de los avances en tecnologías de la información y en la organización de servicios.

La Estrategia recogida en este texto da el mismo valor a estos avances que al progreso biomédico, señalando que la biociencia en si misma es insuficiente para afrontar el reto de la cronicidad en nuestras sociedades.

No se propone ninguna varita mágica, sino un progreso organizado tirando de múltiples poleas de cambio. No es suficiente modificar sólo el sistema de incentivos. Además, se requerirá invertir en tecnologías de la información, educar a los pacientes a gestionar su enfermedad, a promover una medicina mejor, basada en la evidencia e integrar los cuidados de atención primaria, hospitalaria y sociales. Es necesario mover todas estas poleas a la vez. Su activación organizada conforma una batería de herramientas necesarias para producir el cambio necesario. Se presentan aquí como intervenciones estratégicas que nos permitirán afrontar el reto más complejo e importante de las últimas décadas: organizar un sistema de salud digno para los enfermos crónicos, el reto más importante del Siglo XXI.

Por otro lado, es necesario cambiar ciertos conceptos de gestión y de liderazgo. No será posible mejorar el sistema enfocándose sólo en el rendimiento interno de las organizaciones asistenciales. La mejora de la coordinación entre ellas es aún más importante. La atención primaria, los hospitales y los servicios sociales son interdependientes. Es necesario encontrar formas más colaborativas y coordinadas entre sí. Es en esa colaboración en la que se encuentran las mejoras para los enfermos crónicos y en la que se identifican los grandes márgenes de eficiencia que permitirán lograr la sostenibilidad del sistema de salud. Para ello será necesario dejar de gestionar estructuras y aprender a gestionar sistemas integrados de salud, especialmente en el ámbito local.

Nada de esto se logrará ejerciendo el mismo tipo de liderazgo que en el pasado. La complejidad del cambio exige desarrollar en esta década un liderazgo diferente en la Sanidad. Con el fin de lograr el alineamiento necesario entre el ámbito operativo local y el corporativo, se apuesta por un liderazgo más distribuido, en el que los directivos centrales creen condiciones para fomentar la innovación organizativa de forma emergente por los profesionales de la salud y los directivos locales. Es en ese ámbito local en el que se encontrarán las principales innovaciones necesarias para los enfermos crónicos. Es en ese nivel en el que hay que activar el radar.



Rafael Bengoa

*Consejero de Sanidad y Consumo
Gobierno Vasco*



213

Contenidos

Prólogo	4
El reto y la oportunidad de la cronicidad en Euskadi	6
2.1 La cronicidad en Euskadi	7
2.2 Necesidades diferenciales del enfermo crónico	13
2.3 Modelos de referencia e intervenciones de atención a crónicos	14
2.4 Qué indica la evidencia	18
Necesidad de una estrategia en términos de sistema	22
La estrategia para Euskadi	26
4.1 Visión de Futuro	27
4.2 Políticas	30
4.3 Proyectos Estratégicos	37
Conseguir el cambio: Estrategia de implementación	60
Aceptar la Complejidad	61
De Arriba-Abajo y de Abajo-Arriba	62
Índice de cuadros y figuras	66
Cuadros	66
Figuras	67



Salvo indicaciones, esta obra se publica bajo una licencia Creative Commons (BY)
Mas información y licencia completa: <http://creativecommons.org/licenses/by/3.0/deed.es>

Fotografía: ©M. Arrazola - EJ-GV (Salvo indicación a pie de foto)

Editado por **Eusko Jaurlaritza - Gobierno Vasco** - Dpto. de Sanidad y Consumo

Dep. Legal - BI-2345-2010

Prólogo



A menudo confundimos las tácticas coyunturales a corto plazo con las estrategias a medio plazo. Hay mucho de lo primero, poco de lo segundo.

Este documento ofrece un marco de actuación para la transformación a medio plazo del Sistema Sanitario Vasco. Es independiente pero complementario a las medidas coyunturales y de gestión que se están tomando debido a la crisis económica. Mientras que las medidas coyunturales intentan reducir el gasto a corto plazo para asegurar la sostenibilidad, **el resultado final de la Estrategia de Crónicos aspira a ser una nueva forma de organizar la prestación de la atención** con impacto en todas las dimensiones del sistema (resultados de salud, satisfacción, calidad de vida de pacientes y cuidadores, y sostenibilidad). Asimismo, esta transformación estructural va más allá de la coyuntura económica actual, requiriendo un periodo de tiempo largo (al menos de 2 a 5 años) antes de mostrar un impacto sustancial en el sistema.

La población vasca ha prolongado notablemente su esperanza de vida en las últimas décadas y ha experimentado un cambio notable en los estilos de vida. Una consecuencia de este hecho es que la prevalencia de personas que padecen enfermedades crónicas va en aumento, siendo la gran mayoría de los pacientes en nuestro sistema sanitario crónicos, afectados por una o más patologías.

La respuesta a las necesidades de las personas que padecen enfermedades crónicas constituye el principal reto para el Sistema Sanitario Vasco (SSV). Estas patologías tienen un impacto múltiple: representan una importante limitación en la calidad de vida, productividad y estado funcional de las personas que las padecen; una pesada carga en términos de morbilidad y mortalidad; y un impulsor del incremento de los costes sanitarios y sociales, que compromete la sostenibilidad a medio plazo del sistema de protección.

La senda del progreso en este ámbito requiere una transformación de los marcos conceptuales vigentes que permita curar y cuidar, en sus acepciones más amplias, y que esté perfectamente articulada en el discurso de las políticas sociales y de salud de nuestro tiempo. **La persona y su entorno, su salud y necesidades pasan a ser el foco central del Sistema en detrimento de la mera atención a la enfermedad.**

La presencia de un mayor número de condiciones crónicas en una persona conlleva en líneas generales a un mayor riesgo de incapacidad y mortalidad, y dentro de las patologías crónicas las hay con un carácter notoriamente incapacitante. Esta relación estrecha entre enfermedad crónica y dependencia es determinante de cara a priorizar e identificar las políticas sanitarias y sociales más adecuadas.

Por añadidura, la cronicidad implica un reto de calidad en la atención, ya que las personas que padecen enfermedades crónicas están más expuestas a recibir cuidados subóptimos y a sufrir efectos farmacológicos adversos.

Adicionalmente, el reto de la cronicidad invita a actuar de forma proactiva sobre los determinantes de la salud que inciden en su aparición. De ahí la importancia de anticiparse creando **un marco de actuación que minore su aparición y progresión a través de actuaciones de promoción y prevención.**

En resumen, la cronicidad es un fenómeno que plantea un reto global que requiere una respuesta sistémica. Más allá de enfermedades concretas o colectivos específicos, se debe contemplar desde los condicionantes estructurales y los estilos de vida que inciden en la progresión de las patologías hasta las necesidades sociosanitarias del enfermo crónico y sus cuidadores: desde las etapas iniciales hasta la atención de la fase final de la vida pasando por la atención, convalecencia y rehabilitación.

Esta Estrategia persigue mejorar la salud y el bienestar de los colectivos afectados por enfermedades crónicas, así como reducir la incidencia y el impacto de las mismas.

El reto y la oportunidad de la cronicidad en Euskadi



2.1 LA CRONICIDAD EN EUSKADI

La prevalencia de enfermedades crónicas por grupos de edad aumenta, en todos los casos, de manera considerable a partir de los 65 años, siendo este incremento más acusado en la diabetes y en las patologías osteoarticulares.

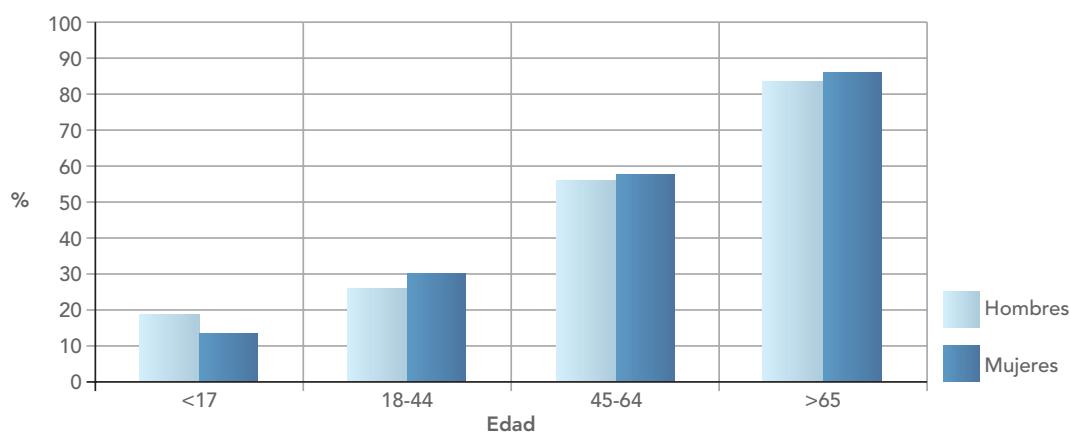
Asimismo, en la mayoría de las patologías se observa un aumento de la prevalencia a partir de los 85 años de edad, especialmente en el caso de las demencias neurodegenerativas.

Comparando los datos más recientes de prevalencia (ESCAV'07) con las cifras de prevalencia de problemas crónicos de las Encuestas de Salud 1997 y 2002 de Euskadi, se observa que el porcentaje de enfermos crónicos crece en los grupos de edad mayores de 45 años, lo que es especialmente preocupante en el actual contexto de envejecimiento de la población, y por tanto, de esperable aumento en los grupos de más edad en los próximos años.

Según la Encuesta de Salud de Euskadi llevada a cabo en 2007 (ESCAV'07) el 41,5% de los hombres y el 46,3% de las mujeres declararon padecer al menos un problema crónico de salud. Tal y como muestra la Figura 1, la prevalencia de problemas crónicos fue mayor en las mujeres que en los hombres (salvo en los menores de 17 años) y aumentaba con la edad.

Figura 1

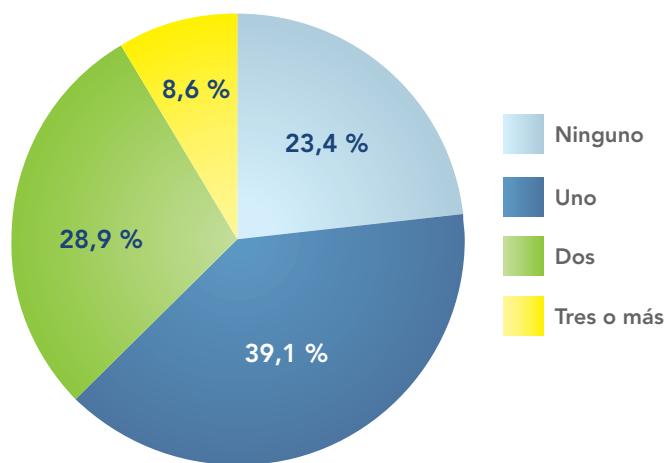
Prevalencia(%) de problemas crónicos por edad y sexo



Fuente: Elaboración a partir de ESCAV 2007

Asimismo, entre las personas de edad avanzada (mayores de 65 años) es común encontrar individuos con múltiples patologías crónicas. Este tipo de pacientes corren un riesgo mayor de sufrir algún tipo de discapacidad y de mortalidad.

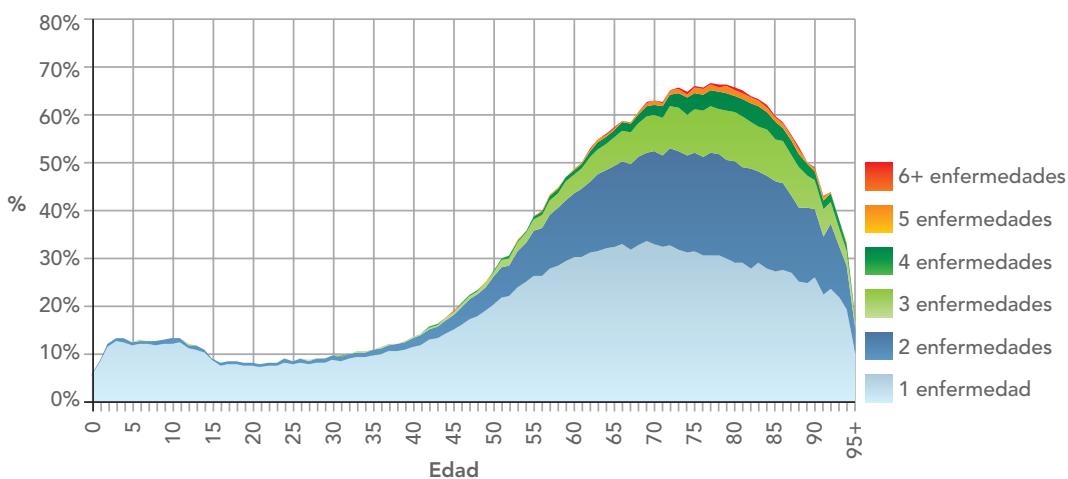
Figura 2

Distribución de la población mayor de 65 años según el número de problemas crónicos

Fuente: Elaboración a partir de ESCAV 2007

De hecho, los datos clínicos permiten obtener una visión clara de la evolución del número de condiciones crónicas en función de la edad de los pacientes, como muestra la figura 3.

Figura 3

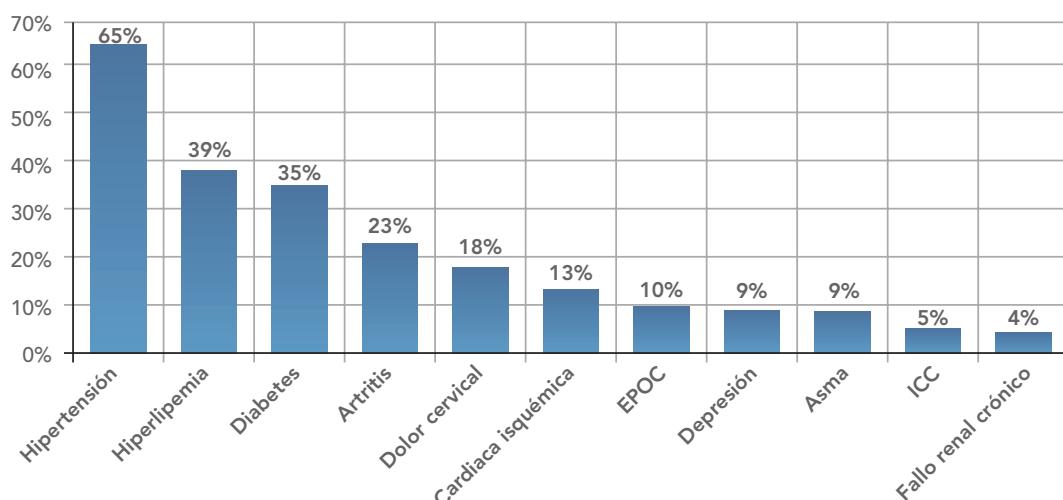
Distribución de pacientes según el número de enfermedades crónicas en función de la edad

Fuente: Osabide 2007

Esta multimorbilidad presenta algunas condiciones especialmente representativas, si bien se compone de un amplio espectro de enfermedades crónicas combinadas de modos diversos.

Figura 4

Principales condiciones clínicas que se dan en enfermos con multimorbilidad (3+ enfermedades crónicas) según diagnóstico de atención primaria

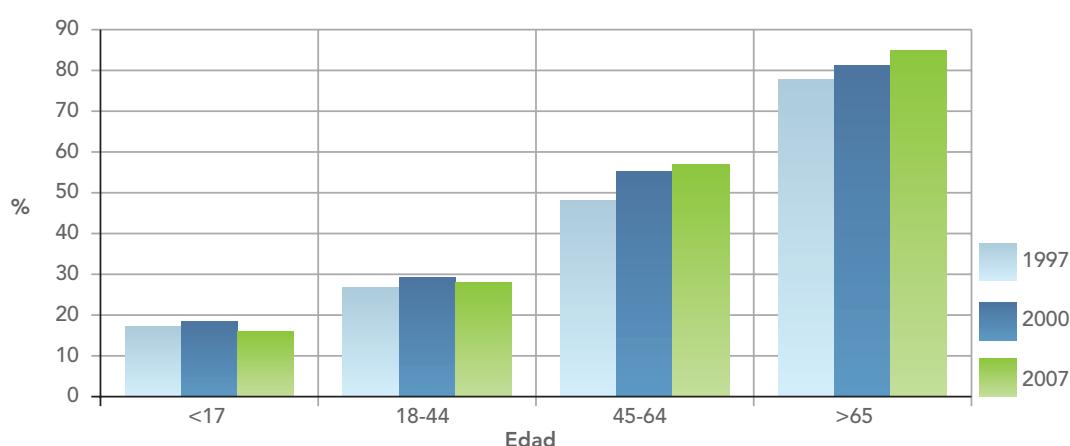


Fuente: Osabide 2007

De la comparación de los datos más recientes de prevalencia de condiciones crónicas (ESCAV'07) con las cifras de las Encuestas de Salud de 1997 y 2002, se observa que el porcentaje de enfermos crónicos va en aumento, sobre todo en los tramos de mayor edad (Figura 5). Por ejemplo, en el caso de los individuos entre 45 y 64 años en 2007, en comparación con la cifra de 1997, hubo cerca de 90.000 personas más que refirieron algún tipo de dolencia crónica.

Figura 5

Evolución del porcentaje de personas con problemas crónicos entre 1997 y 2007 en función de la edad



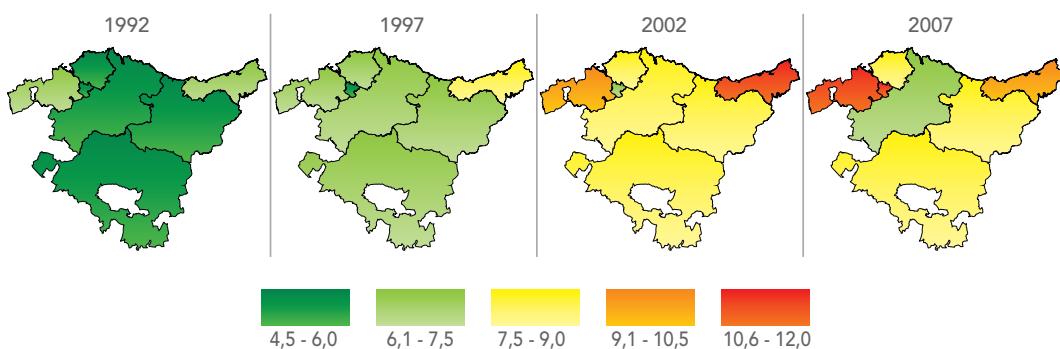
Fuente: Elaboración a partir de ESCAV 2007

De hecho, un análisis retrospectivo de algunas enfermedades muestra que la prevalencia de las mismas está creciendo a un ritmo acelerado.

Figura 6: Evolución de la prevalencia de diabetes y enfermedad cardiovascular en Euskadi

En 15 años la prevalencia de la cronicidad en Euskadi ha aumentado de forma notable en todo el territorio

Porcentaje



Fuente: ESCAV 1992, 1997, 2002, 2007

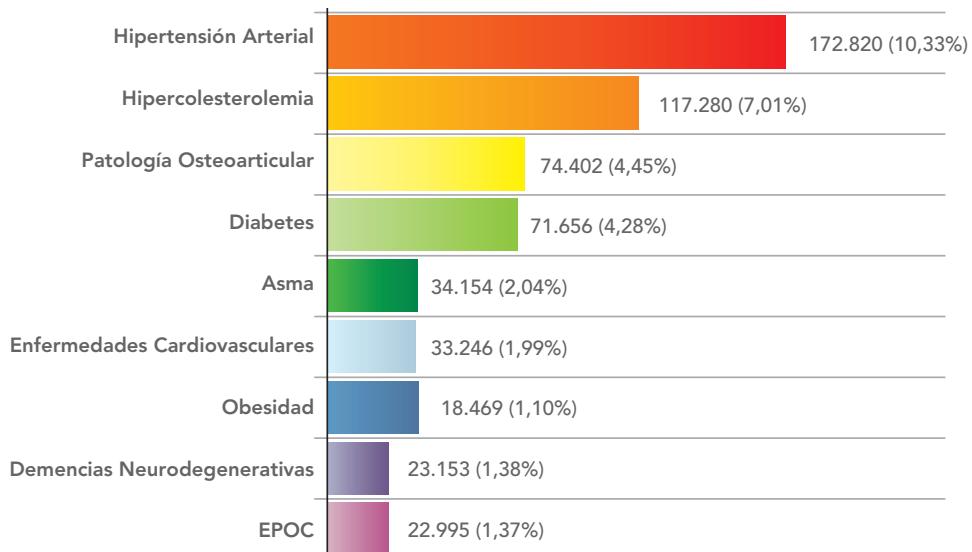
Para describir de manera más detallada la cronicidad de la población vasca se ha seleccionado una serie de enfermedades de acuerdo a los siguientes criterios:

- Las principales enfermedades crónicas diagnosticadas (las neoplasias no se han incluido, dadas sus peculiaridades).
- Las principales causas de mortalidad.

La siguiente figura detalla el número pacientes crónicos mayores de 18 años con cada una de estas afecciones, así como su prevalencia en base a diagnósticos de Atención Primaria. Se observa que las patologías osteoarticulares y la diabetes son las enfermedades más frecuentes en la población vasca.

Figura 7

Número y prevalencia de pacientes mayores de 18 años con patologías crónicas (y factores de riesgo) relevantes

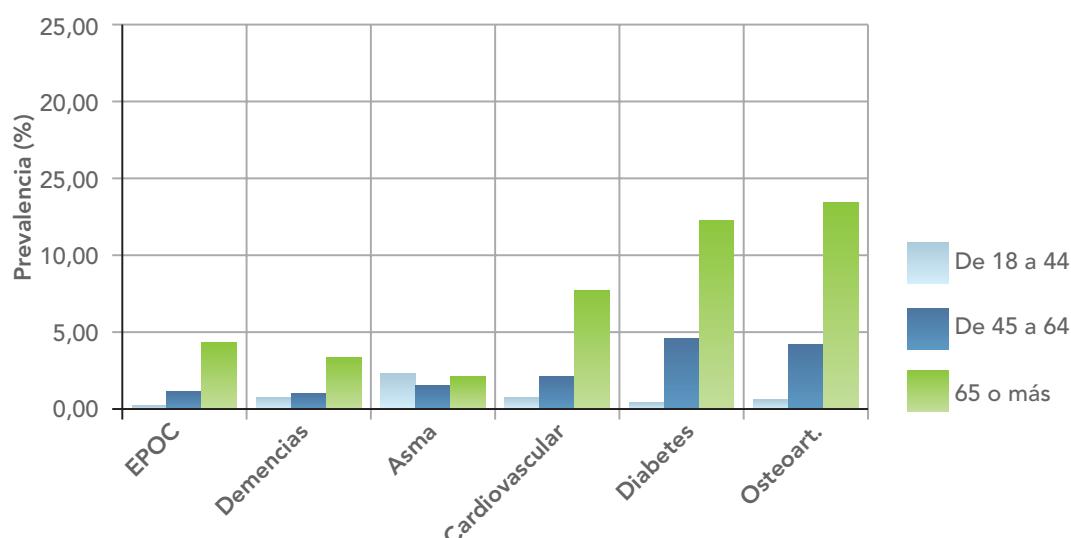


Fuente: Estimación a partir del registro de Osabide

Un análisis más detallado sobre la distribución por edad de estas patologías crónicas apunta a que la prevalencia aumenta, en casi todos los casos, de manera considerable a partir de los 65 años, siendo este incremento especialmente acusado en las patologías osteoarticulares ($>13\%$) y en la diabetes, que llega a una prevalencia superior al 12%. Las demencias neurodegenerativas tienen una presencia destacable a partir de los 85 años.

Figura 8

Prevalencia de las patologías destacadas por grupos de edad (en base a diagnósticos de Atención Primaria)



Fuente: Elaboración propia a partir de Osabide



El estudio elaborado por el Departamento de Sanidad en el año 2008 “El impacto de las diferentes enfermedades en la salud de la CAPV” revela que, entre las enfermedades seleccionadas, las de mayor influencia en la mortalidad de los hombres fueron las enfermedades cardiovasculares y la EPOC, causantes del 16,4% y el 6,0% de las muertes respectivamente. En el caso de las mujeres, también fueron las enfermedades cardiovasculares las que causaron mayor número de defunciones (17,3%), mientras que la diabetes se posiciona en segundo lugar (3,0%).

Por otro lado, a pesar de no tener tanta incidencia en la mortalidad, las patologías osteoarticulares tienen un peso muy relevante en cuanto a discapacidad se refiere. El estudio estimó que el 26,6% de los discapacitados varones lo fueron a causa de las mismas. En la población de mujeres la presencia de estas dolencias en la discapacidad fue mayor, con una prevalencia entre las discapacitadas del 45%.

Esta situación de prevalencia y evolución de las patologías crónicas no es un fenómeno limitado a Euskadi, sino que se está produciendo también a nivel del estado español, esperándose según los datos de prevalencia del PatientBase de Decision Resources un crecimiento anual de aproximadamente un 1,2% en el número de diabéticos tipo II entre la población española mayor de 20 años, llegando a afectar a un 7,7% de dicha población en el año 2016. Este crecimiento en la prevalencia también afecta en mayor o menor medida a gran parte de las regiones a nivel mundial, siendo además una tendencia que se prevé que continúe desarrollándose, agudizando aún más una situación epidemiológica ya de por si grave.

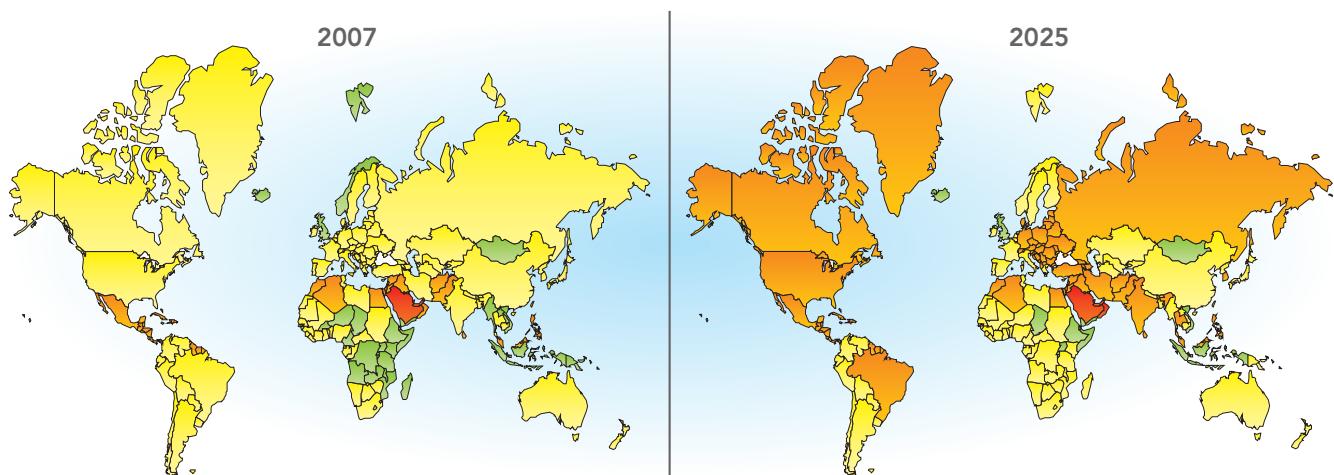
Figura 9: Ilustración de la evolución prevista de la enfermedad crónica a nivel mundial – Ejemplo Diabetes

A nivel mundial las enfermedades crónicas tienen las características de una pandemia en expansión.

Previsión de la evolución de la diabetes a nivel mundial

Porcentaje de población entre 20 y 79 años afectada por la diabetes(1)

<4 4 a <8 8 a 14 >14



(1) Estimaciones de prevalencia de diabetes para personas entre 20 y 79 años, ajustadas a la población mundial

Fuente: International Diabetes Federation: Diabetes Atlas

2.2 NECESIDADES DIFERENCIALES DEL ENFERMO CRÓNICO

Aunque la enfermedad crónica no comprende una lista de patologías definidas de manera estándar, sí presenta una serie de factores diferenciales: es de larga duración, de progresión lenta y continua, disminuye la calidad de vida de los enfermos afectados y frecuentemente presenta un nivel significativo de comorbilidad. Además, es motivo de muerte prematura y causa efectos económicos importantes en las familias y en la sociedad en general.

Para los análisis y el planteamiento recogidos en este documento se ha utilizado la lista y características descritas a continuación.

Cuadro 1: Listado no exhaustivo de enfermedades crónicas y características de las mismas

Las enfermedades crónicas están muy extendidas y tienen unas características comunes

Posibles enfermedades consideradas crónicas

- Diabetes mellitus
- Enfermedades cardiovasculares (cardiopatía esquémica, insuficiencia cardíaca, enfermedad cerebro vascular)
- Enfermedades respiratorias crónicas (EPOC, asma)
- Enfermedades osteoarticulares (artritis reumatoide y artrosis severa)
- Enfermedades neurológicas (epilepsia, enfermedad de parkinson, esclerosis múltiple)
- Enfermedades mentales (demencia, psicosis, depresión)
- VIH/AIDS
- Enfermedades digestivas (cirrosis y hepatomatías crónicas, colitis ulcerosa, enfermedad de Crohn)
- Enfermedades renales crónicas
- ...

Características comunes

- 1 Tienen causas múltiples y complejas
- 2 Normalmente tienen una **aparición gradual**, aunque pueden presentarse repentinamente y presentar estados agudos
- 3 Emergen a lo largo del **ciclo de la vida**, aunque son **más prevalentes** en las edades más avanzadas
- 4 Pueden **comprometer la calidad de vida** a través de las limitaciones funcionales y la discapacidad
- 5 Son de **larga duración y persistentes** y derivan en un deterioro gradual de la salud
- 6 Requieren **cuidados y atención médica de larga duración**
- 7 A pesar de **no ser la amenaza más inmediata para la vida**, son la **causa más común de mortalidad prematura**
- 8 En algunos casos se limitan a las **enfermedades no contagiosas**, si bien, más recientemente se han incluido enfermedades como el sida o la tuberculosis
- 9 Afortunadamente, un **número significativo** de éstas pueden ser **prevenidas o incluso puede retrasarse su aparición**, mientras que en otras, dado el conocimiento actual, su **progresión puede ser ralentizada** y sus complicaciones asociadas reducidas
- 10 La **distribución de las condiciones y de las causas** que favorecen el desarrollo de estas enfermedades a través de la población **no es uniforme**, siendo **los sectores más desfavorecidos** los que presentan una mayor frecuencia. La creciente **acumulación de factores de riesgo** en estos grupos desfavorecidos continuará aumentando la brecha en los resultados en salud

Fuente: Servicios de Estudios e Investigación Sanitaria del Departamento de Sanidad y Consumo del Gobierno Vasco

Más allá de la enfermedad o combinación de enfermedades crónicas específicas, el foco de estas diferencias es el fenómeno de la cronicidad y los factores que intervienen desde su génesis, su tratamiento preventivo, curativo, paliativo y rehabilitador, hasta su desenlace final, con el paciente crónico en el centro. Este constructo social evolutivo que denominamos cronicidad engloba pacientes con patologías y necesidades heterogéneas y de diversos

niveles. En este sentido, el enfoque de este documento es global y no se centra en patologías específicas.

Independientemente de la enfermedad concreta, los factores más importantes en las intervenciones en procesos crónicos son diferentes de aquellos en intervenciones con enfermos agudos.

1. Requieren un diagnóstico sobre el individuo en su conjunto incluyendo su situación social y su función frente a un diagnóstico tradicionalmente centrado en la enfermedad y los síntomas agudos.
2. Tienen mayor importancia las intervenciones proactivas, preventivas (primaria y secundaria) y rehabilitatorias frente a un enfoque típicamente curativo en la enfermedad aguda.
3. El paciente y el cuidador juegan un rol mucho más importante en el éxito de la intervención con necesidad de adherencia en períodos largos y cambios de estilos de vida frente a un rol tradicionalmente pasivo en el que reciben cuidados.
4. Necesitan una atención coordinada con “visión individuo” de todos los niveles de atención (primaria, especializada, media estancia, salud mental, emergencias, servicios sociales, salud laboral, etc.) a lo largo del continuo de la enfermedad frente a una actuación rápida y especializada de un número limitado de departamentos concretos.
5. Cobran mayor importancia las necesidades y prioridades de cada paciente (médicas pero también emocionales, sociales, materiales, e incluso espirituales) dado que en muchas ocasiones son intervenciones continuas durante el resto de la vida del individuo frente a una intervención puntual con un impacto limitado sobre la calidad de vida a medio plazo del individuo.

Estas diferencias en el enfoque de las intervenciones hacen que el fenómeno de la cronicidad requiera un modelo de atención diferente al típicamente utilizado para agudos.

2.3 MODELOS DE REFERENCIA E INTERVENCIONES DE ATENCIÓN A CRÓNICOS

En la actualidad se cuenta ya con una base amplia de modelos teóricos muy desarrollada a nivel global. Adicionalmente en los últimos años se han identificado intervenciones concretas sobre cuya eficacia existe evidencia y que se han desarrollado en algunos sistemas de salud en el mundo. En concreto, en este apartado se han incluido los principales modelos de referencia internacionales (CCM, ICCC, Pirámide de Kaiser, Pirámide del King's Fund) y algunos ejemplos de intervenciones con evidencia científica.

Probablemente el principal modelo de referencia internacional en la atención a crónicos es el **“Modelo de Atención a Crónicos”** (The Chronic Care Model CCM) desarrollado por Ed Wagner y por colaboradores del MacColl Institute for Healthcare Innovation de Seattle, en EE.UU.

En este modelo, la atención a crónicos discurre en tres planos que se superponen: 1) la **comunidad** con sus políticas y múltiples recursos públicos y privados 2) el **sistema sanitario** con sus organizaciones proveedoras y esquemas de aseguramiento; y 3) la interacción con el **paciente** en la práctica clínica.

Cuadro 2

Adaptación del modelo de Atención a Crónicos a Euskadi



Fuente: Desarrollado por Ed Wagner y colaboradores del MacColl Institute for Healthcare Innovation. Adaptado por O+Berri, Instituto Vasco de Innovación Sanitaria

Este marco identifica seis elementos esenciales que interactúan entre sí y que son clave para el logro de una óptima atención a pacientes crónicos. Se trata de:

- La organización del sistema de atención sanitaria.
- El estrechamiento de relaciones con la comunidad.
- El apoyo y soporte al autocuidado.
- El diseño del sistema asistencial.
- El apoyo en la toma de decisiones.
- El desarrollo de sistemas de información clínica.

El fin último del modelo es que el encuentro clínico lo protagonicen pacientes activos e informados y un equipo de profesionales proactivos con las capacidades y habilidades necesarias, en pos de una atención de alta calidad, elevada satisfacción y mejora de resultados.

Dentro de las adaptaciones del CCM destaca el modelo propuesto por la OMS, denominado **“Modelo de Atención Innovadora a Condiciones Crónicas”** The Innovative Care for Chronic Conditions Framework (ICCC).

Cuadro 3

El Modelo de Atención Innovadora a Condiciones Crónicas (ICCC)



Fuente: OMS

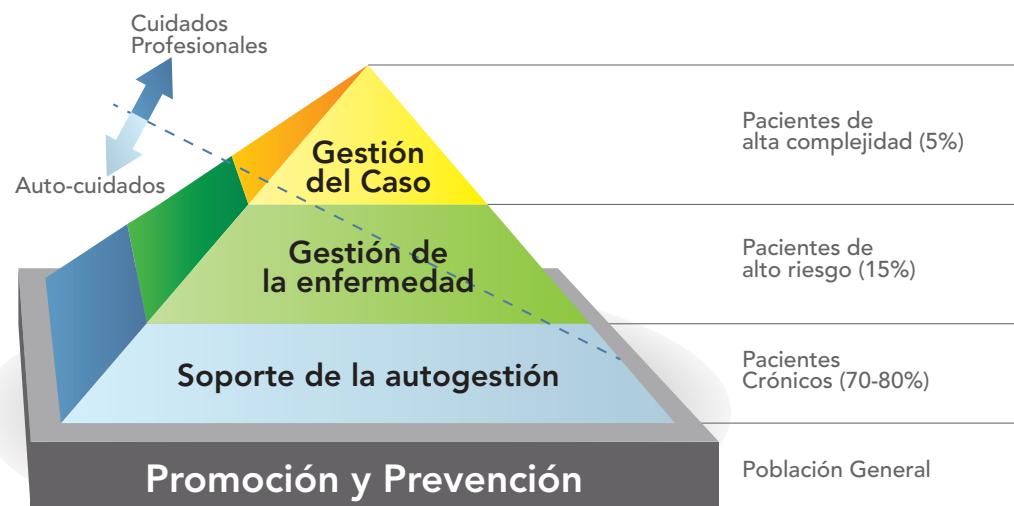
Este modelo añade al CCM una óptica de políticas de salud, cuyas principales ideas son:

- La toma de decisiones basada en la evidencia
- El enfoque de salud poblacional
- El foco en prevención
- El énfasis en la calidad de la atención y en la calidad sistémica
- La flexibilidad/adaptabilidad
- La integración, como núcleo duro y fractal del modelo

Más allá de los modelos de sistema como el CCM y el ICCC, el otro tipo más utilizado es el que hace referencia a los modelos poblacionales, cuyo foco es la población en su conjunto y sus necesidades en lugar del sistema. Entre ellos destaca la **"Pirámide de Kaiser"**, que identifica tres niveles de intervención según el nivel de complejidad del paciente crónico. En interpretaciones posteriores al modelo Kaiser se ha incluido la vertiente poblacional de promoción y prevención. La principal idea que introduce la pirámide de Kaiser es una segmentación o estratificación de la población según sus necesidades:

- En los pacientes de mayor complejidad con frecuente comorbilidad se hace necesaria una gestión integral del caso en su conjunto, con cuidados fundamentalmente profesionales.
- Los pacientes de alto riesgo pero de menor complejidad en lo que respecta a su comorbilidad reciben una gestión de la enfermedad que combina autogestión y cuidados profesionales.
- La mayoría de pacientes crónicos con condiciones todavía en estadios incipientes reciben apoyo para su autogestión.
- Finalmente, la población general es foco de intervenciones de prevención y promoción que tratan de controlar los factores de riesgo que puedan llevar a los individuos a la enfermedad crónica.

Cuadro 4

Pirámide de Kaiser ampliada

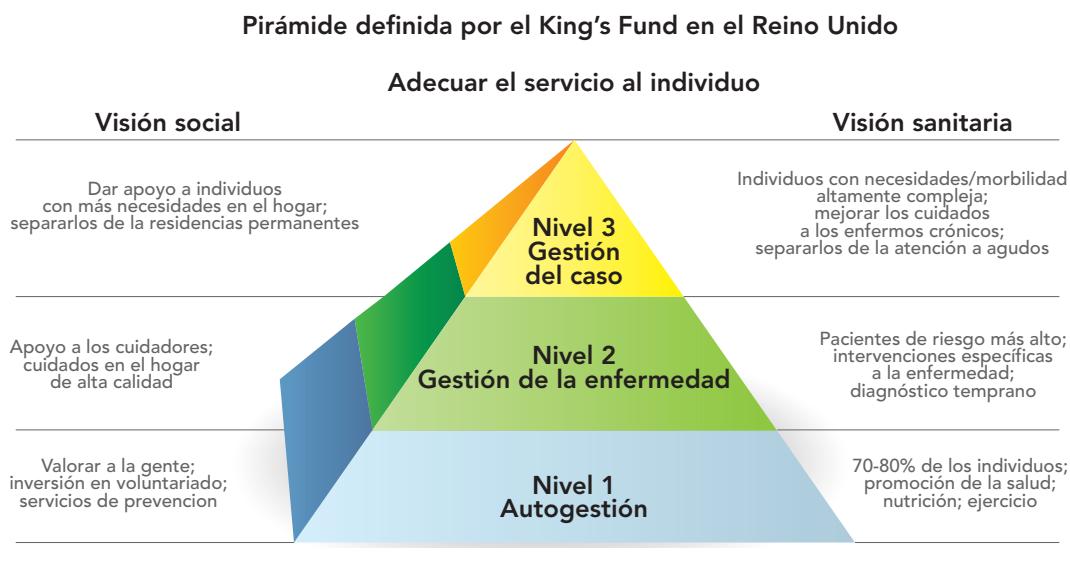
Fuente: Kaiser Permanente. Adaptado

Una de las adaptaciones más interesantes de la pirámide de Kaiser que se ha puesto en marcha es la pirámide definida en el King's Fund en el Reino Unido. En esta adaptación destaca la combinación de la visión sanitaria y la social como dos partes integradas de la atención que requiere un individuo.



Cuadro 5

Pirámide definida por el King's Fund en el Reino unido



Fuente: King's Fund (C. Ham)

2.4 ¿QUÉ INDICA LA EVIDENCIA ?

Más allá de marcos conceptuales de actuación, los últimos años han dejado también **intervenciones** que han demostrado evidencia científica de su efectividad, mostrando la posibilidad de mejorar los resultados en distintos niveles (resultados de salud, satisfacción y calidad de vida de pacientes y cuidadores, sostenibilidad) a través del cambio en la manera de gestionar a los enfermos crónicos. Sin embargo, en su mayor parte, estas intervenciones se han implementado en sistemas de salud concretos y su extensión y adopción por otros sistemas ha sido limitada y difícil. Esto subraya la complejidad asociada a la implementación de estas intervenciones y el cambio sistémico a nivel de modelo que requieren.

Dentro de estas intervenciones un número importante ha demostrado mejoras en la satisfacción de los pacientes y cuidadores (p. ej. coordinación de cuidados, gestión de casos, telemedicina), mientras que en los resultados de salud y mejoras de eficiencias hay menos ejemplos específicos con evidencia clara (p. ej. enfermería del caso – Boyd/Boult). Sin embargo, los sistemas que más claramente han apostado por este tipo de modelos (p. ej. Kaiser Permanente en EEUU, Jonkoping, en Suecia, diversas regiones en Inglaterra, Canadá, Nueva Zelanda y Escocia) en general muestran mejores resultados de salud que instituciones comparables con un nivel de eficiencia superior.

Para la elaboración de esta Estrategia para Afrontar el Reto de la Cronicidad en Euskadi se ha contado con:

- La referencia de los modelos expuestos, así como las intervenciones que han demostrado evidencia de su efectividad.
- La colaboración de los centros de excelencia internacionales mencionados más arriba, muchos de los cuales acudieron al Congreso Internacional organizado en Bilbao (2-3 Junio 2010) con el fin de contrastar sus experiencias con la propuesta estratégica diseñada para nuestro contexto.

- El análisis exhaustivo nacional e internacional de la evidencia en la gestión de las enfermedades crónicas.

Recogemos a continuación un resumen de las conclusiones más importantes de estos análisis¹. La evidencia a favor de los cambios indicados en esta Estrategia es creciente, indicando que hay numerosas oportunidades para el Sistema Vasco de Salud.

Las inversiones en esta línea de actuación en general indican que serán beneficiosas para los pacientes, costo-efectivas, reducirán los ingresos hospitalarios, mejorarán la eficiencia y reducirán la mortalidad.

La relación con la sostenibilidad del Sistema de Salud

La noción básica resultante de estos estudios en términos de eficiencia es la siguiente:

- Es necesario organizar un sistema que sepa gestionar la comorbilidad y no la gestión de una enfermedad a la vez, (el 35 % de las personas con más de 80 años tienen dos o más enfermedades crónicas).
- Las ganancias potenciales más significativas resultan de la prevención de ingresos innecesarios de pacientes complejos en el sistema hospitalario.
- Las experiencias que activan únicamente una intervención (ej. control telemático a domicilio o formación a pacientes para la auto-gestión) puede que no consigan el impacto de eficiencia esperado. Para obtener mejoras de eficiencia, es necesario intervenir de forma sistemática sobre múltiples poleas de cambio, usando de forma integrada los modelos arriba descritos.
- Los resultados económicos se darán a medio plazo.
- Es conveniente “apuntar” las intervenciones de gestión de pacientes crónicos de acuerdo a predicciones de alta utilización (ej. hospitalización reciente, uso frecuente de urgencias, ciertos indicadores clínicos). Al actuar de esta manera, se mejoran sustancialmente las oportunidades para el ahorro.
- La planificación individualizada previa al alta y el consejo por parte de equipos multidisciplinares garantiza ahorros sustanciales en re-ingresos evitables, incluso en la ausencia de otras intervenciones.
- Cuando las poblaciones de pacientes están especialmente identificadas y estratificadas, las intervenciones presenciales que combinan educación con los cuidados incluyen un contacto con el especialista de atención primaria u hospitalario, así como una monitorización electrónica con seguimiento. Como resultado, la reducción en utilización y gasto tiende a ser positiva.
- La educación intensiva e individualizada es más efectiva con pacientes diabéticos no ancianos y con pacientes asmáticos en combinación con el tratamiento.
- Las intervenciones basadas en la educación oportunista en el momento de la interacción clínico-paciente tienden a ser menos eficaces en contraste con las intervenciones de alta intensidad educativa orientadas a la auto-gestión de los pacientes.
- Las intervenciones para la gestión de la insuficiencia cardiaca congestiva y para las personas mayores con condiciones múltiples proveen el terreno más fértil para obtener mejoras de salud y ahorros económicos relevantes.
- Los estudios confirman un fuerte retorno sobre la inversión en la enfermedad cardiaca congestiva, asma, y con pacientes con pluripatologías. El ahorro principal estaría en la reducción de ingresos e reingresos y costes por día.
- En los pacientes asmáticos el ahorro es sustancial en base a la menor utilización de urgencias.

¹ Chronic Disease Management: Evidence of Predictable Savings; J. Meyer and B. Markham. 2008

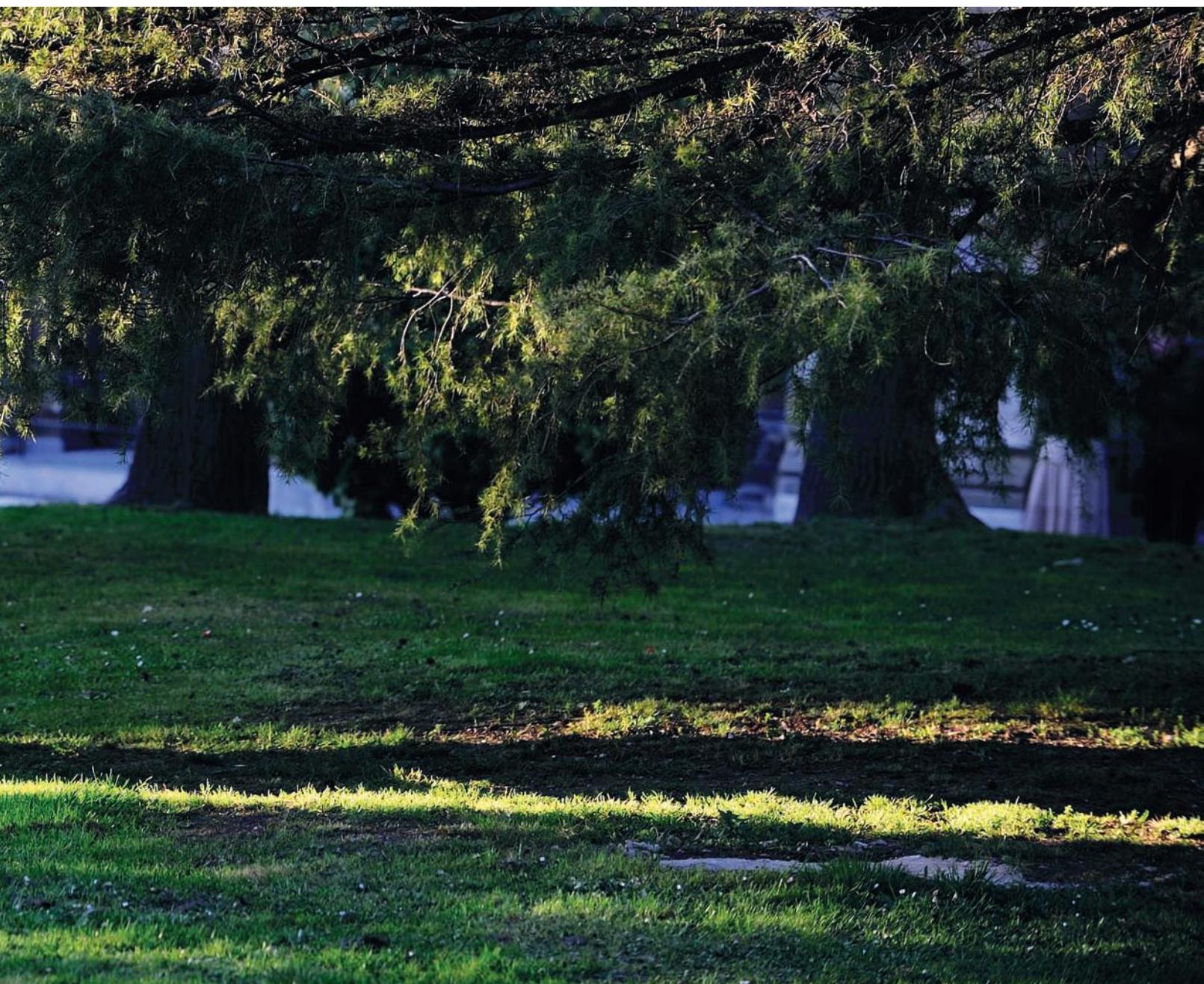
- Entre los pacientes crónicos gestionados de forma más intensa e individualizada, el descenso en ingresos hospitalarios fue del 21% al 48 %; concretamente en asma el descenso fue del 11% al 60 %. En diabetes los valores de HbA1C cayeron un 1% y las hospitalizaciones entre un 9% y el 43%. Entre los pacientes mayores con múltiples patologías la reducción en hospitalizaciones fue del 9% al 44 %.

Aunque la evidencia sobre el impacto de la gestión de cuidados crónicos es heterogénea y las generalizaciones deben de ser cuidadosamente calibradas, el análisis global indica que se podrían conseguir ahorros importantes y de una manera predecible.

Estos datos confirman el interés creciente de esta línea de trabajo para la SOSTENIBILIDAD del Sistema Vasco de Salud.

Sobre estas nociones por tanto se diseña la nueva Estrategia para el Servicio Vasco de Salud.





Necesidad de una estrategia en términos de sistema



Tal y como se ha comentado en el apartado anterior, en Euskadi, al igual que en los países de renta alta, las enfermedades crónicas representan el patrón epidemiológico dominante. Se estima que actualmente suponen el 80% de las interacciones con el Sistema Sanitario vasco y consumen más del 77% del gasto sanitario. Sin embargo, el modelo de atención actual es de carácter principalmente reactivo, en el que los pacientes tienen una relación episódica con el sistema sanitario. De hecho, el Sistema actual está pensado y estructurado en base a un patrón epidemiológico centrado mayoritariamente en intervenciones agudas que no se corresponde con las necesidades de hoy en día. Adicionalmente, falta una integración del sistema sanitario con los recursos sociales asociados a la salud, que como se ha visto, tienen una importancia sustancial para los enfermos crónicos.

Cuadro 6: Carácter reactivo del sistema actual

El sistema sanitario sigue siendo mayoritariamente reactivo



Fuente: Elaboración propia

La tendencia estructural hacia una relevancia cada vez aún mayor de los enfermos crónicos hace que sea indispensable dar respuesta a sus necesidades, tanto desde un punto de vista de resultados de salud, como para garantizar la sostenibilidad del sistema en un entorno con mayor presión sobre los costes.

En base a todo lo comentado anteriormente (reto epidemiológico, necesidades de los enfermos crónicos, evidencia internacional...), se ha planteado la elaboración de esta Estrategia para adecuar el Sistema Sanitario Vasco a las demandas actuales y futuras en la prevención y atención y cuidado de enfermedades crónicas. Es importante destacar que esta estrategia no conlleva una renuncia a la excelencia en la gestión de agudos, sino que complementa el esquema actual con la capacidad de dar una respuesta adecuada también a las necesidades de los enfermos crónicos:

1. El reto de la cronicidad va más allá de la enfermedad y del síntoma, por lo que la estrategia necesita añadir una visión integral del individuo: no sólo de su situación biomédica completa sino también de su situación social y funcional.

2. El abordaje de la cronicidad también implica superar los esquemas tradicionales de curación de episodios. Requiere tratar de minorar la aparición y efectos adversos de la enfermedad crónica desde planteamientos de salud poblacional en los que la promoción y la prevención se configuran como elementos clave.
3. El paciente y su cuidador no pueden ser un elemento pasivo en esta estrategia. Deben tener un rol central que requiera su formación y responsabilización más allá de su rol tradicionalmente pasivo.
4. La cronicidad requiere una visión holística del paciente y un enfoque integrador y coordinador tanto dentro del sistema sanitario (primaria, especializada, media estancia, salud mental, emergencias) como más allá del mismo con las Instituciones, Departamentos, Programas y dispositivos disponibles directamente relacionados con la cronicidad (asistencia social, deporte, salud laboral).
5. Finalmente, la cronicidad exige ampliar el abanico de intervenciones disponibles y ajustarlas a las necesidades y prioridades de los pacientes en cada una de las fases de su enfermedad (desde la aparición hasta el final de la vida, pasando por la convalecencia y la rehabilitación).

Este nuevo planteamiento estratégico se apoya en las tendencias internacionales y en la creciente evidencia de la efectividad de las intervenciones y modelos comentados en la sección anterior, más acordes con las necesidades de los pacientes crónicos.

En definitiva, la Estrategia se presenta como una oportunidad para un cambio de paradigma en el que los agentes implicados participan en el establecimiento del marco de actuación para una gestión integral de la cronicidad desde la perspectiva poblacional, construyéndolo sobre las capacidades que el sistema ya tiene a día de hoy. El siguiente cuadro muestra una serie de elementos emergentes que complementan el modelo existente en aras a conseguir dicho cambio de paradigma.

Cuadro 7

Hacia un nuevo Modelo para el Sistema Sanitario Vasco

	Elementos Actuales	Elementos Emergentes
Accesibilidad	Presencial	A distancia
Producto	Servicios Sanitarios	Valor Salud
Arquitectura	Proveedor-Céntrica	Ciudadano-céntrica
Calidad	De servicio y de Gestión	Sistémica
Modelo de Atención	<ul style="list-style-type: none"> • Episódico • Reactivo • Hospitalocéntrico 	<ul style="list-style-type: none"> • Continuo y coordinado • Proactivo • Integrado
Propuesta de valor	<ul style="list-style-type: none"> • Accesibilidad • Centrado en la Atención 	<ul style="list-style-type: none"> • Salud • Prevención, curación, cuidado y rehabilitación

Fuente: Osaberry



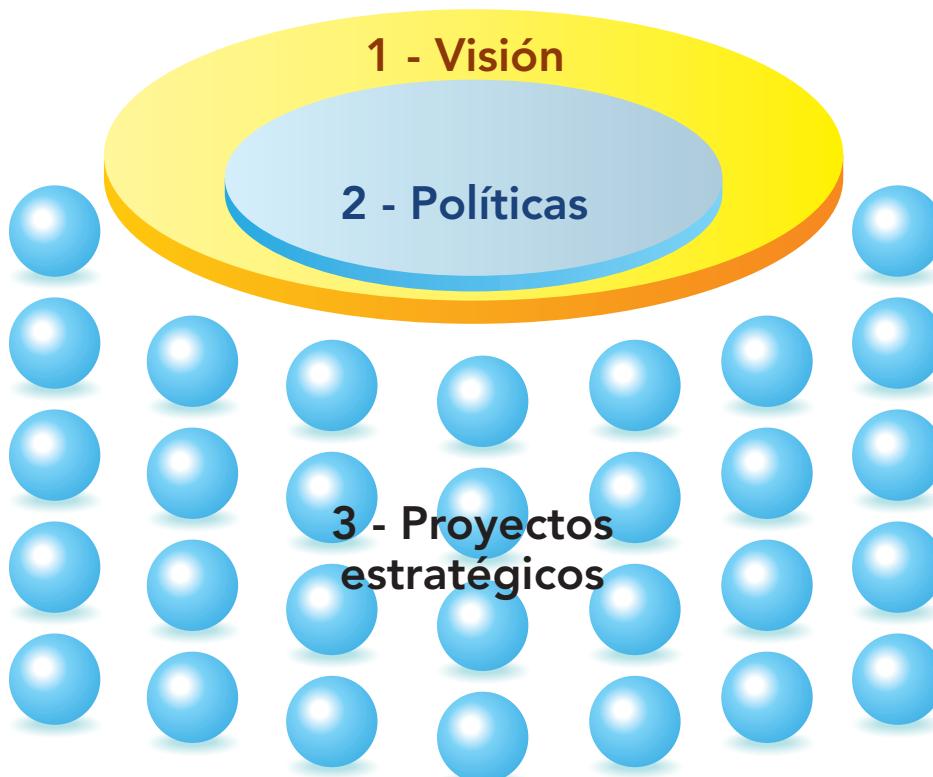
A close-up photograph of two women. An elderly woman with white hair and a blue and white patterned top is smiling warmly at the camera. A young woman with blonde hair and blue eyes, wearing a light blue top, is smiling and hugging the elderly woman from behind. The background is a soft, out-of-focus white.

La estrategia para Euskadi

La estrategia diseñada para la transformación del Sistema Sanitario Vasco en las líneas mencionadas previamente se estructura de la siguiente manera:

- Se parte de una **Visión a medio plazo**, que define y describe la situación futura que se desea tener.
- Las **Políticas** de atención sanitaria a crónicos son las guías para la consecución con éxito de la visión.
- Finalmente, existe una serie de **Proyectos estratégicos** que contribuyen a generar e implementar el cambio para hacer realidad las políticas y la visión en cada una de sus dimensiones

Cuadro 8: Esquema Estratégico



4.1 VISIÓN DE FUTURO

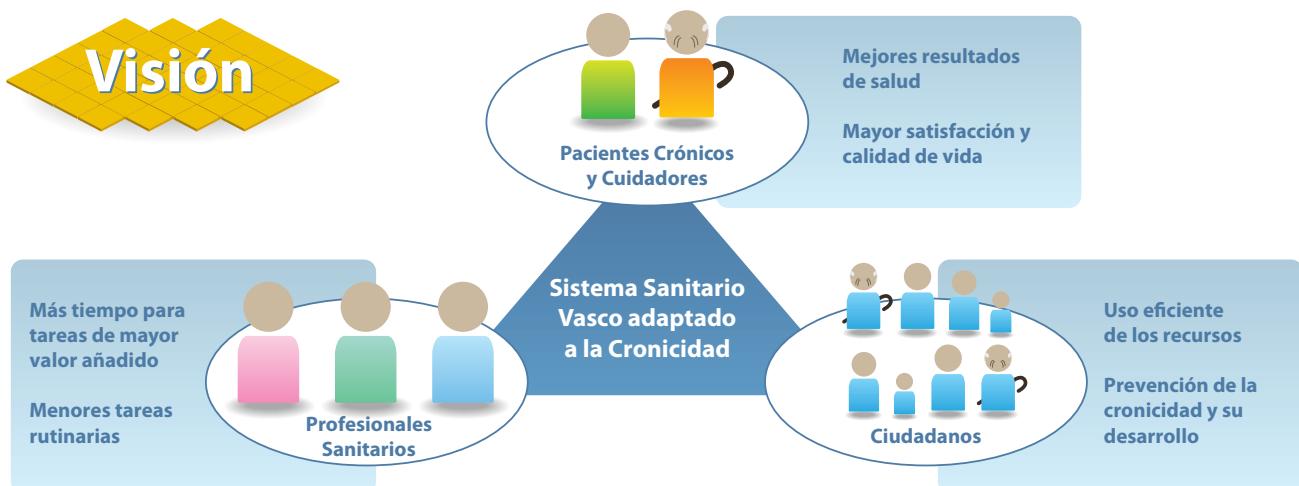
La Estrategia de Crónicos de Euskadi aspira a transformar el Sistema Sanitario Vasco para responder a las necesidades que genera el fenómeno de la cronicidad en cada uno de sus colectivos: pacientes crónicos y sus cuidadores, profesionales sanitarios, y ciudadanos en general.

- Para los pacientes crónicos y sus cuidadores significará pasar de un sistema reactivo a un sistema proactivo que les ofrecerá una atención más integrada (entre niveles sanitarios y alineadas con el plano social y laboral), más continua en el desarrollo de la enfermedad (de prevención a final de la vida, pasando por la rehabilitación) y más adaptada a sus necesidades. Además, se les dará un rol y una responsabilidad mayor en la gestión de su propia salud. Todo ello para, en última instancia, ofrecerles mejores resultados de salud, con mayor satisfacción ante la atención y calidad de vida.

- Para los ciudadanos tendrá un doble beneficio. Como contribuyentes redundará en un uso más eficiente de los recursos del sistema, ajustando el tipo y coste de cada intervención a las necesidades de atención y cuidados en cada caso, contribuyendo así a la sostenibilidad del sistema a medio plazo. Como pacientes crónicos potenciales, participarán en la prevención de la cronicidad y promoción de su propia salud, evitando el desarrollo de condiciones crónicas o al menos reduciendo su impacto en su salud y calidad de vida.
- Para los profesionales clínicos representará la posibilidad de dedicar el tiempo a las labores de mayor valor añadido con todas las herramientas necesarias (p. ej. diagnósticos complejos, cambios de hábitos en el paciente) mientras se reduce el tiempo invertido en tareas rutinarias que se automatizarán (p. ej. recetas de continuación, integración de la historia clínica entre niveles), se traspasarán a niveles intermedios (p. ej. consejo sanitario básico a través del teléfono, enfermería del caso con visión integral) o se facilitarán las herramientas al propio paciente o cuidador (p. ej. cuidados básicos).
- Para los profesionales no clínicos y directivos sanitarios representará el pleno reconocimiento del valor de sus funciones, la confirmación de su impacto en resultados de salud y no sólo en eficiencia del sistema, la ampliación de su co-liderazgo a espacios hasta el momento renuentes a su intervención, la ruptura de fronteras que limitaban los espacios de acción y responsabilidad, así como la oportunidad de compartir con los demás profesionales nuevos espacios de influencia y colaboración.

Cuadro 9: Visión de la Estrategia de Crónicos

La Estrategia de Crónicos aspira a mejorar sustancialmente la vida de pacientes y cuidadores, profesionales y ciudadanos



Este cambio impactará tanto en la Atención Primaria como en la Atención Hospitalaria. No se trata de decidir donde deben prestarse los cuidados, sino asumir que los cuidados a los pacientes crónicos a día de hoy no son óptimos por la falta de continuidad entre nuestras estructuras. En este sentido, la lógica de esta Estrategia se basa en que estamos ante un problema de organización de la práctica clínica y preventiva, tanto de la atención primaria como de la hospitalaria.

Esta atención en la actualidad es principalmente reactiva a las enfermedades y episodios agudos; es decir, en un modelo de agudos se trata de definir el problema por el que se consulta, diagnosticar e iniciar un tratamiento, habitualmente farmacológico. La consecuencia de este modelo organizativo es que el paciente crónico recibe una atención más episódica que continua porque el razonamiento organizativo está concebido para ello. Además, la consulta está normalmente determinada por los problemas agudos que le han surgido al paciente. Todo ello conlleva un modelo reactivo.

En contraste, proponemos dirigirnos hacia un modelo organizativo más proactivo para asegurar:

- Que los pacientes tengan la confianza y las habilidades para gestionar su enfermedad.
- Que los pacientes reciban los cuidados para un control óptimo de su enfermedad y la prevención de complicaciones.
- Que exista un sistema de seguimiento continuo tanto virtual como presencial.
- Que los pacientes dispongan de un plan para el control de su enfermedad mutuamente acordado con los profesionales de la salud.
- Una organización que preste una orientación preventiva y longitudinal manifestada por una intervención diseñada entre el paciente y el equipo clínico.

Los expertos coinciden en que es preferible gestionar las enfermedades crónicas en Atención Primaria, y los modelos explicados en la sección 2.3 de este documento se centran en esa lógica. Esta estrategia sigue esa línea de trabajo, pero se indica que los hospitales deberán también innovar en la gestión de los enfermos crónicos, ya que éstos a menudo deben ser ingresados en el hospital. En este sentido, los hospitales desempeñarán un papel fundamental ya que atender a un paciente crónico en sus momentos agudos es parte de la gestión integral de dicho paciente.

Finalmente, se trata de un proceso de cambio que combine elementos de uniformidad para todos los pacientes y agentes del sistema- imprescindibles para garantizar la necesaria alineación en un proceso de cambio estratégico importante- con necesidades de adaptación a las diferentes situaciones que presentan ya los usuarios y organizaciones de servicios, irrenunciables para conseguir unos resultados homogéneos que aseguren la equidad de nuestro sistema. Por ello, defendemos la necesidad de equilibrar esta dicotomía entre lo Corporativo y lo Local, haciendo compatible la defensa de unas directrices estratégicas globales que emanen desde el centro y se extiendan de manera uniforme a lo largo de todo el sistema, con su aplicación necesariamente local para adecuarse a realidades diferenciales tanto en las circunstancias de los usuarios, como en las organizaciones de servicios que los atienden.

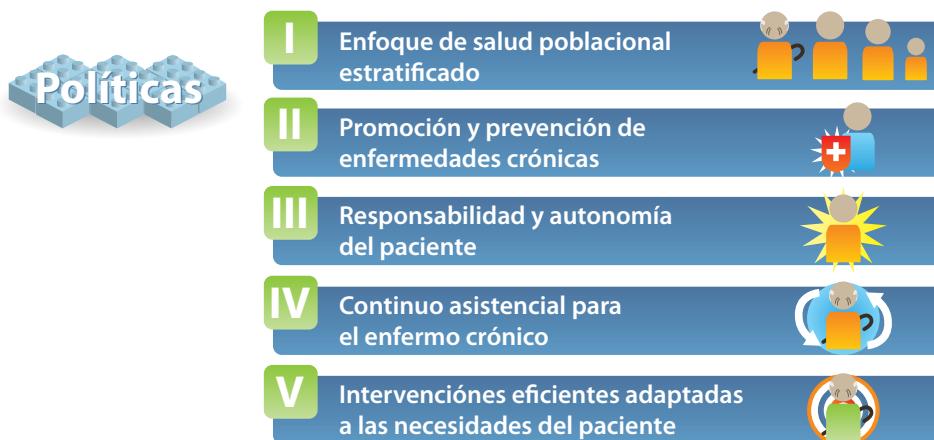
Para acometer esta visión, es necesario no sólo dotar al sistema de las herramientas necesarias, sino también cambiar de manera sustancial las “formas de hacer” respecto a los enfermos crónicos, tanto por parte de los propios pacientes como de los profesionales y gestores sociosanitarios. Estos cambios se han traducido en la definición de cinco Políticas de atención a crónicos que se corresponden con las principales áreas de actuación.

4.2 POLÍTICAS

Las políticas descritas a continuación se corresponden con las **principales áreas de cambio** a implantar en el sistema al objeto de abordar adecuadamente la **prevención, atención, rehabilitación y cuidado sanitario a los enfermos crónicos**. Como se ha mencionado anteriormente, estas políticas **no pretenden reemplazar** al actual sistema de gestión de enfermos **agudos**, sino **complementarlo** para que ofrezca también una **atención excelente y eficiente a los enfermos crónicos**. Para hacerlas realidad será necesario fortalecer el sistema en varias áreas, preparándolo para ofrecer una gestión adaptada al fenómeno de la cronicidad. Esta sección se centrará en describir el objetivo y resultados esperados de las políticas, mientras que los proyectos estratégicos ya en marcha para avanzar en su implementación se pueden encontrar en el apartado siguiente.

Cuadro 10: Políticas

La atención sanitaria a los enfermos crónicos va a cambiar a lo largo de cinco políticas estratégicas



Fuente: Elaboración propia

POLÍTICA I. Adopción de un enfoque de salud poblacional, gestión de salud poblacional estratificada y proactiva y reducción de las desigualdades en materia de salud

Objetivo

El objetivo del enfoque de salud poblacional es mejorar la salud de toda la población y reducir las potenciales desigualdades de salud. Asimismo, este enfoque permite analizar los niveles de complejidad y comorbilidad de la población y segmentarla a fin de planificar los recursos para cubrir las diferentes necesidades de manera adaptada y proactiva.

Contexto y Enfoque

Esta política reconoce tanto la diversidad de factores sociales, económicos y ambientales que influyen en el desarrollo y evolución de las enfermedades crónicas, como los factores de comportamiento que afectan a la salud. A su vez, se propicia la identificación de cómo estas causas determinan las desigualdades.

De este modo se dará respuesta a las necesidades específicas de los diferentes niveles de pacientes identificados: desde aquellos en la fase final de su vida (sujetos a cuidados paliativos) hasta las de aquellos que, aún no siendo enfermos crónicos, presentan una serie de factores de riesgo que les convierten en potenciales futuros enfermos crónicos; así como reconocer y hacer frente a los requerimientos específicos de ciertos grupos poblacionales como los

ancianos y aquellos en situación de precariedad socio-económica (los más afectados por las enfermedades crónicas y con necesidad de intervenciones sociales específicas).

En un enfoque de esta naturaleza, la prevención y atención de las enfermedades crónicas ha de responder a las necesidades de personas de todos los orígenes, tanto culturales como lingüísticos; de todas las edades, desde niños hasta ancianos; de todas las clases socioeconómicas; de todos los entornos, tanto rurales como urbanos, y sin disparidad de género.

Resultados concretos

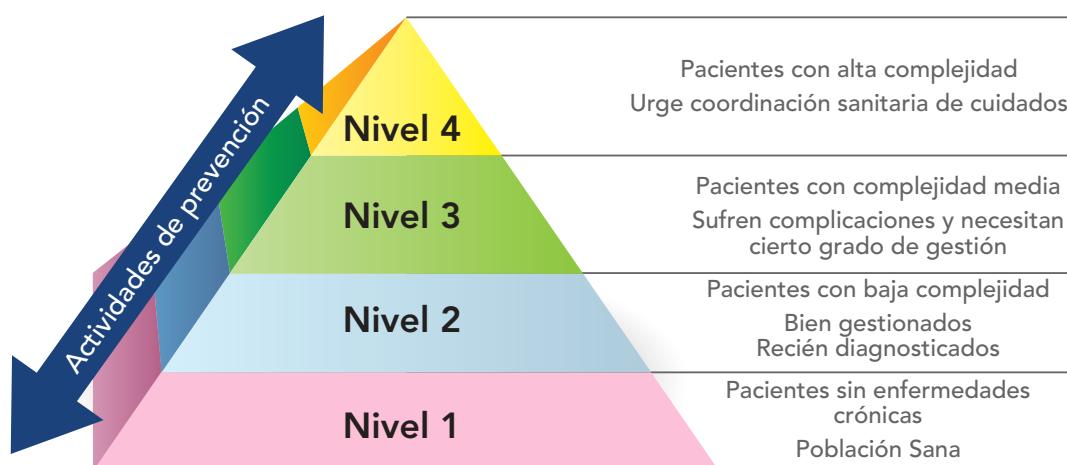
El resultado de esta política será la identificación de grupos de pacientes “diana” para determinadas intervenciones. Por un lado esto requiere una estratificación de la población en función de su riesgo clínico y sus necesidades de salud y sociosanitarias, y por otro lado, asociar a cada nivel de esta estratificación y tipologías de pacientes las intervenciones que la evidencia ha probado efectivas en la gestión de crónicos en el contexto del Euskadi. Finalmente, todo esto se integrará en los sistemas de información y la práctica clínica diaria de los profesionales clínicos, personalizando la actividad que reciba cada paciente.

Esta integración es fundamental, puesto que la estratificación de la población y el enfoque poblacional que permite es un primer paso indispensable para el resto de las políticas de gestión de crónicos.

Además, la estratificación permitirá comenzar el cambio de mentalidad de un enfoque “paciente” a un enfoque “poblacional” que considera al ciudadano más allá de episodios agudos incluyendo la prevención, la rehabilitación y los cuidados a medio plazo.

Cuadro 11

Ilustración de una posible pirámide de estratificación de la población



Fuente: Adaptado de la Estratificación de riesgos de Kaiser Permanente

POLÍTICA II. Priorización de la promoción de la salud y de la prevención de enfermedades

Objetivo

Gran parte de las enfermedades crónicas y de sus factores de riesgo pueden ser prevenidos y, consecuentemente, evitados. Una vez presentes, su diagnóstico y detección temprana a menudo permiten limitar su progreso y sus efectos adversos y discapacitantes. El objetivo de esta política es crear el marco de actuaciones proactivas de prevención y promoción de la salud respecto a la enfermedad crónica, dirigidas a los distintos niveles de la pirámide poblacional: tanto al conjunto de la población sana, como a aquellas personas con factores de riesgo, y a las que ya padecen una o varias enfermedades crónicas, pero siempre con especial énfasis en el conjunto poblacional.

Contexto y enfoque

En concreto, algunos factores de riesgo como el consumo de tabaco, de alcohol, o de otras drogas, la falta de actividad física, una dieta poco equilibrada o condiciones de trabajo poco saludables se pueden controlar, evitando así la aparición y progreso de una proporción elevada de muchas enfermedades crónicas.

Se pretende, por tanto, poner en marcha medidas e intervenciones de efectividad probadas de cara a la prevención de las enfermedades crónicas. Se van a combinar intervenciones tanto a nivel individual, como a nivel de grupos de pacientes y de grupos de riesgo. La propuesta de intervenciones concretas de promoción de la salud y prevención de enfermedades crónicas deberá ajustarse, en todo caso, a la evidencia científica disponible. De esta manera, la utilización de sistemas de información y estratificación de riesgos de la población atendida pueden resultar de gran utilidad a la hora de poner en marcha intervenciones en el nivel que resulte más eficiente.

Las actuaciones de promoción de la salud deberían ir dirigidas a aumentar el conocimiento y la información del ciudadano en cuanto a su salud, a mejorar sus hábitos de vida y su concienciación con respecto a determinados factores de riesgo. En cuanto a las actuaciones de prevención, deberían plantearse tanto en el nivel primario como en el secundario, haciendo especial hincapié en la detección precoz respecto al primero, y en la capacitación para la contención de la progresión de la enfermedad en el segundo.

Resultados concretos

El resultado de la política será una batería integrada de actuaciones de prevención y promoción de la salud de eficacia probada en el contexto de Euskadi, tanto a nivel primario como secundario, dirigida a grupos diana de pacientes en función de los resultados de la estratificación. Estas actuaciones deberían reducir de manera significativa la prevalencia de enfermedades crónicas y el deterioro de pacientes que las padecen.

POLÍTICA III. Potenciación del papel activo del ciudadano, su responsabilización y la autonomía del paciente

Objetivo

La potenciación del papel del ciudadano en la gestión de la cronicidad. De una parte, con el autocuidado por parte de enfermos crónicos y sus cuidadores, como palanca esencial para lograr una asistencia basada en la persona con el apoyo necesario por parte del Sistema a todos los niveles. El autocuidado implica la participación activa de los pacientes y sus cuidadores en su propia asistencia de salud y en la toma de decisiones informadas y compartidas por el profesional, paciente y cuidador. De otra parte, implica también la participación de los ciudadanos en general con una participación activa en la promoción de su salud y la prevención de la aparición y desarrollo de enfermedades crónicas.

Contexto y enfoque

Una asistencia centrada en las personas coloca a éstas al frente y en el centro de su propia atención sanitaria, convirtiéndolas en pacientes activos y gestores de su propia salud. Sin embargo, el rol tradicional del paciente y el cuidador en el sistema sanitario es pasivo con toda la responsabilidad y conocimiento centrado en los profesionales. Este rol tradicional es coherente desde una perspectiva de agudos donde se requiere una actuación inmediata y decidida para un episodio complejo en el que el paciente participa de manera puntual. Un proceso crónico, sin embargo, tiene un recorrido de largo alcance y requiere una intervención a lo largo del tiempo. Además, el paciente o cuidador tiene un impacto muy importante sobre la efectividad del tratamiento y la evolución de la enfermedad a través de la adherencia al tratamiento y sus estilos de vida (p. ej. tabaquismo, ejercicio, obesidad).

Por tanto, es crítico cambiar el rol tradicional del paciente pasivo, que es un receptor de cuidados por parte del sistema, a un paciente/ciudadano activo y responsable de su propia atención y prevención.

Por supuesto, el grado de la posible participación y responsabilización de pacientes y cuidadores en su atención es diferente, atendiendo al tipo y complejidad del proceso, grado de independencia, y situación sociosanitaria del paciente. En cualquier caso, todos los pacientes y cuidadores tienen la oportunidad de participar en su cuidado hasta cierto punto, existiendo la oportunidad de apoyar a los pacientes en el desarrollo de habilidades específicas y recursos para maximizar su capacidad de autocuidado.

Resultados concretos

El resultado concreto de esta política será una batería de intervenciones y herramientas que permita la autogestión y la responsabilización de los pacientes sobre su propia condición. Estas intervenciones y herramientas estarán incorporadas en la práctica diaria clínica de los profesionales -y en la de los profesionales sociales cuando sea relevante- y serán fácilmente accesibles y ampliamente utilizadas por los pacientes y por sus cuidadores, con el apoyo de unas asociaciones de pacientes. La consecuencia última de las mismas es un mayor nivel de adherencia a los tratamientos y estilos de vida necesarios para controlar y prevenir la enfermedad, y un uso más eficiente de los recursos del sistema.

POLÍTICA IV. Garantizar el continuo asistencial mediante el impulso de una asistencia multidisciplinar, coordinada e integrada entre los diferentes servicios, niveles de atención y sectores

Objetivo

La atención a los ciudadanos en lo que respecta a la patología crónica involucra a numerosos proveedores de asistencia sanitaria en diversos escenarios, tales como la Atención Primaria y Especializada, centros de rehabilitación de media y larga estancia con enfoque en subagudos, centros de salud mental, sector sociosanitario, salud laboral, organizaciones comunitarias y no gubernamentales, etc.

La integración y la continuidad en la prestación y la asistencia son elementos esenciales para garantizar que se reciban los servicios necesarios, en el momento y de la manera adecuada, maximizando los resultados en salud y mejorando la experiencia en “el viaje a través del sistema”, en un proceso que comienza con la prevención inicial de la aparición de la enfermedad y que llega más allá de la reagudización del proceso crónico hasta que la rehabilitación permite al ciudadano volver a su vida normal. Desde el punto de vista de los profesionales, el objetivo es impulsar la coordinación para evitar duplicidades y gestionar de manera óptima las transiciones entre niveles de atención.

Contexto y enfoque

Se requiere un sistema flexible, capaz de coordinar servicios, proveedores, escenarios y sectores a lo largo del tiempo. Esto supone un compromiso de todos los actores, con especial protagonismo de la Atención Primaria, y la capacidad de trabajar en equipo para conseguir objetivos comunes.

La provisión de servicios ha de ser planificada y coordinada para atender las necesidades de pacientes y cuidadores, de acuerdo a estándares de calidad y procesos asistenciales bien definidos (p. ej., impulsando la aplicación de las guías clínicas). La existencia de equipos multidisciplinares, cuidados compartidos, la capacitación de profesionales y la asunción de nuevos roles son fundamentales para asegurar la efectividad y la continuidad de la asistencia a los pacientes.

En definitiva, las claves de un sistema organizado para mejorar la planificación, la integración y la continuidad de cuidados al paciente crónico deben pivotar, por tanto, sobre:

- La coordinación-integración de dispositivos asistenciales.
- El impulso de equipos multidisciplinares.
- El desarrollo del modelo de los hospitales de subagudos.
- El refuerzo del papel de la Atención Primaria.
- La planificación de cuidados.
- El diseño e implantación efectiva de nuevos roles y perfiles profesionales.
- El refuerzo de la rehabilitación como un pilar clave del sistema.

Resultados concretos

El resultado concreto de esta política se materializaría en todos aquellos mecanismos, roles, convenios sociosanitarios, procesos/protocolos/vías clínicas y herramientas, necesarios para garantizar una continuidad de asistencia al paciente crónico entre las distintas personas y organizaciones implicadas en la misma, tanto sanitarias como sociales, y en especial en las transiciones entre niveles de servicio. De manera práctica se generarían equipos virtuales multidisciplinares entre niveles de asistencia que compartirían información y diagnósticos de manera transparente. La consecuencia última para el ciudadano sería una atención más ajustada a sus necesidades y a su situación en el ciclo de la enfermedad (desde la prevención hasta la rehabilitación), producto de la visión integrada de la información y la reducción de interacciones innecesarias, debido a la falta de coordinación entre niveles de asistencia, mientras que los profesionales sanitarios y sociales asumirían nuevos roles que les permitirán centrarse en mejorar la salud y situación de los pacientes, evitando duplicidades y dejando de realizar tareas de bajo valor añadido.

POLÍTICA V. Adaptar las intervenciones sanitarias a las necesidades y prioridades del paciente y a la eficiencia del sistema

Objetivo

Desarrollar un sistema centrado en el paciente que seleccione y adapte la intervención sanitaria óptima para el enfermo crónico en cada situación del amplio abanico disponible, considerando:

- En primer lugar, las necesidades y prioridades de la persona, teniendo en cuenta que detrás de cada expediente clínico hay una persona con una serie de necesidades personales, emocionales, sociales y psicológicas, buscando la intervención más humana y menos agresiva, disruptiva e intrusiva en la vida del paciente (p. ej. una visita de diez minutos puede suponer hasta 4 horas de disruptión para el paciente).

en su vida diaria), con especial énfasis en el caso de aquellos pacientes en situación de paliativos.

- En segundo lugar, las necesidades y prioridades del paciente, sus cuidadores y su entorno, con una visión integrada de sus patologías, evolución e interacciones previas con el Sistema, buscando la intervención que consiga mejores resultados de salud.
- En tercer lugar, las necesidades del propio Sistema Sanitario, asegurando un uso eficiente y responsable de los recursos en cada momento, guiando al paciente al nivel menos intensivo en tecnología y atención, a su vez compatible con su situación clínica y buscando alternativas que reduzcan la carga de actividad y recursos económicos.

Contexto y enfoque

Hay creciente evidencia de que los mejores resultados de un sistema requieren ir más allá de la consideración puramente clínica de la situación del paciente teniendo en cuenta sus prioridades e implicándole en las decisiones y la selección del tratamiento a seguir. Debemos caminar hacia una atención sanitaria que reduzca la intrusión de la actuación sanitaria en la vida cotidiana de los pacientes.

Además, los avances tecnológicos y de gestión que se han ido produciendo han permitido ampliar el abanico de intervenciones sanitarias disponibles más allá de la tradicional visita presencial al médico. Los telecuidados, la interacción telefónica, la interacción vía Web, la receta electrónica... son sólo algunos de los ejemplos de las actuales alternativas disponibles para la intervención en un sistema sanitario, que están favoreciendo la configuración del hogar como lugar principal de provisión de cuidados sanitarios y sociales a los enfermos crónicos, con el impulso de figuras como la hospitalización y los cuidados de éstos en el domicilio.

Adicionalmente, la creciente e imparable presión sobre el sistema, tanto la actividad asistencial como la limitación de los recursos económicos disponibles, obliga a buscar intervenciones más eficientes que no degraden la atención, la satisfacción del paciente y los resultados clínicos.

Todo esto es especialmente importante para los enfermos crónicos que tienen una interacción continua con el sistema a lo largo de un periodo que puede abarcar varias décadas. Estos pacientes necesitan un trato especialmente humano y poco intrusivo, dado que su relación con el Sistema no va a ser un episodio puntual, sino parte integral de su vida. Y estos pacientes son los que el sistema necesita tratar de la forma más eficiente posible, puesto que constituyen una parte desproporcionada de su actividad, y tienen unas necesidades diferentes a las de los agudos, con menos necesidad de intervenciones curativas y con mayor peso en el seguimiento y las intervenciones rehabilitadoras.

Por este motivo, se pretende introducir nuevos tipos de intervenciones, reinventar y adaptar las actuales y rebalancear el peso de los distintos servicios dentro de la cartera global. A su vez, se busca aprovechar el entendimiento estratificado de las necesidades del paciente y la visión única social y sanitaria de cada persona y su interacción con el Sistema, aspirando a que cada paciente reciba en cada momento la intervención que más se adapte a sus necesidades y prioridades como persona, como paciente y desde el punto de vista de eficiencia del Sistema.

Algunos ejemplos concretos son: la introducción de la posibilidad de actuar de manera multicanal con el sistema para obtener una respuesta más cómoda y rápida, el incremento del peso de las acciones rehabilitadoras con innovación en programas de rehabilitación (p. ej. colaboración con polideportivos), la receta electrónica que evite la necesidad de desplazamientos presenciales al centro de salud para recetas de tratamiento de larga duración, y la hospitalización a domicilio o en hospitales de subagudos para todos los pacientes cuando sea clínicamente compatible, reduciendo el impacto de la atención

sobre su vida y el coste para el Sistema (p. ej., una cama en un hospital de agudos puede llegar a costar dos veces más que en un hospital de subagudos, sin proveer al enfermo crónico de una atención diferencial debido a su diagnóstico).

Resultados concretos

El resultado concreto de esta política será la adecuación sistemática de las distintas intervenciones a las necesidades y prioridades humanas, de salud y del sistema, de manera que no se utilice una intervención ni más intrusiva ni más costosa de la estrictamente necesaria, y que además la decisión sobre la intervención sea crecientemente compartida entre el profesional y el paciente. En términos prácticos, incluye la sustitución de intervenciones presenciales por intervenciones remotas o automáticas cuando sea posible, adecuación del nivel de atención (p. ej., camas de agudos, camas de larga estancia, hospitalización domiciliaria), refuerzo de intervenciones rehabilitadoras y preventivas, y reducción de la frecuentación innecesaria. El impacto último debería ser una mayor satisfacción tanto de pacientes como de profesionales, mayor calidad de vida, mejores resultados sanitarios y menor coste comparativo.

Cuadro 12: Intervenciones ajustadas a las necesidades del paciente

Es crítico ajustar el tipo de intervención a las necesidades del paciente para usar los recursos de manera eficiente

Coste por actuación/estancia €/día	Autocuidado	Consulta médica telefónica	Consulta enfermera AP	Consulta médico AP	Consulta especialista	Gestión del caso	Hospitalización a domicilio	Hospitalización media estancia	Hospitalización aguda
0€	<10€	25€	35€	~50€	100-150€	50-200€	400-500€	700-900€	
Nivel de atención	Atención a necesidades básicas sencillas		Análisis clínicos y atención intermedia	Diagnósticos complejos AP	Diagnósticos complejos especializada	Integración de la atención y gestión integral	Seguimiento medicalizado básico	Seguimiento medicalizado intermedio	Seguimiento medicalizado avanzado
Nivel de disrupción para el paciente	Mínimo	Limitado	1-3 horas para acudir y realizar la consulta		2-5 horas para acudir y realizar la consulta	Contacto periódico con persona de referencia	Cambios en el hogar y visitas/contactos frecuentes	Disrupción elevada	Disrupción muy elevada

Fuente: Estimaciones facilitadas por Osakidetza, datos de Osabide y ejemplos internacionales, elaboración propia.

4.3 PROYECTOS ESTRATÉGICOS

En la actualidad se ha lanzado una serie de **Proyectos Estratégicos** que permitirán **avanzar hacia las políticas identificadas** en el apartado anterior, construyendo el nuevo modelo de crónicos para pacientes, profesionales y ciudadanos en general.

Cuadro 13: Proyectos estratégicos de la Estrategia de Crónicos

Las políticas se están implementando mediante 14 proyectos estratégicos



14 Innovación desde los profesionales clínicos

Fuente: Estimaciones facilitadas por Osakidetza, datos de Osabide y ejemplos internacionales, elaboración propia.





PROYECTO ESTRATÉGICO 1. Estratificación de la población

El propósito de este proyecto es proporcionar un instrumento al servicio vasco de salud para estratificar de modo prospectivo a la población, en función de sus necesidades de atención sanitaria.

Actualmente se está realizando un estudio de investigación, cuyo objetivo es establecer la validez de diferentes modelos para predecir el consumo de recursos sanitarios y categorizar a los ciudadanos en niveles según sus requerimientos de cuidados sanitarios en el futuro.

Los **modelos prospectivos** que se están analizando incorporan **variables demográficas**,

socioeconómicas, clínicas y relativas al uso previo de los servicios de salud. Para su desarrollo se realiza una utilización secundaria de información procedente de otras bases de datos, como son el CMBD de hospitales, la clasificación anual de pacientes de primaria en case-mix, agendas informatizadas de atención especializada, prescripciones del Departamento de Sanidad y datos del censo.

El estudio, que incluye a **toda la población no pediátrica atendida por el Servicio Vasco de Salud (Osakidetza)**, está previsto que concluya a finales de 2010.

Las conclusiones de la investigación permitirán establecer mecanismos para estratificar a la población y, a partir ello, diseñar intervenciones específicas para los distintos grupos de pacientes, adecuadas a su grado de necesidad.

Para integrar con éxito este proyecto en la práctica habitual se procederá a la sistematización de este proceso. De esta manera, la información procedente de la estratificación de la población resultará fácilmente accesible y su empleo factible para los distintos colectivos de clínicos y gestores que requieran de ella para desarrollar eficientemente su función.

Cuadro 14: Proyecto Estratégico de Estratificación

1 Estratificación de la población

Objetivo emblemático

Implantar un **modelo prospectivo de estratificación** recurrente de la población, en función de las **necesidades asistenciales y del consumo futuro de recursos**, y permitiendo el diseño de **acciones específicas** a cada grupo, con especial énfasis en enfermos pluripatológicos (en su mayoría, crónicos)

Impacto Esperado

Estratificación operativa de la población vasca de forma sistematizada y recurrente desde 2011

25 Calendario - Hitos Principales

Enero-Junio 2010

Jun. – Nov. 2010

Nov. 2010 – Feb. 2011

Mar. 2011 en adelante

Peticiones de datos y creación de base de datos

Análisis comparativo de modelos potenciales

Selección del modelo y primera aplicación

Selección de segmentos y diseño de acciones

Sistematización (en definición)

Uso información (en definición)

PROYECTO ESTRATÉGICO 2.

Intervenciones de prevención y promoción sobre los principales factores de riesgo

Este proyecto estratégico busca construir un **marco común para las intervenciones de promoción y prevención** sobre los principales factores de riesgo de las enfermedades crónicas. Bajo este marco se agruparán las diversas intervenciones concretas que surjan tanto **centralizadamente** (p. ej., deshabituación tabáquica), como por la **iniciativa de los clínicos** (p. ej. Prescribe Vida Saludable, prevención de la diabetes tipo II o las acciones de prevención sobre personas de edad avanzada) y que demuestren evidencia de efectividad para su extensión en el contexto vasco.

También incorpora la colaboración más **allá del ámbito puramente sanitario** con el resto de organismos gubernamentales (por ej., promoción del deporte), con asociaciones de pacientes y con el tercer sector.

La clave del éxito de este proyecto es la llegada de los programas a los ciudadanos en riesgo, por lo que es necesario sofisticar el espectro de técnicas de comunicación utilizadas, incluyendo nuevas formas de comunicación (por ej., marketing social, talleres de educación grupal, etcétera).

Ejemplo de intervención: Prescribe Vida Saludable

El objetivo del proyecto Prescribe Vida Saludable es optimizar la promoción de la actividad física, la dieta equilibrada y el abandono del tabaco en el contexto de la atención primaria. Es un proyecto de investigación-acción en el que profesionales de todos los estamentos junto con investigadores desarrollan y evalúan intervenciones innovadoras de modificación de los mencionados hábitos. Conlleva cambios en la organización y funcionamiento de los centros participantes para reorientarles hacia la promoción de la salud con la cooperación de recursos y sectores extra-sanitarios.

El plan de trabajo se desarrolla en fases progresivas: (1) modelado de los nuevos “Programas de Vida Saludable” en los centros de intervención (2010), (2) pilotaje de su factibilidad y efectividad potencial (2011-2012) y (3) propagación del programa y evaluación de su impacto poblacional (2013-2015).

Cuadro 15: Proyecto Estratégico de Prevención y Promoción



2 Intervenciones de prevención y promoción sobre los principales factores de riesgo

Objetivo emblemático

Construir un **marco común de Prevención y Promoción** de la Salud, combinando las **líneas estratégicas** sobre los principales factores de riesgo con **experiencias piloto de innovación abajo-arriba**, como por ejemplo el proyecto De_Plan: Prevención del desarrollo de la diabetes tipo 2 en sujetos de alto riesgo entre 45-70 años (~200.000 individuos)

Impacto Esperado

Prevención de aparición y desarrollo de enfermedades crónicas. Por ejemplo, en De_Plan reducción del riesgo de padecer diabetes tipo 2 en el 58% de la población diana, o prevención tabáquica introduciendo tratamiento de deshabituación

Calendario - Hitos Principales

Mayo. – Jun. 2010

Jun. 2010 – Dic. 2012

Definición de líneas estratégicas

Actualización de las líneas estratégicas y selección de experiencias piloto para implantar

Lanzamiento pilotos en centros seleccionados

Extensión pilotos exitosos en todos los centros de AP de Euskadi



PROYECTO ESTRATÉGICO 3. Autocuidado y educación al paciente

La evidencia científica muestra que las personas que autogestionan su enfermedad, habiendo recibido apoyo para conseguirlo, consiguen mejores resultados en el control de la misma que aquellos que no lo hacen. Para conseguir este fin se puede utilizar una amplia gama de **intervenciones de educación estructurada**.

En Euskadi se aplicarán diferentes medidas, tanto de educación presencial como no presencial, individual y grupal, por profesionales sanitarios o por “pacientes activos”, con formación específica para fomentar el autocontrol de pacientes, o de cuidadores en los casos de pérdida cognitiva de los mismos.

En concreto, el **modelo de Paciente Activo – Paziente Bizia** siguiendo la metodología de la Universidad de Stanford, comenzará a pilotarse a finales de 2010, tras haberse formado un grupo de profesionales sanitarios y de pacientes activos para que puedan proceder a la formación de otros pacientes.

Cuadro 16: Proyecto Estratégico de autocuidado y educación al paciente

3 Autocuidado y educación al paciente: Proyecto Piloto de Paciente Activo - Paziente Bizia

Objetivo emblemático

“Implantación del “Chronic Disease Self-Management Program”, Universidad de Stanford. Actuaciones:

- Capacitación de “Master Trainers” para la formación de “líderes.”
- Captación de pacientes e inicio de impartición de cursos a estos pacientes (6 sesiones para un total de 15 horas por curso).
- Formación de líderes (entre pacientes formados y sanitarios) para capacitarles en impartición de cursos a otros pacientes.

Impacto Esperado

- Experiencias en las principales enfermedades crónicas
- Mayor adherencia
- Uso apropiado de los recursos sanitarios

Calendario - Hitos Principales

Jun. – Jul. 2010

Sept. 2010

Sept. 2010

Sept. 2010

Master Training
para 15
formadores de
pacientes

Selección y
capacitación de
“pacientes
formadores”

Piloto en las
Comarcas Ekielde,
Araba y
Eskerraldea

**Extensión a otras
comarcas y
enfermedades**

Identificación y pilotaje de otras iniciativas de autocuidado y educación al paciente

Fuente: Elaboración propia

PROYECTO ESTRATÉGICO 4.

Creación de una Red de Pacientes Activados y Conectados a través de la adopción de nuevas tecnologías Web 2.0 por las Asociaciones de Pacientes crónicos

Un paciente activado y conectado, responsable de su propia salud y del mejor cuidado de su condición cuando padece alguna enfermedad crónica, capaz de recibir y dar apoyo a otras personas que se encuentren en su misma situación, requiere trabajar en ámbitos adicionales al propiamente sanitario. Las Asociaciones de Pacientes cubren esos otros ámbitos diferentes al sanitario en los que se mueve un paciente crónico, como son el personal, familiar y social.

Para integrar en la vida cotidiana los mismos principios de corresponsabilidad y empoderamiento que defendemos como prioritarios en la relación con el mundo sanitario, y extender además esta idea desde los pacientes hasta los que se relacionan de forma permanente con ellos (familiares, cuidadores, profesionales de apoyo), uno de los movimientos fundamentales es el apoyo y fortalecimiento de las asociaciones de pacientes. El proyecto estratégico que se presenta a continuación les ayudará a aprovechar las nuevas tecnologías (Web 2.0) para reforzar una comunicación más fluida y activa con sus miembros y entre si, facilitándoles la socialización del conocimiento existente– no sólo sobre la enfermedad, sino sobre cómo llevar una vida más activa y de mayor calidad– permitiendo que este conocimiento se genere y se extienda de forma abierta, sin limitaciones de espacio y tiempo a todos sus miembros.

Por esta razón se ha lanzado una **convocatoria de ayudas** a las asociaciones de pacientes y cuidadores crónicos con presencia relevante en nuestro territorio, orientadas a que desarrollen una estrategia de comunicación e interacción para el apoyo mutuo y la difusión de conocimiento a través de la tecnología Web 2.0 favoreciendo la creación de una red social entre sus miembros.

Esta iniciativa se potenciará además con la creación de una plataforma común para todas las asociaciones, que permitirá romper las barreras de cada una de las enfermedades, facilitando a su vez la creación de redes sociales de apoyo mutuo entre afectados por situaciones semejantes a pesar de padecer diferentes patologías y creando sinergias entre las asociaciones y abriendo el camino para permitir otros proyectos colaborativos en el futuro.

Esta plataforma permitirá activar al paciente, incluso en las sugerencias e identificación de aquellas experiencias innovadoras que atenderían mejor sus necesidades, fomentando una forma diferente de proceder por parte de los diversos agentes implicados (las propias Asociaciones de pacientes, los Servicios Sociales o Educativos, y también el Sistema Sanitario). Estas alternativas se considerarán como potenciales proyectos pilotos por el Departamento de Sanidad y Consumo, al objeto de evaluar sus resultados en el futuro. Se incorporarán como agentes potencialmente activos en la innovación y transformación de nuestro sistema sanitario y en la relación con otros ámbitos público y privados.

Finalmente, esta plataforma común de pacientes asociados podrá conectarse a las otras redes que se generen en otros proyectos estratégicos como OSAREAN, Paciente Experto y algunas iniciativas de Prevención como el DE_PLAN. Por un lado, las asociaciones de pacientes podrán apoyarse sobre OSAREAN, maximizando el alcance de los servicios y materiales de formación que ofrece esta plataforma. Por otro lado, tal plataforma común permitirá que los grupos de pacientes creados en los proyectos Paciente Experto o DE_PLAN que lo deseen lleven su conexión más allá del sistema sanitario gracias a las nuevas tecnologías.



istockphoto - getty images

Cuadro 17: Proyecto Estratégico para la adopción de nuevas tecnologías por parte de asociaciones de pacientes crónicos

4 Apoyo a las asociaciones de pacientes crónicos

Objetivo emblemático

Apoyar a las asociaciones de pacientes crónicos en la adopción y el uso de nuevas tecnologías de comunicación (web 2.0) para mejorar el acceso a la información y fomentar las interacciones y el apoyo mutuo entre sus miembros

Impacto Esperado

Creación de comunidades virtuales de pacientes alrededor de las 5-10 principales asociaciones de pacientes crónicos de Euskadi



Calendario - Hitos Principales

Junio 2010 – Sep 2010 2010 – 2011

Convocatoria y otorgación de ayudas

Desarrollo de proyectos por parte de las asociaciones de pacientes crónicos

Fuente: Elaboración propia



PROYECTO ESTRÁTÉGICO 5.

Historia Clínica Unificada: Osabide Global

El proyecto de Historia Clínica Compartida se puso en marcha en el Servicio Vasco de Salud (Osakidetza) hace 12 años a través de dos proyectos estratégicos: Osabide-AP, orientado a la Atención Primaria y e-Osabide en el ámbito hospitalario, con el objetivo de eliminar todas las barreras existentes hasta ese momento entre organizaciones de servicios, centros o niveles asistenciales.

En lo que se refiere al área de sistemas de soporte a la práctica clínica, la experiencia de uso en el Servicio Vasco de Salud (Osakidetza) se remonta a hace casi quince años, habiéndose convertido en una herramienta fundamental para el trabajo de médicos y enfermeras fundamentalmente. El grado de implantación varía en función del área asistencial: mientras que en Atención Primaria o Urgencias su implantación es total, en otras áreas es más limitada. Sin embargo, en términos generales, puede decirse que el balance es altamente positivo.



Una vez alcanzada la fase final del proceso de renovación de sistemas, tanto de Atención Primaria como de Hospitalaria, en el año 2009 se tomó la decisión de abordar una nueva generación de sistemas clínicos.

Esta nueva generación se plantea como un salto de calidad sobre los sistemas ya existentes, y se materializa principalmente a través de las siguientes líneas de trabajo:

- **La eliminación de todas las barreras organizativas existentes**, de forma que todos los profesionales implicados en la labor asistencial comparten toda la información existente sobre el paciente facilitada por mecanismos de comunicación en tiempo real.
- **La habilitación de mecanismos de relación con el paciente** que vayan más allá del meramente presencial (consulta telefónica, por e-mail, por videoconferencia a través de web-cam, etc).

- La implantación de sistemas de información proactivos que gestionen la información atendiendo a su relevancia, y aportando ciertas dosis de “inteligencia” (p. ej. alertas clínicas, avisos).

En la actualidad se está iniciando el pilotaje del sistema en tres áreas asistenciales: Consultas Externas, Hospitalización Tradicional y Hospitalización a Domicilio en tres hospitales de la red. El plan marcado contempla abordar las diferentes áreas asistenciales progresivamente hasta cubrirlas todas a finales de 2011. Por cada una de las áreas, al igual que se ha hecho con las dos primeras, se establece una fase inicial de pilotaje en un entorno reducido de profesionales. Durante esa fase se realizarán los ajustes oportunos, sobre la base de su utilización práctica. Una vez validada la Aplicación OSABIDE GLOBAL se procederá a su extensión al resto de profesionales de la red del Servicio Vasco de Salud (Osakidetza).

El plan para el 2010 se centra en la implantación en los hospitales: hospitalización a domicilio y consultas externas (ya iniciadas en abril), hospitalización (ya iniciada en julio) y urgencias (prevista para final de 2010).

Cuadro 18: Proyecto Estratégico de Historia Clínica Electrónica Única



Fuente: Elaboración propia

PROYECTO ESTRATÉGICO 6.

Atención clínica integrada

Este proyecto está experimentando con **diferentes enfoques de integración clínica, especialmente entre la Atención Primaria y la Especializada**. Esta experimentación permitirá un avance gradual de forma compatible con la realidad específica de las organizaciones de servicios y una extensión de las experiencias que demuestren tener más éxito.

No se trata de definir un modelo único de funcionamiento clínico integrado para aplicar a todas las comarcas y centros, puesto que en general las necesidades y posibilidades de integración van a ser distintas, pero sí exige un avance decidido por parte de todos los actores, compartiendo mejores prácticas y, si se da el caso, universalizando modelos que resulten especialmente exitosos en determinados ámbitos o procesos.

Por su propia naturaleza, este proceso de integración clínica va a ser relativamente lento, y para que tenga éxito tiene que ser construido por los clínicos y gestores locales, a la vez que apoyado desde la dirección para mantener el **momentum** y alinear a la dirección. Además, los esfuerzos posteriores en esta línea deberán tener en cuenta también al resto de niveles asistenciales, principalmente los centros de salud mental.



Cuadro 19: Proyecto Estratégico de atención clínica integrada

6 Atención clínica integrada

Objetivo emblemático

Explorar por medio de experiencias piloto **nuevas formas de trabajo y organización de los proveedores de asistencia sanitaria**, integrando la asistencia primaria y la asistencia especializada

Impacto Esperado

Un tercio de las organizaciones para 2013, con **procesos integrados** que permitan intervenciones continuas y reduciendo estructuras duplicadas y “rebotes” entre ámbitos de atención

Calendario - Hitos Principales

Ene. – Jun. 2010

Jun. 2010 – Ene. 2011

2011 – 2012

Integración en atención psiquiátrica en Bizkaia

Integración organizativa y de procesos del **hospital de Bidasoa y sus centros de salud**

Integración de procesos en la Comarca Mendiabide y entre el Hospital Galdakao y la Comarca interior

Extensión de modelos exitosos

Fuente: Elaboración propia



PROYECTO ESTRATÉGICO 7. Desarrollo de hospitales de subagudos

La realidad de la cronicidad hace cada vez más necesario consolidar un **nivel intermedio de atención** con una intensidad tecnológica y de cuidados menor que en un hospital de agudos tradicional, pero a la vez con una capacidad asistencial e integradora más allá de la Atención Primaria tradicional.

Los hospitales de media estancia actuales, dentro de su heterogeneidad, representan un vehículo privilegiado para hacer frente a esta necesidad. Por tanto, se está desarrollando e implantando un nuevo modelo de hospital de subagudos que pueda tratar las reagudizaciones y la rehabilitación

de enfermos crónicos de manera más adecuada para el paciente y eficiente en términos del Sistema. Consiste también en un hospital conectado con la comunidad y que pueda actuar como centro coordinador de la hospitalización a domicilio, la coordinación de casos y la integración de la atención.

Cuadro 20: Proyecto Estratégico de desarrollo de hospitales de subagudos

7 Desarrollo de hospitales de subagudos

Objetivo emblemático

Definición de un modelo de asistencia para los enfermos crónicos, consolidando un **nivel intermedio de asistencia entre la atención especializada y la atención primaria** para la atención específica a estos pacientes

Impacto Esperado

Implantación del modelo en hospitales de media estancia y creación de un nuevo hospital de crónicos en Álava

25 Calendario - Hitos Principales

Ene. – May. 2010

Jun. 2010 – Dic. 2012

Definición del modelo

Implantación del modelo, especialmente en **hospitales de media estancia**, pero con posibles consecuencias en hospitales comarciales y de agudos

Fuente: Elaboración propia

PROYECTO ESTRATÉGICO 8.

Definición e implementación de competencias avanzadas de enfermería

Al objeto de perfilar e implementar roles de enfermería mejor adaptados a las necesidades de los pacientes crónicos, se ha puesto en marcha un grupo de trabajo multidisciplinar por parte del Departamento de Sanidad y Consumo y el Servicio Vasco de Salud (Osakidetza).

A lo largo de 2010 y en el marco de actuación de dicho grupo de trabajo, se pretende abordar la **elaboración de una propuesta para el desarrollo de las nuevas competencias avanzadas de enfermería enfocadas hacia la atención a la cronicidad**, reflexionar sobre posibles marcos competenciales, e identificar necesidades de formación en relación a los mismos (pasos previos necesarios a la realización de pilotajes concretos sobre modelos de gestión de casos durante el año 2011).



Cuadro 21: Proyecto Estratégico de competencias avanzadas de enfermería

8 Competencias Avanzadas de Enfermería

Objetivo emblemático

Definir y desarrollar competencias avanzadas de enfermería en Osakidetza de cara a la gestión de crónicos, en particular crónicos complejos. Apalancamiento en casos de éxito en otros sistemas sanitarios (nacionales e internacionales)

Impacto Esperado

Formar a **300 enfermeras** en Euskadi en los nuevos roles hasta 2013, procurando una atención integral a las necesidades de los pacientes complejos

25 Calendario - Hitos Principales

May. – Jun. 2010

Jun. – Oct. 2010

Oct. 2010 – 2011

2012 en adelante

Benchmarking y selección de roles para analizar

Definición del modelo y propuesta de escenarios

Formación y pilotaje (centros por definir)

Extensión a todos los centros

Metodología basada en grupos de trabajo con agentes implicados

Fuente: Elaboración propia

PROYECTO ESTRATÉGICO 9. Colaboración Sociosanitaria

A lo largo del presente documento hemos ido viendo una serie de estrategias que conducen a un cambio en la relación con nuestros pacientes crónicos, que pasará de una visión puramente biomédica a una **visión holística** que ha de tener en cuenta el diagnóstico, la función y la situación social del paciente para establecer un plan de cuidados individualizado por equipos multidisciplinares.

Este proyecto materializa la **valoración integral de los pacientes** y engloba todos los elementos de la visión de esta estrategia de atención a la cronicidad con la vertiente de atención

sociosanitaria para la población vasca, no sólo mediante la incorporación de nuevos recursos, sino a través de la **reorganización y coordinación del Sistema Sanitario y de los Servicios Sociales**, ofreciendo fórmulas que integren un paquete conjunto de servicios a los usuarios.

El marco Sociosanitario se encuadra en el desarrollo de la atención sociosanitaria, tal y como señala La Ley 12/2008, de 5 de diciembre, de Servicios Sociales, definida como “el conjunto de cuidados destinados a las personas que, por causa de graves problemas de salud o limitaciones funcionales y/o de riesgo de exclusión social, precisan una **atención sanitaria y social simultánea, coordinada y estable, y ajustada al principio de continuidad de la atención**”. Como colectivos susceptibles de esta atención se encuentran: personas mayores en situación de dependencia, personas con discapacidad, personas con problemas de salud mental (en particular las personas con enfermedad grave y cronificada y las personas con problemas de drogodependencia), personas con enfermedades somáticas crónicas y/o invalidantes, personas convalecientes de enfermedades que, aún habiendo sido dadas de alta hospitalaria, todavía no disponen de autonomía suficiente para el autocuidado, personas con enfermedades terminales, y otros colectivos en riesgo de exclusión.

El éxito del proyecto requiere la implicación de todos los proveedores de recursos sociosanitarios y, por ello, se encuentra en proceso de consenso con las instituciones en los tres niveles de actuación de los servicios sociales: Gobierno Vasco, Diputaciones Forales y Ayuntamientos. Se busca, mas allá de una coordinación, una sinergia como resultado de la acción conjunta de todas las partes implicadas.

De forma resumida, los tres grandes objetivos estratégicos que se recogen bajo el proyecto son los siguientes:

1. **Desarrollar los servicios sociosanitarios**, potenciando la coordinación sociosanitaria a nivel de Atención Primaria mediante equipos interdisciplinares, como garantía de una atención integrada en el continuo asistencial, contemplando el domicilio como principal proveedor de cuidados, así como impulsando y homogeneizando el desarrollo de recursos sociosanitarios en los tres Territorios Históricos.
2. **Mejorar los sistemas y estructuras de coordinación del espacio sociosanitario**, impulsando la existencia de un marco normativo común que concrete los catálogos de prestaciones sociales y sanitarias, además de elaborar un nuevo modelo de convenio para la financiación de servicios de carácter sociosanitario.



istockphoto - getty images

3. Mejorar la gestión del sistema para una mejora de la atención de las personas, mediante la formación y sensibilización de todos los implicados en la coordinación sociosanitaria, además de la implantación de un sistema de información compartida.

La puesta en marcha de estos objetivos estratégicos se materializará con el desarrollo de un Plan Operativo adecuado a cada Territorio Histórico.

Cuadro 22: Proyecto Estratégico de colaboración sociosanitaria

9 Colaboración sociosanitaria

Objetivo emblemático

Desarrollar un **marco de colaboración sociosanitaria** en conjunto con los actores de servicios sociales (Consejería, Diputaciones, Ayuntamiento), que permita definir las líneas maestras de trabajo para dar una respuesta integral a los pacientes crónicos con necesidad simultánea de atención sanitaria y social

Impacto Esperado

Equipos multidisciplinares de AP con el domicilio como principal proveedor de cuidados en 2010:
4 municipios con funcionamiento integrado, **1 hospital con plan de altas** con prevención de dependencia, **1 unidad de ortogeriatría**

Calendario - Hitos Principales

Ene. – Mar. 2010

Abr. – May. 2010

Jun. 2010 – 2012

Definición del Marco Socio-sanitario (visión sanidad)

Sindicación del Marco Socio-sanitario con agentes sociales

Trabajo conjunto sobre líneas específicas e implantación de acuerdos

Fuente: Elaboración propia



PROYECTO ESTRÁTÉGICO 10.

Financiación y Contratación

El inicio de la XI legislatura ha supuesto un cambio en la dirección del Departamento de Sanidad y Consumo y la llegada de una forma diferente de entender el Sistema Sanitario Vasco. Esta nueva visión va a suponer, sin duda, el impulso de líneas estratégicas que, si bien anteriormente ya eran tenidas en cuenta, en esta ocasión adquieren una mayor relevancia y precisan una mayor presencia dentro del Contrato Programa. Asimismo, se procederá al desarrollo de la gestión clínica alineada con los nuevos planteamientos.

Este conjunto de circunstancias hacen que sea un buen momento para **reflexionar sobre las utilidades del Contrato Programa, su estructura y su contenido**. En ese sentido, se ha desarrollado la renovación de la contratación de servicios sanitarios en el que se incluyen **compromisos, acciones y estándares en procesos de patologías crónicas que involucren a las organizaciones de primaria y de especializada**, incorporando compromisos de asistencia domiciliaria de ambos niveles y también en las áreas de seguridad del paciente, cuidados paliativos e integración socio-sanitaria.

En esta línea, en 2010 ya se han realizado cambios a los actuales modelos de Contrato Programa para adecuarlos a los nuevos planes y prioridades estratégicas. Estos cambios se han estructurado en torno a un **Plan General de Contratación de Servicios Sanitarios** y a su adaptación a cada territorio histórico en función de los tres Planes de Compra Territoriales.



utilidades del Contrato Programa, su estructura y su contenido. En ese sentido, se ha desarrollado la renovación de la contratación de servicios sanitarios en el que se incluyen **compromisos, acciones y estándares en procesos de patologías crónicas que involucren a las organizaciones de primaria y de especializada**, incorporando compromisos de asistencia domiciliaria de ambos niveles y también en las áreas de seguridad del paciente, cuidados paliativos e integración socio-sanitaria.

En esta línea, en 2010 ya se han realizado cambios a los actuales modelos de Contrato Programa para adecuarlos a los nuevos planes y prioridades estratégicas. Estos cambios se han estructurado en torno a un **Plan General de Contratación de Servicios Sanitarios** y a su adaptación a cada territorio histórico en función de los tres Planes de Compra Territoriales.

Cuadro 23: Proyecto Estratégico de Financiación y Contratación

10 Financiación y Contratación

Objetivo emblemático

Adaptar los mecanismos de financiación de los proveedores sanitarios (Contrato Programa y Conciertos), pasando progresivamente de un **esquema de actividad a un esquema de población ajustada y resultados sanitarios**, orientando la prestación de servicios asistenciales al cumplimiento de los objetivos de la estrategia de crónicos

Impacto Esperado

Implantación plena de un **sistema de asignación financiera territorial ajustada por riesgo**, con priorización y focalización del gasto sanitario, orientándolo hacia criterios de eficacia y eficiencia

Calendario - Hitos Principales

Jun. 2009 –
Abr. 2010

Jun. 2010 –
Feb. 2011

Jun. 2011 –
Feb. 2012

Jun. 2012 –
Feb. 2013

Contratación 2010 (en fase de ejecución y seguimiento)

Contratación 2011

Contratación 2012

Contratación 2013

Fuente: Elaboración propia

Además, se ha otorgado un papel especialmente significativo al desarrollo de actuaciones y medidas en el marco de la **atención al paciente crónico**. Adicionalmente, se ha priorizado la realización y financiación de proyectos de integración y continuidad asistencial, así como de proyectos orientados a la mejora de la calidad asistencial a través de la utilización de tecnologías, la definición de nuevas prácticas de integración, etc. En todo este proceso se han visibilizado y priorizado de manera especial aquellos proyectos que, además de estar focalizados en las prioridades citadas, implicarán la definición de objetivos compartidos por más de una organización de servicios.

Tanto en la definición de dichos objetivos como en la valoración y evaluación de los mismos, ha participado y participará una comisión mixta de coordinación entre todos los agentes de los diferentes niveles organizativos involucrados en la contratación de asistencia sanitaria.





PROYECTO ESTRATÉGICO 11. OSAREAN: Centro de Servicios de Salud Multicanal

El Departamento de Sanidad y Consumo del Gobierno Vasco, a través del Servicio de Salud Vasco (Osakidetza), está impulsando la configuración de un Centro de Servicios de Salud Multicanal (CSSM) que **ampliará el número de vías por las que la ciudadanía puede interactuar con el sistema sanitario**.

Este proyecto es crítico desde la visión de la atención a la cronicidad puesto que construye una herramienta para mantener el contacto constante de baja intensidad que necesitan los enfermos crónicos, en comparación con el

contacto puntual de alta intensidad que los enfermos agudos obtienen de la atención presencial tradicional.

El objetivo del proyecto es utilizar todos los canales de interacción disponibles (Web, teléfono, SMS, TDT,...) entre el ciudadano y el sistema sanitario para facilitar los procesos asistenciales, dotándolos de mayor agilidad y capacidad resolutiva, de forma que las **interacciones del ciudadano con el sistema sanitario repercutan en menor medida en su vida** personal y laboral. Además, va a permitir **dar valor al trabajo clínico**, descargándolo de procedimientos administrativos y actividades de seguimiento y control rutinarias, con el objeto de centrar su actividad en cometidos de valor. Por último, va a promover la **implicación del ciudadano con su salud y del paciente con su enfermedad** utilizando canales complementarios al presencial, como una estrategia clave para la mejora de los resultados en salud del conjunto del sistema sanitario, convirtiendo al ciudadano en un agente sanitario.

La finalidad última del CSSM es ayudar al Sistema Sanitario Vasco a cumplir sus objetivos y **a contribuir de manera activa a la transformación del Sistema Sanitario** actual poniendo a disposición de la sociedad vasca mecanismos de prestación de servicios de salud multicanal a distancia mediante la aplicación de las TIC y la telemedicina. Va a acercar los servicios públicos a los ciudadanos haciendo uso de las nuevas tecnologías, mejorando la eficiencia en la utilización de los recursos, e introduciendo mecanismos de gestión de la demanda que contribuyan al mismo tiempo a una mejora de la calidad de los servicios prestados.

En cuanto a los **principales servicios** que va a proveer, el CSSM va a permitir la realización de **procedimientos administrativos** (gestión de cita previa AP, recordatorio y/o confirmación de citas, informes de certificados médicos, gestión TIS,...) y va poner a disposición de los usuarios **información general sobre el SSV** (cartera de servicios, directorio de centros sanitarios, centros de guardia y farmacias). Además, va a fomentar la promoción de la salud, información y educación sanitaria a través de **Foros de Pacientes** para la promoción de hábitos saludables y recordatorios de vacunas e información sobre programas de Salud Pública. En línea también formará al paciente crónico en el manejo de su enfermedad, así como promoverá su seguimiento a distancia para actuar precozmente en las fases de desestabilización clínica, y fomentará la coordinación entre servicios sanitarios (p ej., con servicios de emergencias, acceso a datos clínicos y guías y protocolos corporativos on-line). Asimismo, existirá un servicio de **atención domiciliaria por telemedicina** (sistemas de evaluación y telemetría a distancia) para enfermos crónicos domiciliarios, pluripatológicos, con patologías avanzadas e inestables. Finalmente, el

CSSM va a proporcionar **Consejo Médico** y va a permitir al ciudadano el acceso a la información referente a su salud (carpeta personal de Salud).

En la actualidad, se ha puesto en marcha el Servicio de Teleinterpretación lingüística en toda la red del Servicio Vasco de Salud (Osakidetza), desde febrero 2010, y próximamente se va a crear el Contact Center de atención al ciudadano (prueba piloto a 50.000 ciudadanos de la Comarca Bilbao). En lo que respecta al servicio de telemonitorización, existe una serie de experiencias piloto tanto a nivel de Atención Primaria como Especializada:

- **Atención Primaria:** Diabetes en Comarca Araba y Uribe Costa, Insuficiencia Cardíaca y/o EPOC en Comarca Bilbao, y EPOC en la Comarca Interior.
- **Atención Especializada:** Diabetes en el Hospital Donostia, Control a distancia de dispositivos de estimulación cardíaca en el Hospital de Txagorritxu y enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica en el Hospital de Galdakao.
- Otros proyectos en fase de estudio con posibles actuaciones en el corto plazo son:
 - El control a distancia de dispositivos de estimulación cardíaca en el Hospital de Donostia.
 - La comunicación de resultados del TAO y apoyo a la prescripción utilizando acceso Web y SMS.
 - Introducción de nuevos sistemas de interacción no presencial en la salud mental en Gipuzkoa.

Cuadro 24: Proyecto Estratégico de Centro de Servicios de Salud Multicanal

11

OSAREAN: Centro de Servicios Multicanal

Objetivo emblemático

Construir una plataforma tecnológica y organizativa que permita una interacción multicanal de todos los ciudadanos de Euskadi con el sistema sanitario, facilitando procesos, simplificando la vida del ciudadano y prestigiando la labor clínica

Impacto Esperado

Despliegue en Euskadi de todos los servicios del Centro de Servicios Multicanal para mediados de 2013, ofreciendo mayor comodidad en la interacción con el sistema al ciudadano y mejora de la eficiencia en la prestación de servicios y asignación de recursos

Calendario - Hitos Principales

Mar. – Nov. 2010

Nov.– Mar. 2011

Mar. – Nov. 2011

Nov. 2011 – Mar. 2013

Desarrollo de la plataforma y despliegue básico a **400.000 habitantes**
Pilotos de telemonitorización

Incorporación de nuevos servicios y despliegue básico a **1.000.000 habitantes**

Despliegue y extensión de nuevos servicios – **despliegue básico 100%**

Despliegue progresivo de todos los servicios planificados

Fuente: Elaboración propia



PROYECTO ESTRÁTICO 12. Desarrollo de la farmacia y la receta electrónica

El uso correcto de los medicamentos y su correcta administración es parte integral de una buena gestión de enfermedades crónicas. Esto implica mejorar la gestión de los medicamentos, proveer información y educación al usuario, apoyar una mejor prescripción en Atención Primaria y Hospitalaria, **así como al proceso de dispensación y administración de los fármacos.**

La receta electrónica supone la **integración de los procesos de la prestación farmacéutica** (prescripción, visado, dispensación y facturación) basándose en las tecnologías de la información.

Permite pasar del concepto de prescripción de fármacos a la instauración de **planes farmacoterapéuticos integrados**, especialmente relevante desde el punto de vista de los enfermos crónicos por su multimorbilidad, complejidad y larga duración de los tratamientos farmacológicos asociados.

Se espera que la implantación de la receta electrónica tenga un impacto significativo sobre la población afectada por la cronicidad en la medida que el control, la seguridad y la calidad de los tratamientos farmacológicos aumenten. Se espera además **facilitar una prescripción de calidad**, ampliar la atención farmacéutica y reducir los trámites administrativos. Además, puede ayudar a potenciar el papel del ciudadano/paciente y su responsabilización y autonomía e incluso contribuir al desarrollo de una asistencia multidisciplinar, coordinada e integrada. También puede llegar a apoyar la autogestión y educación con el paciente.

La receta electrónica es, por tanto, una potente herramienta que junto con otras contribuirá a lograr los siguientes objetivos: potenciar el papel del ciudadano como eje del Sistema Sanitario, impulsar la integración y continuidad de cuidados, incrementar la seguridad del paciente, promover la eficiencia en el uso de medicamentos, mejorar la atención a pacientes crónicos, y realizar una estratificación del riesgo.

En la actualidad se está ampliando la implantación de la receta electrónica a todo el territorio de la Comunidad Vasca.

Cuadro 25: Proyecto Estratégico de receta electrónica

12

Receta Electrónica



Objetivo emblemático

Implementar el sistema de receta electrónica

Creando un historial farmacoterapéutico electrónico del paciente único englobando todos los niveles asistenciales, facilitando la información necesaria a cada uno de los diferentes agentes interesados y llegando a una integración de la prescripción-dispensación

Impacto Esperado

Implantación efectiva del sistema de receta electrónica en toda Euskadi en 2013, incrementando el uso seguro y eficiente de los medicamentos, eliminando visitas "administrativas" a los centros y ahorrando tiempo y desplazamientos al ciudadano

25

Calendario - Hitos Principales

Jun. 2010 – Dic. 2011

2012 (orientativo)

2013 (orientativo)

Desarrollo del sistema y extensión en la **Atención Primaria**. Iniciar el despliegue en la **Atención Especializada**

Extensión a a toda la Atención Especializada, **centros socio-sanitarios, residencias y enfermería**

Extensión a **centros concertados, otros médicos e interoperabilidad y dispensación en el hospital**

PROYECTO ESTRATÉGICO 13.

Creación del Centro de Investigación para la Cronicidad

El sistema sanitario vasco va a generar a través de todos los proyectos estratégicos anteriores un amplio conjunto de experiencias para el mejor tratamiento de la cronicidad y la sostenibilidad del sistema sanitario: experiencias que serán valoradas con una lógica investigadora y evaluativa para demostrar su eficiencia y capacidad de extensión al conjunto del sistema sanitario.

Esta lógica evaluativa aplicada a un número importante de proyectos y con una estrategia de transformación del sistema, basada en la atención a la cronicidad, va a hacer posible que el sistema sanitario vasco se convierta en un referente internacional de generación de conocimiento y evidencias científicas. A su vez, esto permitirá atraer a investigadores de primer nivel internacional capaces de conectar la experiencia acumulada en el País Vasco con la de otros países, generando así una red de mejores evidencias científicas a nivel internacional en el tratamiento y cuidado de la cronicidad.

La creación de un **Centro de Excelencia Internacional en Cronicidad** permitirá la identificación de prácticas innovadoras a nivel internacional y la generación estructurada de evidencia científica en nuevas formas de tratamiento de las enfermedades crónicas, a través de una red internacional de agentes que permita que esa investigación sea más fácilmente generalizable por tener lugar en diferentes contextos.

Asimismo, permitirá aprovechar el efecto tractor que esta capacidad investigadora pueda ejercer sobre diferentes sectores de actividad relacionados con el Cluster BioSanitario y del Envejecimiento, tanto desde el punto de vista de generación de nuevos productos relacionados con el cuidado del enfermo crónico en diferentes entornos, como con los servicios socio-sanitarios innovadores.

Esta iniciativa va a facilitar el acceso al estado del arte del conocimiento y metodologías de investigación, así como a fuentes de financiación nacionales e internacionales, reforzando **la creación de un sistema sanitario innovador**, capaz de incorporar vías de investigación en acción para resolver sus retos a lo largo del tiempo, y preparado para generar las evidencias científicas necesarias para la implantación de esas innovaciones dentro del sistema de prestaciones financiadas públicamente.



Cuadro 26: Proyecto Estratégico del Centro de Investigación para la Cronicidad

13 Centro de Investigación para la Cronicidad

Objetivo emblemático

Creación de un centro de investigación para la identificación, adaptación, pilotaje e implantación de mejores prácticas frente al reto de la cronicidad, generando conocimiento "glocal" para la innovación organizativa y de gestión y mejora de los sistemas sanitarios

Impacto Esperado

Ser un referente internacional en el conocimiento sobre enfermedades crónicas, generando evidencia que de soporte a las diferentes iniciativas y proyectos relacionados con las mismas

Calendario - Hitos Principales

Abr. – Jul. 2010

Sept. – Oct. 2010

Jun. 2012 – Feb. 2013

Propuesta de diseño y funciones del Centro de Investigación

Proceso de feedback de diferentes stakeholders

Creación del Centro de Investigación

Fuente: Elaboración propia



PROYECTO ESTRÁTÉGICO 14.

Innovación desde los profesionales clínicos

Varios de los proyectos mencionados con anterioridad son estrategias de arriba-abajo concebidas como líneas de trabajo que necesitan ser uniformes y estandarizadas para todo Euskadi (p. ej. historia clínica).

Sin embargo, otros cambios apelan a la investigación-acción liderada por los médicos, enfermeras y gerentes a nivel local. En muchos sentidos, el cambio necesario es tanto un reto clínico y organizativo como de liderazgo y de modelo de gestión. El nuevo paradigma que se plantea implica una transformación de la organización con los profesionales.

En concreto, esta línea de trabajo estratégica animará la **experimentación local**, creando condiciones para que la base pueda buscar “sus” mejores soluciones. Una forma de activar la iniciativa local es proporcionar recursos y facilidades para que los equipos locales inicien pruebas piloto de gestión de sistemas. Los gerentes, los profesionales de la salud y los usuarios en primera línea son los que deben recibir apoyo para tener la capacidad organizativa suficiente para mejorar sus ámbitos de trabajo.

Estas condiciones se están consiguiendo a través de diversos mecanismos que se irán dotando de mayores y mejores recursos a lo largo del tiempo.

Se han activado por tanto los procesos internos de financiación de la investigación, tanto en sus modalidades comisionada como no comisionada, para promover la iniciativa local en investigación-acción. La filosofía es promover la innovación organizativa al mismo nivel que la innovación biomédica, apelando a la experimentación con perspectiva investigadora. Este es el motivo por el que desde el año 2010 hemos definido una nueva modalidad de investigación bautizada con ese doble carácter científico y activista como Investigación-Acción. Esta modalidad es absolutamente pionera a nivel estatal y quiere recoger el peso que en este cambio estratégico se está dando a la promoción de actitudes innovadoras en la base de los equipos clínicos. Los proyectos presentados a la convocatoria de 2010 serán evaluados por un Comité específico que buscará apoyar las iniciativas de la base, siempre que estén alineadas con los objetivos estratégicos y cuenten con la organización y diseño experimental apropiados.

Para que este nivel de rigor investigador sea compatible con la orientación a la acción, se ha creado ya un equipo de apoyo metodológico y de integración de los proyectos de Investigación-Acción, que dará apoyo a los diferentes equipos de profesionales clínicos para que sus resultados puedan ser evaluados, compartidos, y sistematizados. Este equipo estará formado por personal de Osakidetza, con dedicaciones reconocidas a esta función, constituyendo una Unidad de Investigación-Acción funcional. Para asegurar su nivel de excelencia y dominio de la metodología de investigación, tanto Osteba como O+Berri asegurarán su permanente actualización en la materia, promoviendo su crecimiento en capacidades y competencias.

Asimismo, a través de los proyectos que las Organizaciones de Servicios se comprometen a realizar en los Anexos de Calidad del Contrato-Programa, las iniciativas de los profesionales están siendo alineadas con las de sus organizaciones de servicios, teniendo un impacto en los recursos financieros que éstas pueden acabar percibiendo. Esta vía es especialmente útil para identificar los proyectos de innovación organizativa que más interesan a las diferentes organizaciones de servicios y que son susceptibles de ser



apoyados en sucesivas convocatorias de investigación en la modalidad de investigación-acción.

Adicionalmente, se ha estructurado un proceso de apoyo al desarrollo, evaluación y extensión a otros ámbitos locales de aquellos proyectos que muestren evidencia de ser coste-efectivos en el contexto vasco. Este proceso se ejecutará en forma de piloto en 2011 con los proyectos que se finalicen durante ese año y se institucionalizará de forma definitiva a partir de 2012.

Cuadro 27: Proyecto Estratégico para la innovación desde los profesionales clínicos

14 Innovación desde los profesionales clínicos

Objetivo emblemático

Diseñar el proceso, las herramientas y los responsables de cara a facilitar y **promover la emergencia de la innovación** por medio de pilotos de "abajo a arriba", y asegurar su sostenibilidad y extensión a todo Euskadi, cuando se alcancen los resultados pretendidos

Impacto Esperado

Generación de 15-25 proyectos de innovación al año y extensión de aquellos que demuestren resultados sanitarios y de sostenibilidad (expectativa de que el **90%** de los pilotos logren resultados esperados)

25 Calendario - Hitos Principales

Mayo 2010 –
Junio 2010

Definición
detallada del
proceso y
herramientas

2010 – 2011

Pilotaje proyectos de innovación 2010:
Aprendizaje

Ejecución y seguimiento del proceso
en convocatoria 2011

Fuente: Elaboración propia



Conseguir el cambio: Estrategia de implementación



ACEPTAR LA COMPLEJIDAD

¿Cómo avanzar hacia un sistema de salud más proactivo? ¿Cómo educar a los pacientes para que sean actores activos en la gestión de su enfermedad? ¿Cómo avanzar en la integración clínica entre atención primaria e hospitalaria? ¿Cómo dar un salto cualitativo en la utilización de las tecnologías y de la Web 2.0 en beneficio de los pacientes?

Todos los proyectos estratégicos descritos anteriormente comparten muchos aspectos comunes, pero especialmente uno: su complejidad. Y es que muchos de los proyectos de cambio incluidos en este marco estratégico requieren de un número de intervenciones complejas en numerosas áreas de actividad, sin que se pueda contar con una “varita mágica” para resolvérlas. Es necesario mover numerosas poleas de cambio para abordar los 14 proyectos estratégicos descritos anteriormente, pues el cambio del sistema actual a uno capaz de dar una atención excelente a los crónicos no puede darse sin una transformación progresiva integral del sistema de prestación.

La tentación de los directivos corporativos puede ser la de querer acelerar el paso de estas colaboraciones por medio de cambios estructurales directos y normativos. Sin embargo, esta Estrategia de Crónicos está inmersa en el terreno de los cambios adaptativos complejos y en consecuencia sus proyectos no se pueden implementar de forma dirigista autónoma: para llegar a buen puerto es necesario seguir una lógica menos dirigista y más emergente.

Una gran parte de los Proyectos Estratégicos de este documento necesitan de nuevas relaciones y colaboraciones entre los diferentes actores del sistema de salud. Por tanto, la línea de implementación que se seguirá en este proceso de transformación será una mezcla de cambios de abajo–arriba con otros de arriba-abajo.

DE ARRIBA–ABAJO Y ABAJO–ARRIBA

Siempre hay tensión entre una gestión excesivamente dirigista y la capacidad de decisión más local. En el pasado, en Euskadi ha habido demasiado de lo primero y poco de lo segundo. En el caso de esta Estrategia se pretende encontrar un mejor equilibrio en la toma de decisiones ya que se considera que los directivos y profesionales de la salud locales en muchos casos encontrarán soluciones más innovadoras que las de los planificadores centrales.

Muchos directivos pudieran pensar que es ingenuo no ejercer un control y mando aún más impositivo en esta época de crisis con el fin de imponer rápidamente los cambios descritos en este texto porque, entre otras cosas, abren nuevas vías para la sostenibilidad del sistema de salud y por ello son urgentes. Sin embargo, toda la evidencia científica y de gestión indica que lo ingenuo precisamente es lo contrario: intentar imponer esta transformación del sistema.

En la implementación de la Estrategia para la Gestión de la Cronicidad en Euskadi se busca un nuevo equilibrio y estilo de liderazgo más distribuido: tanto un enfoque puramente dirigista “desde arriba” como uno puramente desarrollista “abajo–arriba” parecen insuficientes, de forma separada, como motores del cambio:

- Por una parte, un **enfoque puramente dirigista** “desde arriba” normalmente se encuentra con **dificultades para generar liderazgo e involucración clínica**. Esto imposibilita la adaptación de las intervenciones a la realidad local y, en general, lleva al fracaso en la implementación, bien porque las intervenciones no se adoptan en la práctica clínica o porque no están adaptadas a las necesidades específicas de pacientes y clínicos en el entorno local.

- Por otra parte, un **enfoque puramente desarrollista** “abajo-arriba” si bien puede generar experiencias de éxito a nivel de un clínico o un centro con resultados muy significativos, en general **no encuentra apoyos, herramientas, ni mecanismos formales para su extensión**; por lo que se genera una “**isla de excelencia**” que no se extiende y eventualmente se queda obsoleta o desaparece con su creador. Adicionalmente, incluso en los casos donde se produce una cierta extensión, el enfoque choca pronto con la falta de una dirección estratégica común de las iniciativas que tiende a hacerlas incompatibles o redundantes entre si.

Por estos motivos, para la implementación de la Estrategia de Crónicos de Euskadi se ha optado por combinar ambos enfoques de manera sistemática: adoptando una dirección estratégica clara, a la vez que se afronta como un proceso emergente que se va creando desde la primera línea clínica y gerencial a medida que se producen los cambios que se persiguen.

Cuadro 28: Necesidad de combinación de dirección estratégica con compromiso clínico y gerencial

La innovación y el cambio deben combinar una dirección estratégica clara con el compromiso de la primera línea clínica y gerencial

Sólo dirigista no es suficiente



Sólo desarrollista no es suficiente



No consigue escala ni da apoyo y expande las intervenciones de éxito

No crea una dirección común hacia la que se alinea toda la energía

Fuente: Elaboración propia

Esto implica una estrategia viva que evolucione, por lo que el enfoque de implementación es también un proceso vivo que irá progresando a medida que las lecciones del cambio (en Euskadi y otros lugares) se vayan introduciendo.

Combinar estos enfoques hace que el cambio lleve tiempo y que se deba tener paciencia, puesto que se va a producir gradualmente.

Enfoque desde arriba – Una Dirección Estratégica Clara

El cambio propuesto requiere una señalización clara por parte de la dirección y la creación de un campo de juego propicio para alcanzarlo, que apoye y provea de herramientas a los que lo acometen y que mida el progreso que se ha conseguido de forma objetiva y común.

Para ello el primer componente es una visión y aspiraciones comunes. Es necesario comunicar explícitamente cual es la visión y la aspiración que se quieren alcanzar a través del cambio; una visión y una aspiración que evolucionen y recojan el conocimiento de la organización, pero que sean claramente comunicadas y compartidas por la dirección, de forma que no queda duda de a dónde se quiere llegar y no se pierda ninguna ocasión de refuerzo. En la Estrategia de Crónicos la visión consiste en la transformación del sistema para ser capaces de dar una atención excelente a los crónicos además de a los agudos; se ha fijado como meta un objetivo común compartido y orientado al paciente en términos del número de pacientes en cada estadio de su patología a los que se va a dar un nuevo tipo de atención que se ajuste a sus necesidades como enfermos crónicos. Este planteamiento permitirá tangibilizar el cambio, trocándolo real para profesionales, pacientes y directivos, y seguir el avance hacia el mismo, a la vez que se adaptan las intervenciones concretas a los resultados de la innovación de los profesionales y la evidencia científica que se desarrolle.

Además, deben darse unas reglas del juego básicas compartidas con gerentes y profesionales, que sean las mismas para todos, estén orientadas hacia la visión que se ha definido y se hagan respetar sin excepciones. En este caso, las reglas del juego consisten en una financiación basada en resultados que promuevan el uso de los recursos más eficientes y adaptados en cada caso, una adecuación del uso de cada recurso a su potencial y una selección de las intervenciones en función de criterios de evidencia científica.

Cuadro 29: Aspiraciones de la Estrategia de Crónicos

La visión se traduce en aspiraciones tangibles para el periodo hasta 2013



Fuente: Elaboración propia

A su vez, es indispensable proveer desde arriba el apoyo, con las herramientas tecnológicas, técnicas y organizativas necesarias a gestores y profesionales para que puedan hacer realidad la visión adecuada dentro de las reglas del juego, que sin ellas, no se podría ejecutar. En la Estrategia de Crónicos las herramientas son la tecnología (Historia Clínica Unificada, Centro de Servicios Multicanal, Receta Electrónica), un apoyo metodológico a la innovación (Innovación desde los clínicos), un marco de trabajo conjunto dentro y

fuera del sistema (p. ej. Continuo sociosanitario, Integración Clínica) y la visión poblacional al alcance de todos los profesionales y gestores (estratificación para poder hacer “targeting” de las intervenciones).

Finalmente, la última labor a realizar desde la dirección es el seguimiento y la monitorización del avance: un seguimiento transparente sobre las aspiraciones e indicadores compartidos, y una monitorización que permita establecer de forma inequívoca si se están consiguiendo o no los objetivos en cada uno de los niveles, con el propósito de apoyar y extender lo que funciona y abandonar lo que no funciona.

Enfoque desde abajo – El cambio desde los profesionales y gerentes locales

El agente de cambio final no es el conjunto de directivos corporativos, aunque es imprescindible que éstos creen las condiciones para que el cambio se dé en el ámbito operativo. Al final lo que se persigue en esta Estrategia es crear sistemas de salud más innovadores en el ámbito local, y en el operativo (microsistemas), y es en este ámbito donde residen los verdaderos agentes de cambio y donde se da la interacción entre el paciente y los profesionales de la salud: el ámbito donde se presta el servicio.

Por tanto el enfoque desde abajo-arriba, complementario al de arriba-abajo, debe consistir en dar autonomía y espacio a los profesionales y gestores locales para que ellos puedan avanzar hacia la visión y mejorar la forma en la que trabajan y dan servicio a los enfermos crónicos. Esto implica promover el cambio y dar el apoyo necesario a las personas que intentan implementarlo.

La primera parte del enfoque desde abajo-arriba significa dar libertad y “cancha de juego” a los clínicos y gestores para que se acerquen a los objetivos de la manera que resulte más apropiada y atractiva en sus respectivas organizaciones de servicio y circunstancias de contexto.

Para lograr esto, hay que apoyar expresamente a los profesionales de la salud y gestores, promoviendo que mejoren su trabajo de forma continua; darles la responsabilidad de cambiar la forma en la que se hacen las cosas y darles tiempo para que puedan analizar y experimentar, lo que implica darles acceso a la información de gestión para que puedan medir y evaluar su propia actividad y extraer conclusiones sobre lo que funciona y lo que no.

Pero este apoyo no se podrá prestar con éxito sin proveer y facilitar a los gestores y directivos la formación, las capacidades y la responsabilidad de operar en un entorno de este tipo. Este liderazgo distribuido exige ser capaz de dar apoyo a las personas que gestionan con una mentalidad distinta de la habitual en el liderazgo jerárquico. Con este fin se está ofreciendo formación a los 150 gerentes y directores de las organizaciones de servicio que consiste en darles las herramientas y el mandato claro de operar de esta manera.

Finalmente, la pieza más importante del modelo “abajo-arriba”, que hace realidad las estrategias mencionadas anteriormente, es el proceso de innovación emergente desde los profesionales de la salud, que permite canalizar y focalizar la energía hacia la mejora y la innovación que generan los gestores y clínicos.

Creando las condiciones para innovar de abajo-arriba:

Concretamente las actuaciones que se están llevando a cabo para avanzar de abajo-arriba son las siguientes:

- Fomentar la investigación en servicios de salud para que esté a la altura de la investigación en biociencias.
- Crear una organización cuya función sea el apoyo a este proceso emergente de investigación/innovación de servicios de salud (Fundación O Berri).
- Ofrecer una formación específica a los 150 directivos de las organizaciones de servicio para darles las herramientas y el mandato claro de operar de esta manera. El liderazgo distribuido, de forma netamente diferente a la de un liderazgo jerárquico clásico, exige la formación de gestores y directivos para adquirir nuevas capacidades para desarrollar sus nuevas responsabilidades en un entorno de este tipo.
- Lanzar una ambiciosa Convocatoria de Ayudas del Departamento y los Contratos Programa del 2010 con el fin de incentivar la innovación organizativa local. Las ideas que se seleccionen mediante estos mecanismos recibirán apoyo metodológico (p. ej. metodología de investigación, procesos del sistema), procesual (p. ej. seguimiento, desbloqueo de cuestiones) y financiero para testarlas mediante una metodología de investigación-acción con la escala suficiente para validar su efectividad.
- A partir de estos ensayos se conectará de forma virtual y física los diferentes microsistemas innovadores al objeto de diseminar lecciones y coordinar las actuaciones.
- Desarrollar una evaluación rigurosa de los microsistemas innovadores y selección de aquellos que demuestren efectividad en el contexto de Euskadi para extenderlos a todo el sistema, a través de su inclusión en la cartera de servicios. Los microsistemas innovadores yacen en un sistema de salud más amplio. No son islas aisladas. Sus lecciones serán diseminadas al resto del sistema de salud de forma organizada con el fin de mejorar todo el Sistema Vasco de Salud.
- Alinear continuamente estos procesos del ámbito local con la estrategia general del Departamento de Sanidad y Osakidetza. Se pretende desarrollar numerosos microsistemas capaces de proveer una atención más integrada y proactiva.



En resumen, el Sistema Sanitario Vasco se está embarcando en una transformación para responder al reto y la oportunidad de los enfermos crónicos. Esta transformación no es una opción, sino una necesidad para contribuir a la sostenibilidad del Sistema y dar a los ciudadanos vascos la atención y servicio que merecen y necesitan.

Conseguir este cambio es un desafío a medio plazo que va a requerir una dirección estratégica clara, pero sobre todo el compromiso, la energía y la innovación de los profesionales del sistema y los ciudadanos que participan en él como pacientes y como cuidadores.

Trabajando conjuntamente se logrará poner en marcha un cambio a medio plazo que llevará tiempo, pero una vez que haya arrancado, con la participación y el compromiso de todos, será imparable. Asimismo permitirá preparar al Sistema Sanitario Vasco para las necesidades del futuro, contribuyendo a su sostenibilidad y a que se ofrezca a los ciudadanos y pacientes los mejores resultados de salud, la mejor satisfacción y calidad de vida y el servicio mejor adaptado a sus necesidades.

Índice de cuadros y figuras

CUADROS

- Cuadro 1. Posible lista de enfermedades crónicas y características de las mismas
- Cuadro 2. La cronicidad en Euskadi
- Cuadro 3. El modelo de Atención Innovadora a Condiciones Crónicas (ICCC)
- Cuadro 4. Pirámide de Kaiser
- Cuadro 5. Pirámide definida por el King's Fund en el Reino Unido
- Cuadro 6. Carácter reactivo del sistema actual
- Cuadro 7. Nuevo modelo para el Sistema Sanitario Vasco
- Cuadro 8. Esquema estratégico
- Cuadro 9. Visión de la Estrategia de Crónicos
- Cuadro 10. Políticas
- Cuadro 11. Pirámide de estratificación de la población
- Cuadro 12. Intervenciones ajustadas a las necesidades del paciente
- Cuadro 13. Proyectos estratégicos de la Estrategia de Crónicos
- Cuadro 14. Proyecto Estratégico de Estratificación
- Cuadro 15. Proyecto Estratégico de Prevención y Promoción
- Cuadro 16. Proyecto Estratégico de Autocuidado y Educación al paciente
- Cuadro 17. Proyecto Estratégico para la adopción de nuevas tecnologías por parte de asociaciones de pacientes crónicos
- Cuadro 18. Proyecto Estratégico de Historia Clínica electrónica única
- Cuadro 19. Proyecto Estratégico de atención clínica integrada
- Cuadro 20. Proyecto Estratégico de desarrollo de hospitales de subagudos
- Cuadro 21. Proyecto Estratégico de competencias avanzadas de enfermería
- Cuadro 22. Proyecto Estratégico de colaboración sociosanitaria
- Cuadro 23. Proyecto Estratégico de financiación y contratación
- Cuadro 24. Proyecto Estratégico de Centro de Servicios de Salud Multicanal
- Cuadro 25. Proyecto Estratégico de receta electrónica
- Cuadro 26. Proyecto Estratégico del Centro de Investigación para la Cronicidad
- Cuadro 27. Proyecto Estratégico de innovación desde los profesionales clínicos
- Cuadro 28. Necesidad de combinación de dirección estratégica con compromiso clínico y gerencial
- Cuadro 29. Aspiraciones de la Estrategia de Crónicos

FIGURAS

- Figura 1. Prevalencia (%) de problemas crónicos por edad y sexo
- Figura 2. Distribución de la población mayor de 65 años según el número de problemas crónicos
- Figura 3. Distribución de pacientes según número de enfermedades crónicas en función de la edad
- Figura 4. Principales condiciones clínicas que se dan en enfermos con multimorbilidad según diagnóstico de atención primaria
- Figura 5. Evolución del porcentaje de personas con problemas crónicos entre 1997 y 2007 en función de la edad
- Figura 6. Evolución de la prevalencia de diabetes y enfermedad cardiovascular en Euskadi
- Figura 7. Número y prevalencia de pacientes mayores de 18 años con patologías crónicas (y factores de riesgo) relevantes
- Figura 8. Prevalencia de las patologías destacadas por grupos de edad (en base a diagnósticos de Atención Primaria)
- Figura 9. Ilustración de la evolución prevista de la enfermedad crónica a nivel mundial - Ejemplo Diabetes





Para más información sobre la estrategia general y proyectos en concreto, visiten la página <http://cronicidad.euskadi.net>



Osakidetza



EUSKO JAURLARITZA
GOBIERNO VASCO

OSASUN ETA KONSUMO
SAILA

DEPARTAMENTO DE SANIDAD
Y CONSUMO